

# papers

Gesundheitswissenschaften



## **Anreizwirkungen unterschiedlicher Arzt-Honorierungssysteme**

*von Doris Rathmayr*

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@oogk.at](mailto:martina.blutsch@oogk.at)  
Hersteller:  
OÖGKK-Hausdruckerei

**Linz, Februar 2000**

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung

Das Problem des exorbitanten Ausgabenanstiegs im Gesundheitswesen steht nach wie vor im Mittelpunkt zahlreicher Diskussionen und Reformversuche rund um den Gesundheitssektor der westlichen Industrieländer.

Obwohl sich seit nunmehr 30 Jahren Politik und Wissenschaft gleichermaßen mit dem Phänomen der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen auseinandersetzen und Auswege aus diesem Dilemma suchen, konnte dieser Entwicklung bis dato nicht Einhalt geboten werden.

Besondere Schwierigkeiten ergeben sich bei der Problembewältigung allerdings dadurch, daß sämtliche Bemühungen zur Kosteneindämmung auch Auswirkungen auf die medizinische Versorgungsqualität haben und die Interessen aller im Gesundheitsprozeß beteiligten Personen und Gruppen beeinträchtigen.

Unter diesen Voraussetzungen ist es verständlicherweise schwierig, entsprechende Reformbemühungen voranzutreiben und die Gesundheitssysteme neu zu gestalten.

Ein immer wieder vorgebrachter Reformvorschlag rückt dabei eine Schlüsselfigur im Gesundheitswesen, nämlich den ambulant tätigen Arzt, in das Zentrum der Betrachtungen. Das besondere Interesse liegt dabei im Honorierungssystem der Ärzte, das durch eine optimale Ausgestaltung einen wesentlichen Beitrag für Verbesserungen im Gesundheitssystem leisten sollte.

Wie allerdings die einzelnen Elemente in Honorierungssystemen auszugestalten und ihre Anreizwirkungen zu beurteilen sind, hängt letztendlich von den allgemeinen Zielvorstellungen im Gesundheitswesen ab.

In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch das Problem, daß es bis dato keine allgemein gültigen Zielvorstellungen im Gesundheitswesen gibt. Ebenso wie die Interpretation des Begriffs „Gesundheit“<sup>1</sup> hängt die Beurteilung hinsichtlich der optimalen Ausgestaltung von Honorierungssystemen durchwegs von der subjektiven Betrachtungsweise der einzelnen Personen und Interessengruppen ab.

## 1.2 Zielsetzung

In der vorliegenden Diplomarbeit sollen vor allem die unterschiedlichen Anreizwirkungen, die von den verschiedenen Elementen im Vergütungssystem der Ärzte ausgehen, geprüft werden.<sup>2</sup>

Um dies bewerkstelligen zu können, wird es in erster Linie notwendig sein, geeignete Kriterien festzulegen, nach welchen die einzelnen Elemente beurteilt werden sollen. Dabei soll auf die Interessen sämtlicher im Gesundheitsprozeß beteiligten Personen und Gruppen Rücksicht genommen werden.

Neben den theoretischen Ausführungen soll ebenso auf die in der Praxis vorkommenden Honorierungssysteme bezug genommen und untersucht werden, inwieweit die Systeme der einzelnen Länder den Effektivitätskriterien entsprechen.

Gegenstand der Untersuchung soll weiters die Beantwortung der Frage sein, ob bzw. wie durch die Ausgestaltung von Honorierungssystemen ein Beitrag zur Erhöhung der Effektivität in Gesundheitssystemen geleistet werden kann.

Da von einer etwaigen empirischen Untersuchung kein relevanter Nutzen zur Erstellung der Arbeit zu erwarten ist, wird sich die vorliegende Diplomarbeit vor allem auf Recherchen in der Literatur stützen.

---

<sup>1</sup> Nach Auffassung der WHO ist Gesundheit „...a state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.“ [... ein Zustand vollkommenen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen einer Krankheit oder Gebrechlichkeit. (Übers. d. Verf.)], World Health Organization, 1958, Annex I

<sup>2</sup> Die Analyse wird sich auf das Vergütungssystem frei praktizierender Ärzte beziehen. Honorierungssysteme der Krankenhausärzte oder Ärzte in Ambulatorien oder anderen stationären Einrichtungen werden bei der Untersuchung nicht berücksichtigt.

## 2 Einführung in die Thematik

### 2.1 Kostenexplosion

Seit Beginn der 70er Jahre ist im Gesundheitsbereich immer wieder von einer „Kostenexplosion“ die Rede. Mit diesem Begriff deklariert man ganz allgemein die übermäßig stark steigenden Ausgaben im Gesundheitsbereich.<sup>3</sup>

Dabei handelt es sich keineswegs um ein nationales (österreichisches) Phänomen, sondern um ein Problem mit internationaler Brisanz: De facto erhöhten sich in den meisten Industrieländern innerhalb der letzten 10 Jahre die für Gesundheitsleistungen verwendeten Geldmitteln bzw. der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP). In Österreich beispielsweise betragen im Jahr 1997 die gesamten Ausgaben für Gesundheitsleistungen 8,3% vom BIP und waren damit um 17% höher als noch 1987 (siehe Abbildung 1). Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand erhöhten sich in diesem Zeitraum um etwa 11% (von 5,4 auf 6% des BIP), während die Ausgaben der privaten Haushalte um etwa 35% stiegen (von 1,7 auf 2,3% des BIP).

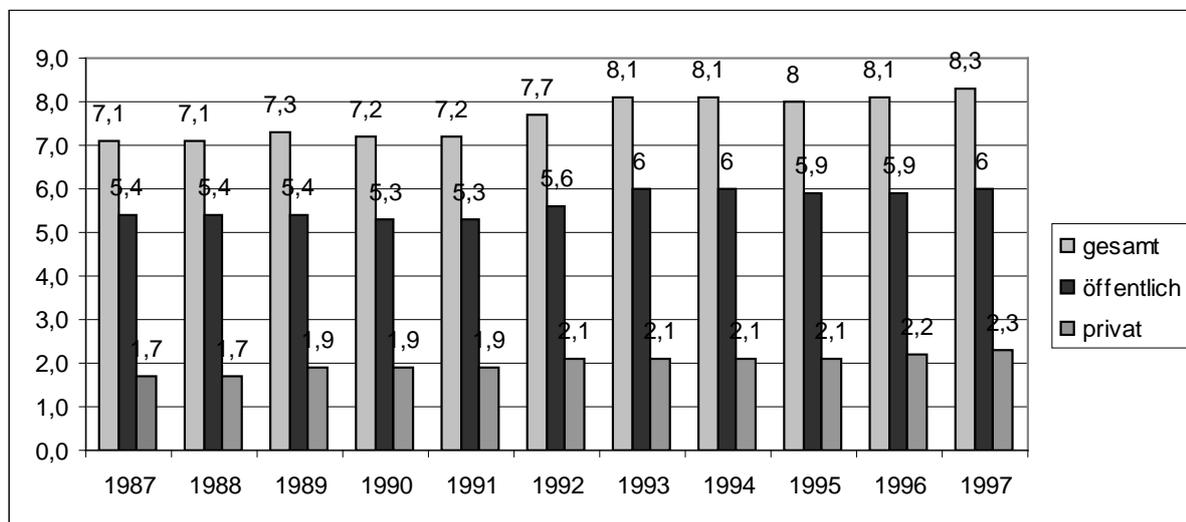


Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich (in % des BIP)<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Vgl. Herder-Dornreich, 1983, S. 15

<sup>4</sup> Quelle: Hofmarcher, 1999, S. 11

Im Hinblick auf die zukünftige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme versucht man nun, eine Trendumkehr zu erreichen. Zu diesem Zweck sind zunächst einmal die Ursachen für die Ausgabensteigerungen zu identifizieren. Erst dann ist es möglich, entsprechende Maßnahmen zur Gegensteuerung dieser Entwicklung zu ergreifen.<sup>5</sup>

## 2.2 Kostenursachen

Die Kostenexplosion wird sowohl durch hohe Preissteigerungen als auch durch eine allgemeine Mengenexplosion im Gesundheitswesen hervorgerufen.<sup>6</sup> Die Ursachen sind in einer Reihe von Faktoren zu finden, welche auf die Mengen- und Preisstruktur medizinischer Leistungen einwirken. Im wesentlichen lassen sich diese Faktoren in vier Kategorien einteilen:<sup>7</sup>

1. Sozialstrukturelle Faktoren : steigende Lebenserwartung, mehr krankmachende Faktoren (Umwelt und Lebensweise), veränderte Familienstrukturen, usw.
2. medizinische Faktoren: medizinisch-technischer Fortschritt, Spezialisierung und Verfeinerung der Medizin, niedrige Leidenschwelle, usw.
3. Charakteristika des Gesundheitswesens:  
Marktversagen, „moral hazard“<sup>8</sup>, Rationalitätenfallen<sup>9</sup>, Anbieterdominanz<sup>10</sup>, Personalkosten, usw.

---

<sup>5</sup> Vgl. Henke, 1985, S. 484 und Popp, 1997, S. 265

<sup>6</sup> Vgl. Altmann/Theurl, 1992, S. 204

<sup>7</sup> Vgl. Ivansits./Streissler 1999, S. 16 und Mazanek, 1991, S. 14

<sup>8</sup> Neudeck, 1988, S. 134 zur Definition des Begriffes „Moral Hazard“: „Moral Hazard liegt vor, wenn der Versicherungsvertrag eine (von der Versicherung nicht genau beobachtbare) Verhaltensänderung der Versicherten nach sich zieht.“ (z.B. verminderte Schadensverhütung, erhöhte Leistungsanspruchnahme, etc.)

<sup>9</sup> Vgl. Ivansits/Streissler, 1999, S. 19 zum Begriff „Rationalitätenfallen“: Durch die Verkettung unterschiedlicher Rationalitäten im Gesundheitswesen (volkswirtschaftliche, einzelwirtschaftliche, medizinische und politische Rationalität) kommt es immer wieder zu ungleichgewichtigen Entwicklungen (Rationalitätenfallen).

<sup>10</sup> Vgl. Bartling, 1983, S. 10: Der Begriff „Anbieterdominanz“ ist dahingehend zu verstehen, daß die Ärzte aufgrund ihres Informationsvorsprungs das Angebot im Gesundheitswesen

4. Politische Faktoren: Steuerungsdefizite, Mangel an Prävention, Fehler in den Anreiz-Systemen, mangelhafte Koordination des ambulanten und stationären Sektors, usw.

Im folgenden möchte ich mich speziell mit Fehlern und Problemen in den Anreiz-Systemen auseinandersetzen bzw. der Frage nachgehen, ob bzw. wie man durch Schaffung entsprechender Anreize im Honorierungssystem von Ärzten einen Beitrag zur Erhöhung der Effizienz im Gesundheitssektor leisten kann, um damit vielleicht eine Eindämmung des Ausgabenanstiegs zu erreichen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum man gerade bei den Ärzten Anreize schaffen soll, zumal sie eigentlich nicht als die primären Kostenverursacher im Gesundheitssystem gesehen werden können. Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist jedoch, daß die Ärzte eine wichtige Schlüsselposition innehaben (siehe Abbildung 2).

### 2.3 Schlüsselposition des Arztes

„The physician is the key to the health care sector“<sup>11</sup>.

[Der Arzt ist der Schlüssel zum Gesundheitssektor, Übers. d. Verf.]

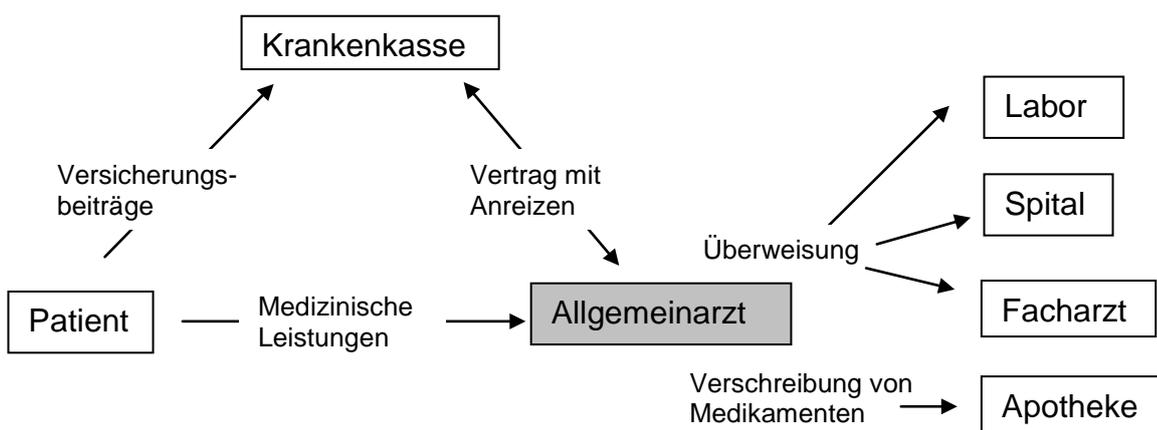


Abbildung 2: Der Arzt als Schlüsselfigur im Gesundheitswesen<sup>12</sup>

dominieren und dadurch insbesondere dazu verleitet werden, die Nachfrage zu stimulieren.

<sup>11</sup> Feldstein, 1970, S. 121

<sup>12</sup> Quelle: Feser, o. JA, S. 2

Hauptsächlich ist der ambulante Arzt die erste Kontaktperson bei gesundheitlichen Problemen der Menschen. Im folgenden erstellt er als erster eine Diagnose und entscheidet über die weitere Therapie, Verschreibung von Medikamenten und die Überweisung an andere Anbieter medizinischer Leistungen. Aus diesem Grunde ist es evident, daß die Ärzte im Gesundheitssystem einen erheblichen Einfluß auf die Folgekosten (vor allem auf die Kosten für den stationären Sektor und für Arzneimittel) ausüben. Es erscheint daher durchaus sinnvoll, bei den Ärzten Anreize zu schaffen, um der Kostenexplosion entgegenzuwirken.<sup>13</sup>

## **2.4 Anreize durch Honorierung**

Grundsätzlich ist bei der Analyse der Anreizsysteme für Ärzte zu berücksichtigen, daß das Verhalten dieser Berufsgruppe nicht ausschließlich durch monetäre Faktoren bestimmt wird. Vielmehr sind ethische Normen und nicht-monetäre Anreize (z.B. Qualität der ärztlichen Leistung, persönliche Beziehung zum Patienten) ebenso wichtige Determinanten wie die Honorierung.<sup>14</sup>

In Anbetracht der Themenstellung wird sich die vorliegende Arbeit hauptsächlich mit monetären Anreizwirkungen beschäftigen. Die zusätzlichen Einflüsse auf das Verhalten der Ärzte (wie zum Beispiel berufsethische Normen) möchte ich bei der Analyse vernachlässigen bzw. nur sekundär betrachten. Ich möchte jedoch ausdrücklich betonen, daß das ärztliche Berufsethos und nicht-monetäre Anreize nicht zu unterschätzende Einflußfaktoren darstellen.

---

<sup>13</sup> Vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 241

<sup>14</sup> Vgl. Wieland, 1988, S. 48

### 3 Grundlagen für die Analyse

Bevor nun die Anreizwirkungen unterschiedlicher Honorierungssysteme für Ärzte untersucht werden können, ist zunächst einmal zu klären, nach welchen Kriterien die Beurteilung der unterschiedlichen Systeme erfolgen soll. Ohne Zweifel ist im Hinblick auf die Kostenexplosion die Überprüfung der ökonomischen Effizienz ein wichtiger Bestandteil der Analyse. Eine ausschließliche Analyse hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit würde jedoch einer umfassenden Bewertung nicht genügen.

Viel eher erscheint es angebracht, das Kriterium der „Effektivität“ als Grundlage für die Beurteilung heranzuziehen, weil es dadurch möglich wird, das Spektrum der Betrachtungsebenen entscheidend zu erweitern.

„Die Effektivität zeigt das Verhältnis zwischen der Zielrealisierung [...] und den hierzu eingesetzten Mitteln an“.<sup>15</sup> D.h. mit Hilfe des Effektivitätskriteriums werden Aussagen über die Ziele und ihre Verwirklichung getroffen.

Ein grundsätzliches Problem in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, daß es im Gesundheitswesen keine allgemein gültige definierte Zielvorstellungen gibt. Unter Berücksichtigung sämtlicher im Prozeß des Gesundheitswesens involvierten Interessengruppen (Versicherte/Patienten, Leistungserbringer, Krankenkassen) ist es jedoch möglich, verschiedene Zieldimensionen zu formulieren.<sup>16</sup>

Ausgehend von allgemeinen Zielvorstellungen, wie die Erhaltung der Gesundheit, die Heilung der Krankheiten und die Verlängerung des Lebens möchte ich vor dem Hintergrund steigender Gesundheitsausgaben, des Fortschritts der Medizin und der Forderung nach mehr Humanität in der Medizin weitere Dimensionen in das Zielsystem einbauen:<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Verdross, 1988, S. 183

<sup>16</sup> Vgl. Gäfgen, 1990, S. 40

<sup>17</sup> Vgl. Schneider 1993, S. 613

- Sicherung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Leistungserstellung,
- die verstärkte Einbeziehung der Patientenpräferenzen sowie
- die ökonomische Effizienz

Diese eher globalen Zielvorstellungen müssen allerdings präzisiert werden, um die eine Analyse hinsichtlich der Effektivität vornehmen zu können.

Allgemeine Ziele	Verbesserung der Qualität	Einbeziehung von Patientenpräferenzen	Ökonomische Effizienz
- Erhaltung der Gesundheit  - Heilung der Krankheiten  - Verlängerung des Lebens	- Strukturqualität  - Prozeßqualität  - Outcomequalität	- Erhöhung der Patientenzufriedenheit	- Produktions-effizienz  - Allokations-effizienz

Abbildung 3: Komponenten des Zielsystems im Gesundheitswesen<sup>18</sup>

### 3.1 Allgemeine Ziele

Die allgemeinen Ziele, nämlich die Verringerung der Morbidität und der Mortalität, sind ohne Zweifel die wesentlichsten Prämissen eines Gesundheitssystems. Aus diesem Grund werden auch heute noch Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken zur allgemeinen Beurteilung von Gesundheitssystemen herangezogen.<sup>19</sup> Eine wichtige Rolle spielt in dieser Hinsicht auch die Verteilung des Morbiditätsrisikos, d.h. wer letztendlich die Kosten der Gesundheitswiederherstellung zu tragen hat.

<sup>18</sup> Quellen: Schneider, 1993, S. 613, Überla, 1982, S. 115ff, Hellbrück, 1997, S. 128 und Leu, 1978, S.480

## 3.2 Qualität

Grundsätzlich kann das Merkmal „Qualität“ in die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität unterteilt werden.<sup>20</sup> Diese Begriffe lassen sich leicht charakterisieren, indem man sich die medizinische Versorgung als einen Prozeß vorstellt, in welchem Inputs in Outputs transformiert werden.

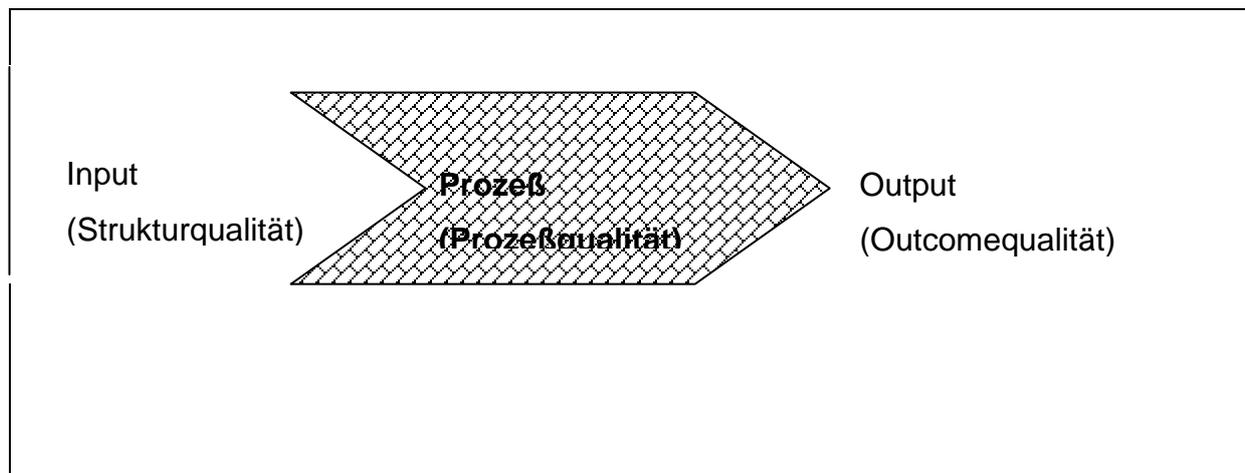


Abbildung 4: Der Prozeß der medizinischen Leistungserstellung<sup>21</sup>

In Anlehnung an diesen Prozeß möchte ich im folgenden die einzelnen Stufen der Qualitätssicherung näher erläutern.

### 3.2.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität bezieht sich auf die Qualität und Qualifikation der sachlichen und personellen Ausstattung medizinischer Einrichtungen, welche sich anhand meßbarer Kriterien, wie z.B. die Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten, die Qualifikation und Weiterbildung von Leistungserbringern oder durch die Diffusionsgeschwindigkeit neuer medizinischer Apparate quantifizieren läßt.<sup>22</sup>

<sup>19</sup> Vgl. Dinkel, 1985, S. 29 und Schneider, 1995, S. 29

<sup>20</sup> Vgl. Überla, 1982, S. 115ff

<sup>21</sup> Quelle: Schmidt/Galli, 1998, S. 12

Grundsätzlich ist der vermehrte Einsatz von hochwertigen medizinischen Geräten in Allgemeinarztpraxen allerdings nur begrenzt wünschenswert: obwohl natürlich einerseits die Patienten von einer verbesserten Behandlung profitieren, impliziert andererseits der übermäßige Einsatz dieser neuen Technologien die Gefahr von Überkapazitäten im ambulanten allgemeinärztlichen Bereich. Damit verbinden sich nicht nur erhöhte Kosten, sondern auch die Gefahr der Substitution ärztlicher Zuwendung zum Patienten durch eine erhöhte „Apparatemedizin“.<sup>23</sup>

### 3.2.2 Prozeßqualität

Die Prozeßqualität betrachtet die Qualität der erbrachten medizinischen Leistung. Ein allgemeines Problem in diesem Zusammenhang ist die Messung der Qualität von Arztleistungen.<sup>24</sup>

Es gibt nun diesbezüglich die Theorie, daß sich die Qualität der medizinischen Versorgung nach der Einhaltung sogenannter „Standards“ messen läßt. „Ein Standard entspricht der jeweiligen Fachmeinung zu einem Thema und beinhaltet den medizinisch als richtig angesehenen Weg in Diagnostik, Therapie und Betreuung“.<sup>25</sup>

Die Qualität des ärztlichen Handelns wird in diesem Fall daran gemessen, inwieweit sich die Ärzte im Einzelfall an einem standardisierten Katalog diagnostischer und therapeutischer Leistungen orientieren. Durch die Formulierung von Standards werden entsprechende Qualitätsvergleiche ärztlicher Leistungen ermöglicht – so zum Beispiel kann eine Beurteilung danach erfolgen, ob die ärztliche Leistung „dem Standard entsprechend“, „unter dem Standard“ oder „über dem Standards“ durchgeführt wurde.<sup>26</sup>

Angesichts der Tatsache, daß die individuellen Krankheitsverläufe der Patienten sehr unterschiedlich sein können, wird es nicht immer zielführend sein, die Patienten nach vorgegebenen Standards zu behandeln. Aus diesem Grund sollte die Qualität der erbrachten Leistung nicht nur nach der Erbringung von „Standardleistungen“

---

<sup>22</sup> Vgl. Wieland, 1988, S. 80

<sup>23</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 5 und S. 108

<sup>24</sup> Vgl. Potthoff, 1983, S. 12

<sup>25</sup> Abholz, 1995a, S. 46

beurteilt werden, sondern es sollte vielmehr das Ergebnis der medizinischen Leistungserstellung bei der Beurteilung berücksichtigt werden.<sup>27</sup>

### **3.2.3 Ergebnisqualität**

Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Qualität des Erfolges von Diagnose und Behandlung und berücksichtigt die Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten. Die Messung der Ergebnisqualität stößt aber aufgrund der Heterogenität der Ergebnisse und der Tatsache, daß die Veränderungen des Gesundheitszustandes nicht ohne weiteres den Aktivitäten der Gesundheitsindustrie zugerechnet werden können, zur Zeit noch auf zahlreiche Probleme.<sup>28</sup> Nichtsdestotrotz ist man im allgemeinen der Ansicht, daß sich die medizinischen Leistungserbringer neben der Struktur- und der Prozeßqualität verstärkt an der Qualität der Ergebnisse orientieren sollten.<sup>29</sup>

### **3.3 Berücksichtigung von Patientenpräferenzen**

Patientenorientierung soll letztendlich dazu führen, daß die medizinischen Leistungserbringer jedem kranken Individuum eine differenzierte Aufmerksamkeit entgegenbringen, die dessen gesundheitlichen Status, dessen Persönlichkeit und Würde sowie dessen sozialer Situation entspricht. Die Berücksichtigung dieser Interessen trägt in erster Linie zur Erhöhung der persönlichen Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung bei (unabhängig von deren objektivem Wert) und spielt damit eine wichtige Rolle in der Medizin.<sup>30</sup>

In diesem Zusammenhang hat insbesondere der zeitliche Ablauf der Behandlung für den Patienten eine wesentliche Bedeutung. Verkürzte Wartezeiten im Warteraum, eine leichte Erreichbarkeit des Arztes (die z.B. durch eine erhöhte Arztdichte verbessert werden kann), verlängerte Kontaktzeiten mit dem Arzt, verkürzte Latenzzeiten (die Zeit, bis bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen

---

<sup>26</sup> Vgl. Überla, 1982, S. 119

<sup>27</sup> Vgl. Potthoff, 1983, S. 12

<sup>28</sup> Vgl. Gäfgen, 1980, S. 187f

<sup>29</sup> Vgl. Hellbrück, 1997, S. 128

<sup>30</sup> Vgl. Kühn, 1995, S. 13

durchgeführt werden) und ein rascher Eintritt der Gesundheit können u.a. zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit beitragen.<sup>31</sup>

### **3.4 Ökonomische Effizienz**

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund steigender Gesundheitsausgaben ist die Kostenkontrolle ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung der Effektivität eines Gesundheitssystems. Die ökonomische Effizienz hat zwei Dimensionen: die Produktionseffizienz und die Allokationseffizienz.<sup>32</sup>

Die Produktionseffizienz gibt an, inwieweit die Produktion eines bestimmten Güterangebots nach dem ökonomischen Prinzip erfolgt. Um die Produktionseffizienz analysieren zu können, ist es nötig, den Prozeß der Wiederherstellung der Gesundheit in einzelne Produktionsstufen zu untergliedern:<sup>33</sup>

#### **3.4.1 Betriebliche Effizienz in der Leistungsproduktion (Stufe 1)**

Hier geht es um die effiziente Erstellung eines gegebenen Leistungsbündels mit möglichst geringem Einsatz an Produktionsfaktoren. Ziel ist die wirtschaftliche Erstellung der Einzelleistung, d.h. geringe Kosten pro Leistungseinheit.<sup>34</sup>

#### **3.4.2 Behandlungseffizienz bei der Produktion von gesundheitlichen Ergebnissen (Stufe 2)**

Das Behandlungsergebnis soll mit dem kostengünstigsten diagnostisch-therapeutischen Verfahren erreicht werden. Ziel ist die Erreichung eines gegebenen Behandlungserfolges mit einer möglichst geringen Menge an Einzelleistungen. Existieren zum Beispiel mehrere Behandlungsmethoden bzw. mehrere Diagnosemöglichkeiten, so ist die Wahl jener Methode am wünschenswertesten, die

---

<sup>31</sup> Vgl. Überla, 1982, S. 118f

<sup>32</sup> Vgl. Leu, 1978, S. 480

<sup>33</sup> Vgl. Gäfgen, 1980, S. 179f

<sup>34</sup> Vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 263

insgesamt die geringsten Kosten verursacht. Dies setzt u.a. auch eine optimale Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Versorgungsinstituten voraus.<sup>35</sup>

### **3.5 Allokationseffizienz**

Die Gesamtheit der zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln müssen auf medizinische und sonstige Zwecke aufgeteilt werden. Unter dem Motto „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, ist man bestrebt, mit Rücksicht auf andere volkswirtschaftliche Ziele eine „optimale Gesundheitsquote“ zu erreichen.<sup>36</sup>

Im Rahmen der Allokationsentscheidungen ist aber nicht nur darüber zu bestimmen, wieviel finanzielle Mittel dem Gesundheitswesen insgesamt eingeräumt werden sollen, sondern es tritt auch die Frage nach der Verwendungsstruktur der knappen Mittel auf. Das bedeutet, daß innerhalb der einzelnen Produktionsstufen die Allokationseffizienz zu überprüfen ist.<sup>37</sup>

In diesem Zusammenhang sind vor allem die Wirkungen von steuernden Maßnahmen auf das allokativen Verhalten der Beteiligten (Versicherte, Patienten, Ärzte,..) von Interesse. So zum Beispiel liegt in der Gestaltung des Honorierungssystems für Ärzte ein wesentliches Potential zur Steigerung der allokativen Effizienz auf den verschiedenen Ebenen.<sup>38</sup>

### **3.6 Weitere Bemerkungen zu den Zieldimensionen**

Es ist evident, daß die einzelnen Zieldimensionen in vielfältiger Beziehung zueinander stehen und nicht isoliert voneinander betrachtet werden können. So zum Beispiel müssen Maßnahmen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit medizinischer Einrichtungen zwangsläufig durch die Kontrolle ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung ergänzt werden usw. Gleichzeitig ist zu betonen, daß die Beurteilung hinsichtlich der Effektivität sehr stark von der jeweiligen Betrachtungsperspektive

---

<sup>35</sup> Vgl. Theurl, 1993, S. 608

<sup>36</sup> Vgl. Gäfgen, 1993, S. 587

<sup>37</sup> Vgl. Henke, 1985, S. 477

<sup>38</sup> Vgl. Gäfgen, 1984, S. 295f

(Arzt, Patient, Krankenkasse) und von den gesellschaftlichen Wertvorstellungen abhängt.<sup>39</sup>

Bevor ich nun auf die Analyse der Honorierungssysteme eingehe, ist es wichtig, auf einige Besonderheiten im Gesundheitswesen hinzuweisen, die ebenfalls in die Analyse mit einzubeziehen sind.

### **3.7 Besonderheiten des Gutes Gesundheit/Besonderheiten medizinischer Leistungen**

In der gesundheitsökonomischen Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, daß sich Gesundheitsgüter durch besondere Charakteristika von herkömmlichen Gütern unterscheiden, so daß Marktversagen auftritt und staatliche Eingriffe in das Gesundheitswesen als gerechtfertigt angesehen werden.

Diese Besonderheiten können wie folgt kategorisiert werden:<sup>40</sup>

- Externe Effekte
- Unsicherheit auf den Versicherungsmärkten, die zu adverser Selektion und Moral Hazard führt
- Unsicherheit aufgrund asymmetrischer Information
- Monopolisierungstendenzen im Versicherungsmarkt

#### **3.7.1 Externe Effekte**

Durch den Konsum eines Gutes durch einen Haushalt werden Nutzenwirkungen bei einem anderen Haushalt ausgelöst, ohne daß diese dafür bezahlen müßten.<sup>41</sup> So zum Beispiel können präventive Maßnahmen bei einem Individuum durch eine

---

<sup>39</sup> Vgl. Potthoff, 1983, S. 11

<sup>40</sup> Vgl. Neudeck, 1993, S. 592

verminderte Ansteckungsgefahr die Gesundheit anderer Menschen durchaus positiv beeinflussen. Die Risiken sind in dieser Hinsicht nicht voneinander unabhängig.<sup>42</sup>

### 3.7.2 Unsicherheit

Arrow führt das Marktversagen im Gesundheitsbereich auf verschiedene Arten von Unsicherheit zurück. Er unterscheidet 2 Risiken, denen der Patient ausgesetzt ist:<sup>43</sup>

#### a) Unsicherheit über das Risiko krank zu werden

Die Menschen wissen nicht, ob und wann sie krank werden und wie hoch die dann anfallenden Kosten sein werden. Dieses Risiko ließe sich durch private Versicherungen reduzieren. Vor allem aufgrund zweier Faktoren ist jedoch von einem Versagen privater Versicherungsmärkte auszugehen:<sup>44</sup>

#### - Adverse Selektion

Adverse Selektion ist darauf zurückzuführen, daß Individuen mit hohem Erkrankungsrisiko tendenziell vermehrt Versicherungsschutz nachfragen, während Individuen mit geringem Erkrankungsrisiko weniger Versicherungsschutz beantragen. Private Versicherungsunternehmen können daher annehmen, daß hauptsächlich Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko bei ihnen versichert sein wollen und „selektieren“ bereits vor Abschluß eines Versicherungsvertrages Personen mit überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko.<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> Vgl. Breyer/Zweifel 1997, S. 153

<sup>42</sup> Vgl. Andrae, 1981, S. 7

<sup>43</sup> Vgl. Arrow, 1963, S.

<sup>44</sup> Vgl. Ivansits/Streissler, 1999, S. 4ff

<sup>45</sup> Vgl. Peet, 1991, S. 5

- Moral Hazard

„Moral Hazard liegt vor, wenn der Versicherungsvertrag Verhaltensänderungen der Versicherten nach sich zieht“.<sup>46</sup> Das bedeutet, daß der Abschluß eines Versicherungsvertrages sowohl den Anreiz zur Schadensverhütung mindert und damit auch die Risikowahrscheinlichkeit ändert (moral hazard ex ante), als auch zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen führt (moral hazard ex post).<sup>47</sup>

Zur Eindämmung des moral hazard werden häufig Selbstbehalte eingeführt, die die Versicherten an ihrem Risiko krank zu werden beteiligen. Daß solche Selbstbehalte aber nicht immer zielführend sind,<sup>48</sup> wird im Kapitel 4 noch ausführlich diskutiert.

b) Das Risiko der unvollständigen und/oder verzögerten Genesung nach einer Krankheit

Hier existieren zwei Eigenschaften von Arztleistungen, die zu Marktversagen führen können: Unvollkommene und asymmetrische Information der Nachfrager bzgl. der Qualität der Arztleistungen.<sup>49</sup>

### **3.7.3 Asymmetrische Information**

Eine asymmetrische Information der Nachfrage liegt vor, wenn z.B. der Arzt über Informationen verfügt, die dem Patienten nicht zur Verfügung stehen. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer fehlenden Konsumentensouveränität. D.h. der Patient kann normalerweise nicht die Art, den Zeitpunkt und den Umfang der Leistungen bestimmen. Zudem hat er keine Marktübersicht und kann auch den Wert alternativer Gesundheitsangebote nicht beurteilen.<sup>50</sup>

---

<sup>46</sup> Neudeck, 1988, S. 134

<sup>47</sup> Vgl. Reintjes/Reiche/Wenk-Lang, 1997, S. 75 und Breyer, 1984, S. 288ff

<sup>48</sup> Vgl. Karsch, 1993, S. 583

<sup>49</sup> Vgl. Wieland, 1988, S. 81

<sup>50</sup> Vgl. Eberle, 1997, S. 100

Wesentliche Bedeutung in diesem Zusammenhang hat auch die Doppelrolle des ambulant tätigen Arztes. Dieser erfüllt im Gesundheitswesen sowohl die Rolle des Produzenten von Gesundheitsleistungen als auch die des Beraters des Patienten. In seiner Beraterfunktion übt der Arzt nun einen entscheidenden Einfluß auf die Nachfrage aus.<sup>51</sup> Somit verlieren Maßnahmen wie Selbstbehalt und Selbstbeteiligung, die auf die Nachfragesteuerung seitens des Patienten abzielen, stark an Wirksamkeit.<sup>52</sup>

### **3.7.4 Monopolisierungstendenzen**

Die Tendenz zu Monopolstellungen einzelner Versicherungsunternehmen ist relativ groß. Da die Versicherungen bei einem größeren Betriebsumfang vor allem von einer erhöhten Risikostreuung profitieren können, werden sie versuchen, so viele Versicherungen wie möglich abzuschließen. Herrscht ein reger Wettbewerb, können die einzelnen Versicherungsgesellschaften potentielle Versicherungsnehmer in erster Linie mit billigen Prämien locken – tritt eine Versicherungsgesellschaft als Monopolist auf, fällt der Wettbewerbsdruck und somit die Erfordernis, eine Senkung der Prämien vorzunehmen. Diese Monopolisierungstendenzen können auf langfristige Sicht nicht nur zu hohen Preisen, sondern auch zu verminderter Qualität führen.<sup>53</sup>

## **3.8 Zusammenfassung Kapitel 3**

Im ersten Teil meiner Arbeit wurde nun ein Rahmen geschaffen, der es gestattet, Vergütungssysteme für Ärzte hinsichtlich ihrer Effektivität unter Berücksichtigung der besonderen Charakteristiken des Gutes „Gesundheit“ zu analysieren. Im folgenden möchte ich nun die Elemente von Honorierungssystemen vorstellen, um sie sodann einer Analyse zu unterziehen.

---

<sup>51</sup> Vgl. Münnich, 1986, S. 392

<sup>52</sup> Vgl. Neudeck, 1988, S. 137

<sup>53</sup> Vgl. Ivansits/Streissler, 1999, S. 5

## 4 Die Elemente eines Honorierungssystems

Ein Honorierungssystem für Ärzte umfaßt sämtliche Regelungen, die bei der Entlohnung von Ärzten von Bedeutung sind. Die verschiedenen Elemente, die für die Ausgestaltung eines Vergütungssystems entscheidend sind, lassen sich wie folgt strukturieren:

Honorarverfahren	Honorarform	Honorartarif
<ul style="list-style-type: none"><li>- Honorierungsquelle und Bezahlungsmodalitäten</li><li>- Mechanismus der Preisbestimmung</li><li>- Stufen des Honorierungsverfahrens</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Einzelleistungshonorierung</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>

Abbildung 5: Die Elemente eines Honorierungssystems<sup>54</sup>

### 4.1 Honorarverfahren

Das Honorarverfahren regelt die institutionelle Abwicklung der Honorierung. Wichtige Unterscheidungsmerkmale sind dabei:<sup>55</sup>

- die Honorierungsquelle und Bezahlungsmodalitäten
- der Mechanismus der Preisbestimmung
- die Stufen des Honorierungsverfahrens.

<sup>54</sup> Quelle: Schulenburg, 1981, S. 268

<sup>55</sup> Vgl. Theurl, 1993, S. 602, Breyer/Zweifel, 1997, S. 259f, Schneider, 1995, S. 73

### 4.1.1 Honorierungsquelle

Grundsätzlich gibt es folgende Finanzierungsquellen für ärztliche Dienstleistungen:<sup>56</sup>

- a) Gesetzliche Krankenversicherungen
- b) Staat
- c) Private Krankenversicherungen
- d) Selbstzahlung der Patienten

Durch die Festlegung der Finanzierungsträger im Gesundheitswesen wird nun nicht nur darüber bestimmt, wer für die Mittelaufbringung zuständig ist, sondern es wird dadurch ebenso die Organisation eines Gesundheitssystems wesentlich mitbestimmt. In Abhängigkeit vom Ausmaß der Beteiligung der verschiedenen Finanzierungsträger wird sich dabei die Ausrichtung eines Systems zwischen zwei Extremfällen bewegen.<sup>57</sup>

- marktwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme
- planwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme

#### 4.1.1.1 Private Versicherungen als Finanzierungsträger - Marktwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme

Durch die Steuerung des Gesundheitswesens über den Markt soll eine effiziente Verwendung der knappen Ressourcen bei größtmöglicher Handlungs- und Wahlfreiheit des einzelnen erreicht werden. Da dem einzelnen allerdings nicht zugemutet werden kann, sämtliche Angebote medizinischer Leistungserbringer gegeneinander abzuwägen, übernehmen diese Aufgabe private Krankenversicherungen. Der Versicherte hat nun so die Möglichkeit, zwischen konkurrierenden Versicherern mit verschiedenen Leistungspaketen und unterschiedlicher Prämienhöhe zu wählen. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei, daß die Krankenversicherer nicht alle Leistungserbringer, sondern nur eine

---

<sup>56</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 73

<sup>57</sup> Vgl. Schmid, 1987, S. 7f

ausgewählte Gruppe von Ärzten und Krankenhäusern usw. unter Vertrag nimmt.<sup>58</sup>  
 Folgende Abbildung sollte diese Beziehung veranschaulichen:

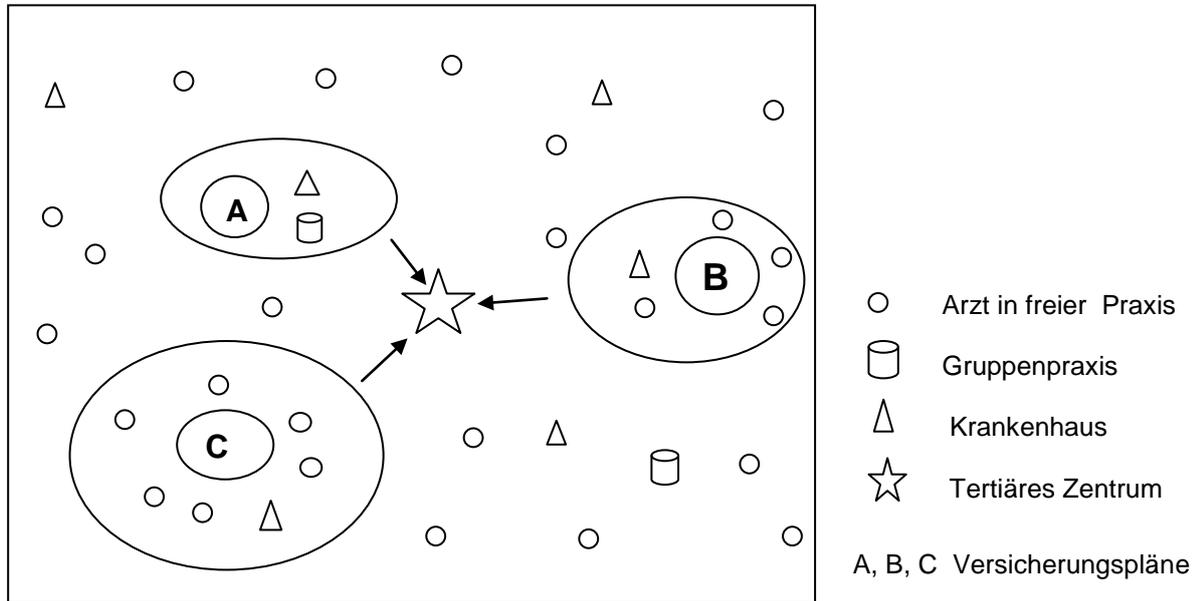


Abbildung 6: Schematische Darstellung der medizinischen Versorgung mit verschiedenen Versicherungsmodellen in der Region X<sup>59</sup>

Durch die Auswahl von medizinischen Anbietern soll nicht nur ein Wettbewerbsdruck unter den einzelnen Leistungserbringern hervorgerufen werden, sondern es sollen sich vor allem jene Formen von Versicherungsmodellen herausbilden, die den Präferenzen der Versicherten am besten entsprechen.<sup>60</sup>

Ein Kernproblem des wirtschaftlichen Wettbewerbs im Gesundheitssektor besteht nun aber darin, daß private Krankenversicherungen nicht nur eine Selektion der Anbieter medizinischer Leistungen vornehmen, sondern ebenso die Nachfrager dieser Leistungen (Patienten) einer Selektion unterwerfen. Wie Erfahrungen aus der USA verdeutlichen, führt dies insbesondere dazu, daß aufgrund dieses Selektionsprozesses vor allem alte, chronisch kranke Patienten aus den unteren

<sup>58</sup> Vgl. Sommer, 1999, S. 114ff

<sup>59</sup> Quelle: Sommer, 1999, S. 119

<sup>60</sup> Vgl. Sommer, 1999, S. 121

sozialen Schichten keinen Zugang zum Versicherungsmarkt – und damit zum Gesundheitssystem – finden.<sup>61</sup>

#### 4.1.1.2 Der Staat als Finanzierungsträger - Planwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme

Bei einem rein planwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem taucht dieses Problem der Selektion der Patienten von vornherein erst gar nicht auf. Vielmehr sehen die Vertreter der egalitären Position den Zugang zu einer einheitlichen medizinischen Versorgung als ein Grundrecht, das nicht durch die Zahlungsfähigkeit des einzelnen beeinflusst werden darf. Dementsprechend wird auch das Gesundheitssystem organisiert, welches in erster Linie aus (progressiven) Steuern finanziert wird. Die Gesundheitsversorgung erfolgt in diesem System auf drei Stufen:

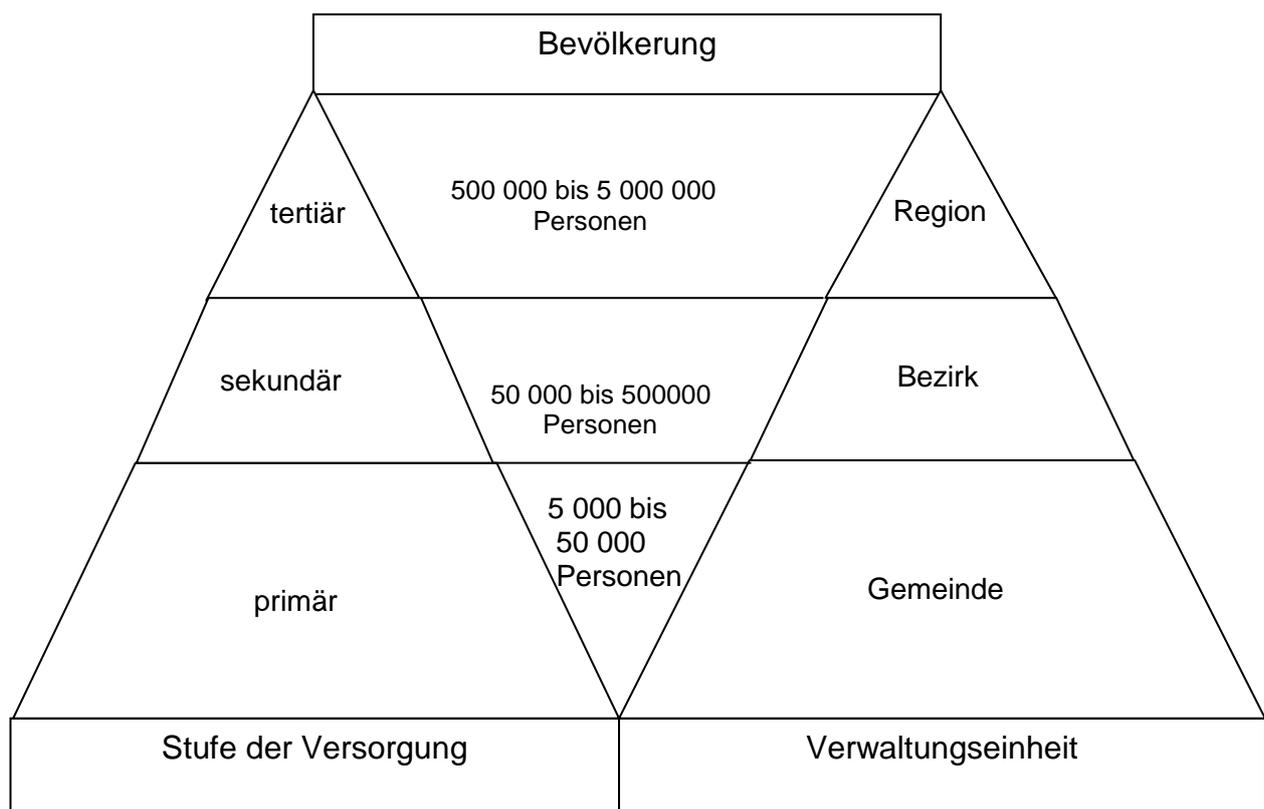


Abbildung 7: Idealtypische planwirtschaftliche Organisation des Gesundheitswesens<sup>62</sup>

<sup>61</sup> Vgl. Kühn, 1995, S. 29

<sup>62</sup> Quelle: Sommer, 1999, S. 177

- Primäre Versorgung:

Diese umfaßt die Behandlung häufig auftretender gesundheitlicher Beschwerden und gewisse präventive Maßnahmen, wie z.B. Impfungen, die grundsätzlich vom Allgemeinmediziner durchgeführt werden. Die Patienten müssen sich bei jeglichen Beschwerden zuerst an ihren Hausarzt wenden, der in weiterer Folge die Behandlung entweder selbst vornimmt oder die Überweisung an einen Spezialisten vornimmt.

- Sekundäre Versorgung:

Diese erfolgt in Bezirkskrankenhäusern, in denen Ärzte für Innere Medizin, Pädiatrie, Neurologie usw. angestellt sind. Diese Fachärzte betreuen sowohl stationäre als auch ambulante Patienten.

- Tertiäre Versorgung:

Diese umfaßt die Behandlung anspruchsvoller Fälle und erfolgt in entsprechend ausgerüsteten Krankenhäusern.

Den Institutionen auf den verschiedenen Stufen der Versorgung werden Budgets vorgegeben, Spezialisten werden nach einem fixen Gehalt entlohnt, und Allgemeinärzte werden hauptsächlich nach einer Kopfpauschale (d.h. es wird ein bestimmter Festbetrag pro potentiellm Patienten bezahlt) honoriert.

Welche Probleme sich bei einer planwirtschaftlichen Orientierung des Gesundheitswesens ergeben können, kann nun im folgenden anhand der Erfahrungen in Großbritannien (das sich an diesem System orientiert), aufgezeigt werden:<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Vgl. Sommer, 1999, S. 189ff

- schwerfällige bürokratische Abläufe ohne klare Verantwortlichkeiten erschweren ernsthafte Qualitätskontrollen
- lange Wartelisten für Patienten, die stationär behandelt werden müssen
- es gibt keinerlei Anreize, die zu effizientem Verhalten motivieren (z.B. werden Krankenhäuser vor allem dazu angehalten, ihre zugewiesenen Budgets pro Periode voll auszuschöpfen, da ansonsten in der folgenden Budgetperiode ein entsprechend geringeres Budget zur Verfügung gestellt wird.
- es existieren nach wie vor erhebliche Versorgungsunterschiede zwischen den einzelnen Regionen
- das System gilt als wenig kundenorientiert und die Ärzte praktizieren einen patriarchalischen Behandlungsstil

#### **4.1.1.3 Private versus gesetzliche Krankenversicherung**

Neben der Möglichkeit, die Finanzierung des Gesundheitssystems hauptsächlich privaten Versicherungsträgern oder dem Staat zu überlassen, gibt es noch die – in der Praxis häufig vorzufindende - Möglichkeit der Finanzierung mittels gesetzlicher Krankenversicherung. Die Unterschiede zwischen privater Krankenversicherung (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) sollen in nachstehender Abbildung zum Ausdruck gebracht werden:

Merkmale	PKV	GKV
Versicherungsträger	Private Unternehmungen	Körperschaften öffentl. Rechts
Zustandekommen des Versicherungsverhältnisses	Freiwillige Versicherung mit weitgehender Gestaltungsfreiheit bzgl. Inhalt u. Umfang des Versicherungsschutzes	Versicherungspflicht, sobald gesetzlich normierte Tatbestände vorliegen. Es gibt kaum Gestaltungsmöglichkeiten
Prämien- bzw. Beitragsberechnung	Die Prämien sind u.a. von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Versicherten abhängig	Es gilt das Solidaritätsprinzip: Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Einkommen.
Risikenauslese	Die Ablehnung von Versicherungswilligen ist möglich	Es gibt keine Risikenauslese

Abbildung 8: Unterschiede zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung<sup>64</sup>

Grundsätzlich kann durch die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung das mit dem privaten Krankenversicherungsmodell verbundene Problem der adversen Selektion vermieden werden. Gleichzeitig wird durch das Solidarprinzip allen Versicherten – bei einkommensabhängigen Beitragszahlungen – ein einheitliches Leistungsangebot zur Verfügung gestellt.

Allerdings ergeben sich durch diese quasi-staatliche Einheitsversicherung ähnliche Nachteile wie bei einer rein planwirtschaftlichen Gestaltung des Gesundheitssystems: die Wahlmöglichkeit des Konsumenten ist weitgehend ausgeschlossen, es fehlen Gewinn- und Wettbewerbsanreize zur Kostenminimierung und effiziente Mechanismen, die das Problem des Moral Hazard entschärfen.<sup>65</sup>

<sup>64</sup> Quelle: Dickinger, 1999, S. 79

<sup>65</sup> Vgl. Neudeck, 1993, S. 593

#### **4.1.1.4 Die optimale Ausgestaltung des Honorierungssystems durch Beteiligung mehrerer Finanzierungsträger**

In den meisten Ländern wird die Finanzierung des Gesundheitswesens in erster Linie von gesetzlichen Krankenversicherungen und vom Staat getragen. Private Krankenversicherungen stellen dabei zusätzliche Finanzierungsquellen dar. Nur in den USA, der Schweiz und Deutschland gibt es in größerem Umfang private Krankenversicherungen.<sup>66</sup>

Allgemein ist dazu festzuhalten, daß weder eine alleinige private (marktwirtschaftliche) Steuerung noch eine rein staatliche Steuerung im Gesundheitsbereich ein Optimum darstellt. Für eine marktwirtschaftliche Organisation spricht, daß alle Beteiligten sparsamer mit knappen Gütern umgehen, der Preiswettbewerb die Versicherungsprämien niedrig halten und Alternativen für die Konsumenten bereit stehen würden. Gegen eine rein wettbewerbliche Organisation des Gesundheitswesens sprechen vor allem die im Kapitel 3.7. angeführten Besonderheiten des Gutes Gesundheit.<sup>67</sup>

- Informationsprobleme
- Unsicherheiten
- Externalitäten
- Monopolisierungstendenzen

Die Frage, die sich nun stellt, lautet nicht, welches der beiden Extreme (gesetzliche Versicherung versus private Versicherung) zu bevorzugen ist, sondern vielmehr, wie durch eine Kombination beider Systeme das Ausmaß der Nachteile minimiert werden kann. Dabei ist zu beachten, daß jedenfalls drei wichtige Aufgaben von der staatlichen Regulierung wahrgenommen werden müssen.<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 60

<sup>67</sup> Vgl. Reintjes/Reiche/Wenk-Lang, 1997, S. 74 ff

<sup>68</sup> Vgl. Neudeck, 1993, S. 597

- Festlegung der Mindestversicherungspflicht bzw. Übernahme der Finanzierung einer vorgeschriebenen Minimalversicherung seitens des Staates, um dem Problem externer Effekte vorzubeugen.
- Durchführung der Umverteilung: jedes Individuum soll unabhängig vom Einkommen den gleichen Zugang zu medizinischen Leistungen (Versicherungen) haben.
- Vermeidung von adverser Selektion.

#### 4.1.1.5 Selbstzahlung der Patienten

Eine weitere Finanzierungsquelle für Gesundheitsleistungen stellt die Selbstzahlung (Selbstbeteiligung) der Patienten dar. Dieser Form der Finanzierung werden neben Finanzierungseffekten ebenso Steuerungseffekte sowohl nachfrageseitig (seitens der Patienten) als auch auf der Angebotsseite (Ärzte) nachgesagt.<sup>69</sup>

Eine Direktbeteiligung der Patienten kann auf verschiedenen Wegen erfolgen, wie z.B. durch:<sup>70</sup>

- (prozentuale) Selbstbeteiligung: der Patient beteiligt sich mit einem festgelegten Prozentsatz an dem von ihm verursachten Aufwand
- (absoluter) Selbstbehalt: der Versicherungsschutz vor finanziellen Risiken beginnt oberhalb eines bestimmten Betrages
- Indemnitätsstarif: Bei dieser Form der Selbstbeteiligung wird für jede Gesundheitsleistung ein bestimmter Geldbetrag festgelegt, den der Versicherte – unabhängig von dem tatsächlichen Preis der Leistung – von seiner Krankenversicherung erhält. Übersteigt der tatsächliche Preis der Gesundheitsleistung diesen Indemnitätsbetrag, muß der Patient die Differenz aus

---

<sup>69</sup> Vgl. Kraft/Schulenburg 1986, S. 360 ff

<sup>70</sup> Vgl. Knappe/Fritz, 1985, S. 449 ff

eigener Tasche zuzahlen. Ist der Preis kleiner oder gleich dem Indemnitätsbetrag, so kann der Patient die möglicherweise auftretende Differenz behalten.<sup>71</sup>

### **Auswirkungen einer Selbstbeteiligung auf die Patienten**

Wie oben bereits erwähnt, werden von einer Selbstbeteiligung der Patienten an den Gesundheitskosten verschiedene Steuerungseffekte erwartet:<sup>72</sup>

- Finanzierungseffekte

Selbstbeteiligungen haben Finanzierungseffekte in der Form, daß eine Kostenverlagerung von der Versichertengemeinschaft auf jene Patienten erfolgt, die ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Durch diese Kostenbeteiligung soll vor allem das Moral Hazard-Verhalten vermindert werden.<sup>73</sup>

Grundsätzlich leuchtet es ein, daß die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zurückgeht, wenn diese den Patienten nicht mehr kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Vor allem bei absoluten Selbstbehalten wird in Bagatellfällen der Arzt nicht mehr von vornherein aufgesucht werden.

Diese mögliche Reaktion der Nachfrager birgt aber die Gefahr in sich, daß generell weniger Arztkontakte stattfinden und sich die Chance auf das rechtzeitige Erkennen schwerer Krankheitsfälle reduziert. Dies kann dazu führen, daß auf lange Sicht statt rechtzeitiger kostengünstiger Behandlungen verspätete teure Behandlungen erforderlich werden, die die Ausgaben steigern und den medizinischen Erfolg mindern.<sup>74</sup>

- Strukturelle Effekte

Befürworter der Selbstbeteiligung erwarten, daß aufgrund der Kenntnisse der Anbieterpreise die Patienten versuchen werden, auf kostengünstigere Leistungen

---

<sup>71</sup> Vgl. Knappe/Leu/Schulenburg, 1988, S. 49

<sup>72</sup> Vgl. Kraft/Schulenburg, 1986, S. 360 ff

<sup>73</sup> Vgl. Badelt, 1986, S. 495

<sup>74</sup> Vgl. Knappe/Fritz, 1985, S. 449 ff

auszuweichen (Substitution teurer Leistungen durch billigere Leistungsarten). Außerdem würde eine Selbstbeteiligung die Patienten veranlassen, die Rechnungen des Arztes genau zu prüfen, und so eine Kontrolle der angebotenen und verrechneten Leistungen ermöglicht wird.<sup>75</sup>

Diesen Argumenten ist allerdings entgegenzuhalten, daß zum einen die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht ausschließlich vom Patienten bestimmt, sondern größtenteils vom Arzt verordnet werden. Zum anderen kann aufgrund der asymmetrischen Information des Patienten nicht verlangt werden, daß er über sämtliche Alternativen medizinischer Leistungen informiert und daher in der Lage ist, auf billigere Leistungsarten auszuweichen.<sup>76</sup>

- Distributionseffekte

Durch die Einführung einer Selbstbeteiligung erfolgt eine Redistribution der Gesundheitskosten zugunsten der gesunden Bevölkerung. Multimorbide Menschen würden von der Einführung einer Selbstbeteiligung überproportional betroffen. Da Bezieher höherer Einkommen in der Tendenz einen besseren Gesundheitszustand aufweisen, würden vor allem Bezieher von niedrigen Einkommen finanzielle Nachteile erfahren.<sup>77</sup>

### **Auswirkungen einer Selbstbeteiligung auf die Ärzte**

Eine bedeutende Rolle spielt die Reaktion des Arztes auf den vermeintlichen Rückgang der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bzw. der Substitution teurer durch billigere Leistungen. Es ist zu erwarten, daß Ärzte ihren Einkommensanspruch gefährdet sehen und sich auf individueller Ebene (durch Überredung, durch qualitatives Entgegenkommen, etc.) wie auch auf kollektiver Ebene (in den Honorarverhandlungen) zur Wehr setzen werden.<sup>78</sup>

---

<sup>75</sup> Vgl. Reinhardt, 1985, S. 81 ff

<sup>76</sup> Vgl. o. V., 1995

<sup>77</sup> Vgl. Siegrist, 1995, S. 202

<sup>78</sup> Vgl. Knappe/Fritz, 1985, S. 449 ff

## **Soziale Verträglichkeit einer Selbstbeteiligung**

Selbstbeteiligungen haben nur dann eine nachhaltige Steuerungswirkung, wenn sie für den Patienten spürbar hoch sind.<sup>79</sup> Damit stellt sich in vielen Fällen die Frage nach einer „sozialen Verträglichkeit“ dieser Finanzierungsform. Um sozialen Ungerechtigkeiten entgegenzuwirken, müsste die Direktbeteiligung jedenfalls eine sozial tragbare Obergrenze der Kostenbeteiligung der einzelnen Haushalte aufweisen. Zum Beispiel könnte die Höhe der Selbstbeteiligung an die individuelle Einkommenshöhe gekoppelt werden. Ob dies aber angesichts des administrativen Aufwandes gerechtfertigt und wirtschaftlich sinnvoll ist, sei dahingestellt.<sup>80</sup>

Zusammenfassend ist zu der Finanzierungsmöglichkeit über die Selbstbehalte zu bemerken, daß trotz eben angeführter negativer Effekte eine volle Erstattung der Arztkosten durch Sozialversicherungsträger bzw. durch den Staat ebensowenig zielführend ist. Können aufgrund einer niedrigen bzw. einer sozial verträglichen Selbstbeteiligung die erhofften Steuerungseffekte hinsichtlich der Nachfrage nicht bewirkt werden, so kann zumindest eine Sensibilisierung der Bevölkerung in bezug auf die Kostensituation im Gesundheitswesen ermöglicht werden.<sup>81</sup>

### **4.1.2 Bezahlungsmodalitäten**

Eine weiteres Element im Honorierungssystem ist die Bezahlungsmodalität für ärztliche Leistungen. Neben den Finanzierungsquellen bildet die Bezahlungsmodalität eine weitere Möglichkeit, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu beeinflussen. Allgemein unterscheidet man zwei Formen:<sup>82</sup>

- Kostenerstattungsprinzip: Die Kosten für medizinische Leistungen werden zunächst von den Versicherten übernommen und in weiterer Folge entweder teilweise oder vollständig durch die Krankenversicherung erstattet.

---

<sup>79</sup> Vgl. Ivansits/Streissler, 1999, S. 38

<sup>80</sup> Vgl. Reinhardt, 1985, S. 81ff

<sup>81</sup> Vgl. Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft, 1990, S. 8

<sup>82</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 73, Deppe, 1995, S. 30, Schulenburg, 1984, S. 252

- Sachleistungsprinzip: Die Krankenversicherung übernimmt direkt die Kosten der ärztlichen Leistungen, ohne daß der Patient diese zwischenfinanzieren müßte.

Viele Befürworter behaupten, daß das Kostenerstattungsprinzip, vor allem in Verbindung mit einer Selbstbeteiligung, zu erhöhter Kostensensitivität und verantwortlicher Nachfrage führten. Allein dadurch, daß die Nachfrager die Möglichkeit zur Überprüfung der Arztrechnungen erhalten, würden die Patienten eine Kontrollfunktion ausüben, die auch die Ärzte zu mehr Kostenbewußtsein veranlassen und damit den Ausgabenanstieg eindämmen würde.<sup>83</sup>

Obwohl diese Überlegungen theoretisch plausibel erscheinen, müssen jedoch diese Zusammenhänge zwischen einer Kostenbeteiligung seitens der Patienten und dem Anstieg der Gesundheitsausgaben für ambulante ärztliche Leistungen angezweifelt werden.<sup>84</sup> Zur Veranschaulichung sei auf nachfolgende Abbildungen verwiesen, die den Zusammenhang zwischen dem Aufwand für vertragsärztliche Leistungen bzw. Arztkontakte pro Versicherten und dem Sach- oder Geldleistungssystem (mit und ohne Selbstbehalte) anhand der Vergleiche unterschiedlicher Sozialversicherungsträger in Oberösterreich darstellen. Die Gegenüberstellung ist insofern von Bedeutung, als in unserem Land sowohl das Sachleistungsprinzip mit und ohne Selbstbehalt als auch das Kostenerstattungsprinzip angewendet werden bzw. wurden (zwischenzeitlich wurde auch bei der OÖGKK ein Selbstbehalt in Form einer Krankenscheingebühr in der Höhe von ÖS 50,-- eingeführt – daher wird zum Vergleich unterschiedlicher Systeme das Jahr 1993, als dieser Selbstbehalt noch nicht eingehoben wurde, herangezogen).

---

<sup>83</sup> Vgl. Metze, 1982, S. 80

<sup>84</sup> Vgl. Schwartz/Busse, 1995, S. 132 und Schneider, 1995, S. 91

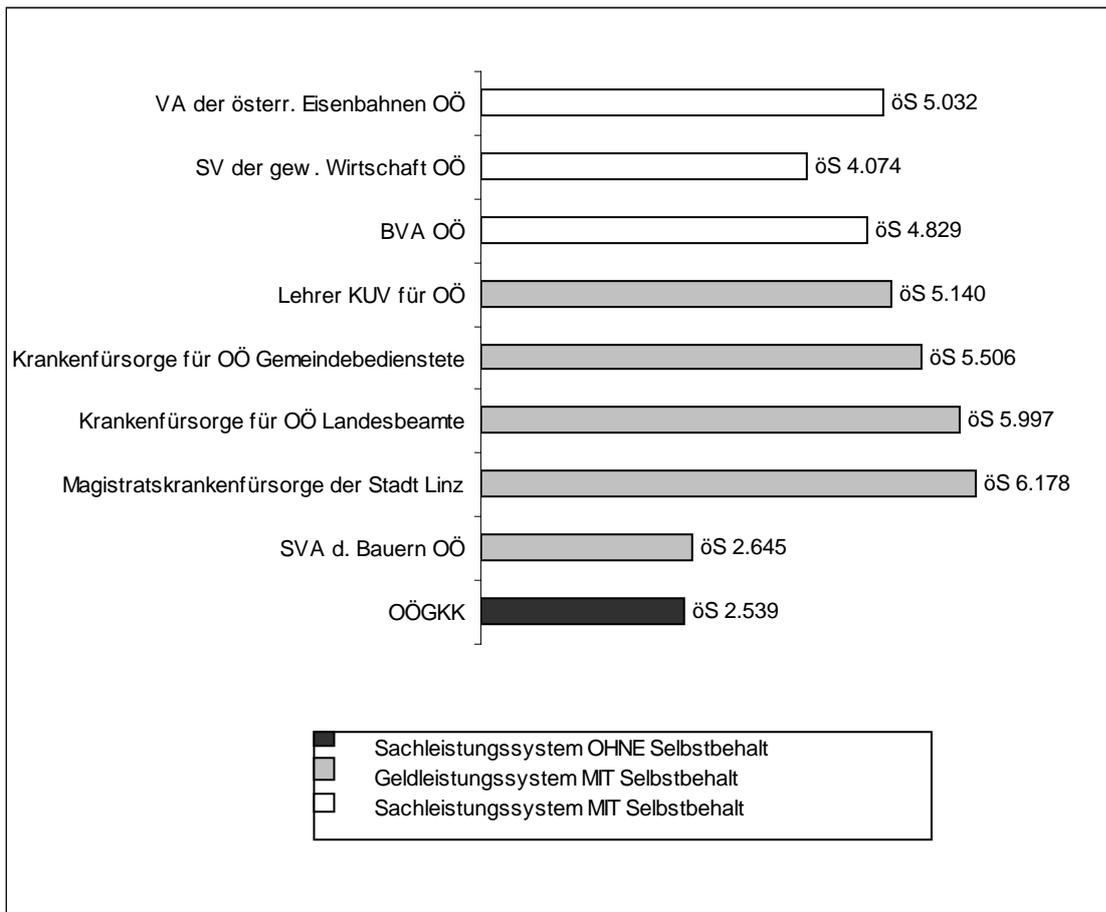


Abbildung 9: Vergleich der Kosten für vertragsärztliche Leistungen / Jahr und Versicherten 1993<sup>85</sup>

<sup>85</sup> Quelle: Kubka, 1996, S. 35

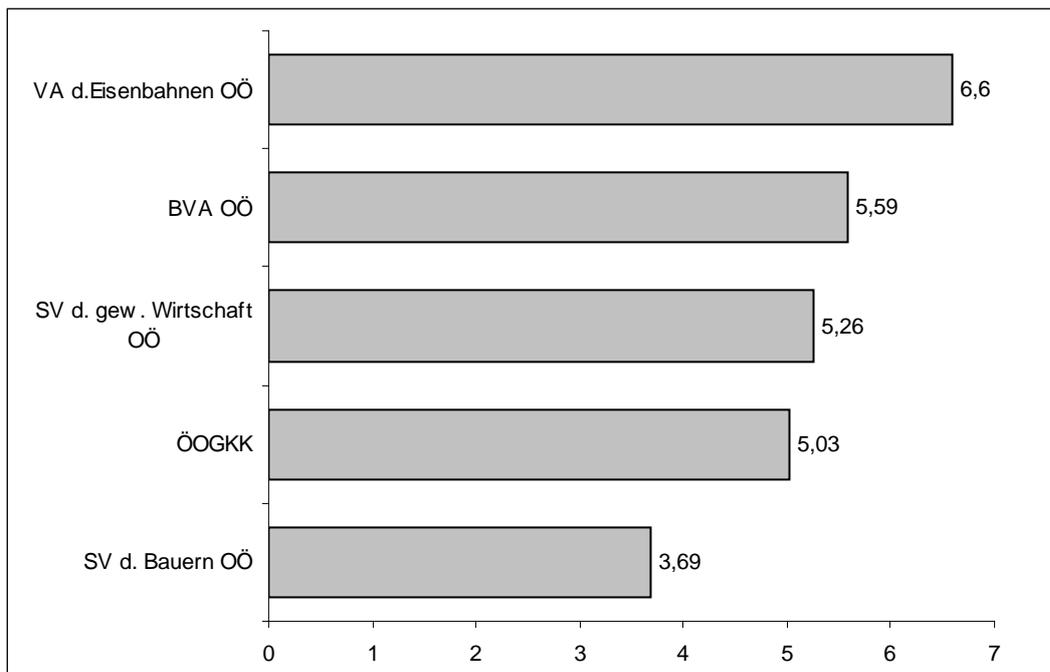


Abbildung 10: Vergleich der Arztkontakte bei den OÖ Krankenversicherungsträgern im Jahr 1993<sup>86</sup>

Wie Abbildungen 9 und 10 zeigen, ist auch die für die Patienten unangenehmste Variante (Kostenerstattungsprinzip mit Selbstbehalt) nicht in der Lage, den Aufwand für ärztliche Leistungen bzw. die Anzahl der Arztkontakte einzubremsen. Der Umstand, daß bei den Bauern geringere Ausgaben bzw. Arztkonsultationen festzustellen sind, kann nicht auf das System an sich zurückgeführt werden, sondern ergibt sich aus den Eigenheiten des naturverbundenen Bauernstandes. Bauern versuchen zunächst bei Erkrankungen die Natur heilen zu lassen bzw. alte Hausmittel anzuwenden, bevor sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen usw.<sup>87</sup>

#### 4.1.3 Mechanismus der Preisbestimmung

Hinsichtlich des Mechanismus der Preisermittlung für medizinische Leistungen können verschiedene Bewertungsverfahren unterschieden werden:<sup>88</sup>

- administrative Preisbildung (durch hoheitlichen Akt)

<sup>86</sup> Quelle: Kubka, 1996, S. 38

<sup>87</sup> Vgl. Kubka, 1996, S. 36

<sup>88</sup> Vgl. Theurl, 1993, S. 602

- Preisbildung durch Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern
- Marktpreisbildung (Preisbildung durch Wettbewerb über den Markt)

Das angewandte Bewertungsverfahren hängt jeweils von der Einflußnahme einzelner Finanzierungsträger und von den Stufen der Honorarverfahren ab,<sup>89</sup> worauf im folgenden näher eingegangen wird.

#### 4.1.4 Die Stufen des Honorierungsverfahrens

Hierbei geht es vor allem darum, festzulegen, in wie vielen Stufen das Honorar zum Arzt gelangt. Im wesentlichen differenziert man zwischen einstufigen, zweistufigen und gemischt-zweistufigen Honorierungsverfahren.

Bei den einstufigen Honorierungsverfahren zahlt der Patient oder die Krankenversicherung direkt an den Arzt, der die Leistung erbracht hat, während bei den zweistufigen Honorierungsverfahren eine „Clearingstelle“, wie z. B. eine Ärztliche Vereinigung, zwischengeschaltet ist.<sup>90</sup> Bei letzterem Verfahren erfolgt die Honorierung in zwei Stufen: auf der ersten Stufe zahlen die Krankenversicherungen für die erbrachten Arztleistungen ein Gesamthonorar an die Ärztlichen Vereinigungen, welche in einer zweiten Stufe die Honorierung der einzelnen Ärzte vornehmen.<sup>91</sup>

Eine besondere Bedeutung haben gemischt-zweistufige Honorarverfahren, bei denen für die Berechnung der Gesamthonorarsumme (auf der 1. Stufe) andere Bemessungskriterien verwendet werden als für die Honorierung der einzelnen Ärzte. Für den einzelnen Arzt ist hier weniger von Bedeutung, welche Vergütungsform auf der ersten Stufe verwendet wird, sondern nach welcher Honorarform er selbst bezahlt wird.<sup>92</sup>

---

<sup>89</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 72

<sup>90</sup> Vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 259

<sup>91</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 255

<sup>92</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 77

## 4.2 Honorartarif

Der Honorartarif beschreibt, wie die durch die Honorarform festgelegten Bemessungsgrundlagen zu bewerten sind. D.h. es wird ein funktionaler Zusammenhang zwischen der Honorarhöhe (Erlös des Arztes pro Rechnungsperiode) und den Bemessungskriterien festgelegt. Durch die Wahl der Funktionsform wird nun einerseits bestimmt, ob der Erlös proportional, progressiv oder degressiv mit der jeweiligen Faktormenge variiert, andererseits legt sie auch die absolute Höhe des Erlöses je Faktoreinheit fest.<sup>93</sup>

## 4.3 Honorarform

Die Honorarform legt fest, welche Bemessungskriterien der Honorarberechnung zugrunde gelegt werden. Als Bemessungsgrundlage können dabei verschiedene Indikatoren herangezogen werden:

<b>Bemessungskriterien</b>	<b>Honorarform</b>
Die erbrachten Einzelleistungen	Einzelleistungsvergütung
Die zur Arztleistung verwendeten Faktormengen	Faktoreinsatzmengen-Vergütung
Die Zahl der potentiellen Patienten	Kopfpauschale
a) Die Zahl aller Patienten b) Die Zahl der angefangenen (bzw. abgeschlossenen) Behandlungen c) Die Zahl aller Behandlungen	Fallpauschale
Die Rechnungsperiode selbst	Fixum

Abbildung 11: Übersicht über Honorarformen<sup>94</sup>

<sup>93</sup> Vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 261

<sup>94</sup> Quelle: Schulenburg, 1981, S. 181

### 4.3.1 Einzelleistungsvergütung

Die Einzelleistungsvergütung ist die gebräuchlichste Methode der Honorierung und zeichnet sich durch den unmittelbarsten Leistungsbezug aus. Die Ärzte werden bei dieser Honorarform für jede einzelne Leistung oder für jedes einzelne Produkt (Einzelleistung) bezahlt. Die Vergütung erfolgt dabei auf der Grundlage einer Gebührenordnung. In Österreich werden z.B. jeder Leistung Punkte zugeordnet, die dann mit der Krankenkasse verrechnet werden.<sup>95</sup>

Eine besondere Problematik in diesem Zusammenhang ist die Ausgestaltung der Gebührenordnung. Da jede Leistung einzeln abgerechnet werden muß, sind die Kosten der Produktion dieser Einzelleistungen zu ermitteln, d.h. es sind die jeweiligen Stückkosten zu kalkulieren. Daß dies mitunter große Probleme und Diskrepanzen verursachen kann, ist evident, denn selbst wenn die Stückkosten ungefähr bekannt sind, unterscheiden sie sich von Praxis zu Praxis.<sup>96</sup>

#### 4.3.1.1 Allgemeine Ziele

In bezug auf die allgemeine Morbidität ist bei der Einzelleistungshonorierung von Bedeutung, daß das gesamte Morbiditätsrisiko (das Risiko, daß Patienten erkranken und für die Gesundheitswiederherstellung zu sorgen ist) voll von der Krankenkasse getragen wird.<sup>97</sup> Da die Ärzte erst dann ein Einkommen erzielen bzw. ihr Einkommen steigern können, wenn die Versicherten ihre Hilfe in Anspruch nehmen, besteht hier durchaus ein Anreiz zur „Medikalisierung“<sup>98</sup>, verbunden mit einer Mengenausweitung der Einzelleistungen.<sup>99</sup>

---

<sup>95</sup> Vgl. Munte, 1997, S. 2, Herder-Dornreich, 1983, S. 318 und Neudeck, 1988, S. 140

<sup>96</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 205

<sup>97</sup> Vgl. Arnold, 1986, S. 46

<sup>98</sup> Abholz, 1995b, S. 47; zur Begriffsbestimmung „Medikalisierung“: Medikalisierung bedeutet, daß die Medizin auch dann den Patienten an ein Medizinsystem bindet, wenn dies aus medizinischen Überlegungen allein nicht notwendig wäre. Zudem identifiziert man psychische und soziale Probleme als medizinische, um sie dann innerhalb des Medizinsystems zu versorgen.

<sup>99</sup> Vgl. Glaeske, 1998b, S. 96

### 4.3.1.2 Qualität

#### Strukturqualität

Bei der Einzelleistungshonorierung gibt es durchaus Anreize zu einem erhöhten Einsatz neuer medizinisch-technischer Apparate (Tendenz zu einer „Apparatedizin“), da der Arzt ein ökonomisches Interesse hat, alle möglichen Leistungen selbst zu erbringen und neue Methoden möglichst rasch in die Praxis einzuführen. Dadurch läßt sich nämlich nicht nur seine Tätigkeit, sondern auch seine Einkommenssituation verbessern.<sup>100</sup> In weiterer Folge kann es durchaus zu Spezialisierungstendenzen kommen (wie z.B. durch Durchführung von Tests, Interpretation der Resultate), wenn bei intensiverem Einsatz dieser Apparate sinkende Durchschnittskosten zu verzeichnen sind.<sup>101</sup>

Nachteile hinsichtlich der Strukturqualität würden sich in dieser Hinsicht vor allem daraus ergeben, daß die erhöhte Anwendung gut dotierter Leistungen eine Reduktion der Leistungen ohne attraktives Honorar mit sich bringen könnte. Wird z.B. der Faktor „Zeit“ nicht adäquat honoriert, wird man auf Leistungen, die vor allem zeitintensiv erbracht werden, vergeblich hoffen.<sup>102</sup>

#### Prozeßqualität

Durch die Einzelleistungshonorierung wird prinzipiell eine Vorgabe von Leistungsstandards und die Kontrolle von Qualitätsmaßstäben ermöglicht.<sup>103</sup>

Da aber die Einzelleistungsvergütung grundsätzlich zu einer Leistungsausweitung tendiert (Tendenz zur Indikationsausweitung und „Medikalisierung“), welche nicht von vornherein mit höherer Qualität gleichgesetzt werden kann, ist mit einer Überversorgung der Bevölkerung an medizinischen Leistungen zu rechnen.<sup>104</sup>

---

<sup>100</sup> Vgl. Arnold, 1986, S. 46

<sup>101</sup> Vgl. Eastaugh, 1991, S. 54

<sup>102</sup> Vgl. Glaeske, 1998a, S. 2

<sup>103</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 144

<sup>104</sup> Vgl. Eastaugh, 1991, S. 54

## **Ergebnisqualität**

Das Ergebnis der ärztlichen Handlungen wird bei dieser Vergütungsform nicht berücksichtigt. Beim Einzelleistungshonorar handelt es sich vielmehr um ein rein inputorientiertes Entlohnungssystem, welches das Behandlungsergebnis (den Output der medizinischen Leistung) in keiner Weise ins Kalkül zieht.<sup>105</sup>

Oft wird das Argument vorgebracht, daß das Einzelleistungshonorierungssystem den Anreiz zur Erbringung unnötiger oder sogar gesundheitsschädlicher Leistungen fördert. Dem ist aber entgegenzuhalten, daß die Ärzte aufgrund der ärztlichen Ethik vor allem einen hohen Heilungserfolg bei den Patienten anstreben und nicht die Einkommens- und Freizeitmaximierungsziele an erster Stellen stehen.<sup>106</sup>

### **4.3.1.3 Berücksichtigung von Patientenpräferenzen**

Aus der Sicht des Patienten ergeben sich bei der Einzelleistungsvergütung die Vorteile, daß die diagnostische und therapeutische Versorgung durchaus umfassender ist als bei anderen Honorierungsformen (so zum Beispiel ist die durchschnittliche Arztkontaktzeit pro Jahr durchaus länger als etwa bei der Kopfpauschale), daß die Wartezeiten kürzer sind und eine größere Anzahl von Hausbesuchen durchgeführt wird.<sup>107</sup>

Negative Wirkungen können dahingehend konstatiert werden, daß tendenziell unnötige Leistungen erbracht werden (was über das Jahr zu einer längeren Behandlungsdauer führt als z.B. bei der Kopfpauschale) und eine Verschiebung hin zu delegierbaren, die ärztliche Arbeitszeit wenig beanspruchende Leistungen erfolgt.<sup>108</sup>

---

<sup>105</sup> Vgl. Krauth/Schwartz, 1997, S. 2 und Pauly, 1992, S. 143

<sup>106</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 218

<sup>107</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 144

<sup>108</sup> Vgl. Krauth/Schwartz, 1997, S. 2

#### 4.3.1.4 Produktionseffizienz

##### **Stufe 1: Betriebliche Effizienz in der Leistungsproduktion**

Der Arzt hat zunächst sicher einen Anreiz, bei der Bereitstellung einer gegebenen Einzelleistung eine optimale Faktorkombination (Hilfskräfte, medizinische Apparate, eigene Arbeitsleistung) zu wählen, da sein Gewinn umso höher sein wird, je kostengünstiger er die Leistung produziert. D. h. die Einzelleistungshonorierung wirkt in dieser Hinsicht tendenziell produktivitäts- und leistungssteigernd.<sup>109</sup>

##### **Stufe 2: Behandlungseffizienz bei der Produktion von gesundheitlichen Ergebnissen**

Hinsichtlich der Behandlungseffizienz kann die Einzelleistungshonorierung durchaus zu einem ineffizienten Einsatz der in der Arztpraxen eingesetzten Faktoren führen, wenn die Gebührensätze für Einzelleistungen allzu hohe Deckungsbeiträge aufweisen.<sup>110</sup> So zum Beispiel werden Praxen, die mit weiter Indikationsstellung ihre Leistungen erbringen, überproportional honoriert. Praxen mit enger Indikationsstellung und weniger Tendenz zur Medikalisierung werden in diesem System jedenfalls schlechter honoriert.<sup>111</sup>

Dies impliziert nicht nur einen Anreiz zur Ausweitung des Leistungsvolumens, sondern auch, daß die Arbeitsteilung unter den Gesundheitseinrichtungen unzureichend genutzt wird (Doppelbehandlungen bei Überweisungen, späte Überweisungen, Nichtnutzung von Zentrallaboren).<sup>112</sup>

---

<sup>109</sup> Vgl. Neudeck, 1988, S. 140 und Krauth/Schwartz, 1997, S. 5

<sup>110</sup> Vgl. Wieland, 1988, S. 182

<sup>111</sup> Vgl. Abholz, 1995b, S. 47

<sup>112</sup> Vgl. Metze, 1982, S. 89 und Altmann/Theurl, 1992, S. 209

#### **4.3.1.5 Allokationseffizienz**

Aus allokativer Sicht führt das Einzelleistungshonorierungssystem zu einer Überbeanspruchung der knappen Ressourcen durch den ambulanten Sektor<sup>113</sup>, da teilweise medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht bzw. oftmals Doppeluntersuchungen vorgenommen werden. Diese Incentives tragen zwangsläufig zu einer Steigerung der Gesundheitsausgaben bei und haben somit negative Wirkungen hinsichtlich der Allokationseffizienz.

Insbesondere sind es letztendlich diese Wirkungen, die zur Kritik am Einzelleistungshonorierungssystem veranlassen und als Hauptnachteil derselben zu sehen ist.

#### **4.3.2 Faktoreinsatzmengenvergütung**

Während bei der Einzelleistungshonorierung die Ärzte für jede Einzelleistung bezahlt werden, wird bei der Honorierung nach Faktoreinsatzmengen der Produktionsprozeß noch stärker zerlegt und der Arzt erhält für die eingesetzten Produktionsfaktoren eine finanzielle Erstattung.<sup>114</sup> Er muß dabei nachweisen, welche Kosten ihm bei der Produktion seiner Leistungen entstanden sind bzw. welche Faktoren in welchen Mengen eingesetzt wurden.

Bevor nun auf die Anreizwirkungen näher eingegangen wird, möchte ich betonen, daß die Faktoreinsatzmengen-Vergütung in der beschriebenen Form in der Praxis nicht anzutreffen ist, sondern nur einen theoretischen Beitrag zu den verschiedenen Honorarformen bildet.

##### **4.3.2.1 Allgemeine Ziele**

Ebenso wie bei der Einzelleistungsvergütung wird bei der Faktoreinsatzmengen-Vergütung das Morbiditätsrisiko zur Gänze von der Krankenkasse bzw. von sonstigen Finanzierungsträgern getragen. Im gleichen Maße bestehen bei dieser

---

<sup>113</sup> Vgl. ebenda, S. 219

<sup>114</sup> Vgl. Wieland, 1988, S. 181

Honorarform Incentives zur Medikalisierung, verbunden mit einer Mengenausweitung der Produktionsfaktoren.

#### **4.3.2.2 Qualität**

Bei der Honorierung nach Faktoreinsatzmengen hängt die Struktur der eingesetzten Produktionsfaktoren insbesondere von der relativen Höhe der Honorarsätze ab.<sup>115</sup>

Werden die Einsatzfaktoren entsprechend entlohnt, ergeben sich hinsichtlich Struktur-, Prozeß- und Outcomequalität annähernd die gleichen Anreizwirkungen wie bei der Vergütung nach Einzelleistungen:

- erhöhter Einsatz neuer medizinisch-technischer Apparate
- Spezialisierungstendenzen
- Tendenz zur Mengenausweitung

#### **4.3.2.3 Berücksichtigung von Patientenpräferenzen**

Von der Honorarform selbst geht kein Anreiz aus, als Arzt im Hinblick auf die Patienteninteressen tätig zu werden.<sup>116</sup> Die Ärzte werden zwar mehr Faktoren einsetzen als bei Pauschalhonorarformen, da aber der Output der medizinischen Leistungen nicht berücksichtigt wird, wird das Hauptaugenmerk vor allem auf die Maximierung der Inputfaktoren, und nicht auf der Befriedigung der Patientenbedürfnisse, liegen.<sup>117</sup>

#### **4.3.2.4 Produktionseffizienz**

##### **Stufe1: Betriebliche Effizienz in der Leistungsproduktion**

Bei einer Vergütung nach den Faktoreinsatzmengen besteht grundsätzlich nicht nur der Anreiz, zu viele Einzelleistungen herzustellen, sondern diese auch ineffizient zu

---

<sup>115</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 67

<sup>116</sup> Vgl. Wieland, 1988, S. 181

<sup>117</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 206

produzieren.<sup>118</sup> Da der Arzt nach der Menge der eingesetzten Produktionsfaktoren entlohnt wird, kann er sein Einkommen dadurch steigern, indem er so viele Faktoren wie möglich einsetzt.

Unter der Voraussetzung, daß die Vergütungssätze die Faktorpreise übertreffen, besteht kein Anreiz, eine kostenminimale Faktorkombination zu wählen.<sup>119</sup> Werden allerdings die Einsatzfaktoren unterdurchschnittlich bezahlt (im extremsten Fall unter den Kosten), wird ein gegenteiliger Effekt bewirkt: Es werden zu wenige Leistungen erbracht, da die Ärzte langfristig keine Produkte anbieten werden, deren Kosten nicht gedeckt sind.<sup>120</sup>

## **Stufe 2: Behandlungseffizienz bei der Produktion von gesundheitlichen Ergebnissen**

Die Wirkung hinsichtlich der Behandlungseffizienz hängt vor allem von der Höhe der Vergütungssätze für die Einsatzfaktoren ab. Werden die Produktionsfaktoren überdurchschnittlich hoch vergütet, besteht – wie bei der Honorierung nach Einzelleistungen – die Tendenz zur Mengenausweitung. Damit wird das Ziel einer möglichst kostengünstigen diagnostisch-therapeutischen Leistungserstellung kaum erreicht werden. Liegen einzelne Vergütungssätze unter den Faktorpreisen, besteht für die Ärzte der Anreiz, diese Leistungen nicht mehr anzubieten.<sup>121</sup> Als Konsequenz wäre es durchaus möglich, daß die Ärzte solche Leistungen in erster Linie durch Überweisungen an andere Einrichtungen vermeiden.

### **4.3.2.5 Allokationseffizienz**

Hinsichtlich der Allokationseffizienz ergeben sich ähnliche Wirkungen wie bei Einzelleistungshonorierung. Vor allem bei überproportionaler Honorierung der Produktionsfaktoren besteht die Tendenz einer Mengenausweitung, die zwangsläufig zu einer Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen führen wird.<sup>122</sup>

---

<sup>118</sup> Vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 266

<sup>119</sup> Vgl. ebenda, S. 267

<sup>120</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 203

<sup>121</sup> Vgl. ebenda

<sup>122</sup> Vgl. Theurl, 1993, S. 609

### 4.3.3 Pauschalhonorierungsformen

Grundsätzlich gibt es mehrere Formen der pauschalen Vergütung. Allen gemeinsam ist, daß die Honorierung der medizinischen Leistungen nicht direkt von der Zahl der erbrachten einzelnen Verrichtungen abhängt, sondern daß der Arzt eine Pauschale erhält, die den wesentlichen Anteil seiner ärztlichen Tätigkeit pro Patient und Zeitabschnitt abdecken soll.<sup>123</sup>

Es können nun folgende Pauschal-Honorierungsformen unterschieden werden:<sup>124</sup>

- Kopfpauschale
- Fallpauschale
- Fixum

### 4.3.4 Kopfpauschale

Um die Jahrhundertwende war die Kopfpauschale die in Deutschland am häufigsten verwendete Pauschalvergütungsform. Auch heute noch wird diese Honorierungsform in Großbritannien, in den Niederlanden und in Dänemark angewendet.<sup>125</sup>

Sie ist dadurch charakterisiert, daß der Arzt im Abrechnungszeitraum pro potentielltem Patient einen gleichbleibenden Festbetrag erhält. Die Versicherten müssen sich am Anfang einer Rechnungsperiode für einen Arzt entscheiden und in eine in der Praxis ausgelegten Namensliste eintragen. Im Falle der Erkrankung ist dieser Arzt für die Wiederherstellung der Gesundheit der bei ihm eingetragenen Patienten verantwortlich. Die Entlohnung des Arztes erfolgt nach der Zahl der Listeneintragungen, unabhängig vom Krankenstand der potentiellen Patienten.<sup>126</sup>

---

<sup>123</sup> Vgl. Pfaff/Nagel, 1995, S. 44

<sup>124</sup> Vgl. Herder-Dornreich, 1983, S. 316

<sup>125</sup> Vgl. Hofmann, 1995, S. 53

<sup>126</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 35, Neudeck, 1988, S. 149 und Herder-Dornreich, 1983, S. 317

#### 4.3.4.1 Allgemeine Ziele

Bei der Kopfpauschale wird das Morbiditätsrisiko - zumindest kurzfristig - auf den Arzt übertragen:<sup>127</sup> Steigt die Zahl der Erkrankungen pro Versicherten innerhalb einer Rechnungsperiode an, erbringt der Arzt entsprechend mehr Leistungen und es entfällt auf jede Leistung ein geringerer Geldbetrag, denn die Gesamtvergütung pro Patienten bleibt gleich. Erst in der nächsten Verhandlungsrunde mit den Finanzierungsträgern (wie z.B. der OÖGKK) können die Ärzte auf Erhöhung der Gesamtvergütung drängen.<sup>128</sup>

Die Ärzte werden bestrebt sein, dieses Morbiditätsrisiko zu streuen (um dadurch ihr Einkommen zu erhöhen), indem sie einen größtmöglichen Patientenstamm aufbauen. Dabei besteht durchaus der Anreiz, eine Selektion zugunsten potentiell gesünderer Patienten vorzunehmen.<sup>129</sup>

Um dem entgegenzuwirken, kann die Kopfpauschale nach dem durchschnittlichen Aufwand unterschiedlicher Patienten gestaffelt werden (nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, etc.) oder es können zusätzliche Entgelte für entsprechende Mehrleistungen vereinbart werden.<sup>130</sup>

#### 4.3.4.2 Qualität

##### Strukturqualität

Für die Ärzte besteht kein Anreiz, ihre Praxen mit modernsten Apparaten auszustatten und teure medizinische Leistungen anzubieten,<sup>131</sup> wenn diese nicht zusätzlich honoriert werden. Teure medizinische Innovationen werden sich daher in den Arztpraxen langsamer verbreiten als dies bei Einzelleistungshonorierung der Fall wäre.<sup>132</sup>

---

<sup>127</sup> Vgl. Pfaff/Nagel, 1995, S. 44

<sup>128</sup> Vgl. Herder-Dornreich, 1983, S. 326

<sup>129</sup> Vgl. Berenson, 1991, S. 70

<sup>130</sup> Vgl. Hofmann, 1995, S. 55

<sup>131</sup> Vgl. Arnold, 1986, S. 45

<sup>132</sup> Vgl. Abholz, 1995b, S. 49, Schneider, 1995, S. 84 und Pfaff/Nagel, 1995, S. 55

Durch eine geeignete Differenzierung der Honorarsätze (gestaffelt nach der Qualität der medizinischen Ausstattung und/oder ärztlichen Kompetenz) könnte dieser Tendenz allerdings entgegengewirkt werden.<sup>133</sup>

### **Prozeßqualität**

Die Autonomie ärztlichen Handelns ist bei der Honorierung nach Kopfpauschalen sehr groß - innerhalb der Pauschale kann der Arzt hinsichtlich Diagnostik und Behandlung sehr individuell entscheiden. Ist keine zusätzliche Dokumentation gegeben, wird dadurch das Leistungsgeschehen der Ärzte allerdings weitgehend intransparent und eine Qualitätskontrolle nur erschwert durchführbar.<sup>134</sup>

Dies ist insofern bedenklich, als sich bei der Vergütung nach der Zahl eingeschriebener Versicherter Anreize zur Unterversorgung bzw. zur Erbringung qualitativ unzureichender medizinischer Maßnahmen ergeben können.<sup>135</sup> Zwei Argumente sprechen allerdings gegen eine systematische Qualitätsreduktion:<sup>136</sup>

- der Wettbewerbsdruck um die Patienten: Als Wettbewerbsparameter stehen dem Arzt dabei die Qualität der angebotenen Leistungen, die Patientenorientierung, eventuelle Zusatzqualifikationen und eine entsprechende Praxisausstattung zur Verfügung. Insbesondere bei stagnierenden Versichertenzahlen und steigenden Ärztezahlen würde sich der Wettbewerb zwischen den Ärzten qualitätssteigernd auswirken.<sup>137</sup>
- das Haftungsrecht, das Abweichen vom professionellen Standard untersagt und nachhaltige Sanktionen gegen eine Kostenminimierung auf Kosten der Gesundheit der Patienten enthält.

---

<sup>133</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 248

<sup>134</sup> Vgl. Hofmann, 1995, S. 55

<sup>135</sup> Vgl. Pfaff/Nagel, 1995, S. 45 und Schneider, 1995, S. 84

<sup>136</sup> Vgl. Glaeske, 1998a, S. 3

<sup>137</sup> Vgl. Theurl, 1993, S. 611

Obwohl diese Argumente durchaus verständlich erscheinen, wird es kaum zu einer Überversorgung und der Medikalisierung kommen, sondern eher zu einer Orientierung am medizinisch Notwendigen.<sup>138</sup>

### **Ergebnisqualität**

Die Kopfpauschale bietet einen finanziellen Anreiz für die Gesunderhaltung der Patienten, denn das erwartete Einkommen wird umso höher sein, je besser der Gesundheitszustand der Patienten ist. Dies hängt vor allem von den Bemühungen des Arztes zu Vorsorgemaßnahmen ab.<sup>139</sup>

Nicht Kuration, sondern Prävention steht im Mittelpunkt. Damit wird das Ergebnis der Behandlung – nämlich „Gesundheit“ – zu einem zentralen Motor dieser (outputorientierten) Honorierungsform.<sup>140</sup>

#### **4.3.4.3 Berücksichtigung von Patientenpräferenzen**

Obwohl der Arzt ein Interesse an der Gesundheit und am Wohlergehen seiner Patienten hat, unnötige Behandlungen auf jeden Fall vermeidet und durch die Kopfpauschale eine kontinuierliche Patientenbetreuung gefördert wird,<sup>141</sup> können sich für den Patienten u.a. folgende Nachteile ergeben:<sup>142</sup>

- Einschränkung der freien Arztwahl: er muß sich zumindest für eine Rechnungsperiode durch seinen Eintrag in die Namensliste auf einen Arzt festlegen
- Die Bestrebung des Arztes, den Zeitaufwand für die Behandlung möglichst kurz zu gestalten
- Es kann tendenziell zur unzureichenden Versorgung des Patienten kommen

---

<sup>138</sup> Vgl. Abholz, 1995b, S. 49

<sup>139</sup> Vgl. Neudeck, 1993, S. 595

<sup>140</sup> Vgl. Glaeske, 1998a, S. 4 und Schneider, 1995, S. 84

<sup>141</sup> Vgl. Neudeck, 1988, S. 149 und Krauth/Schwartz, 1997, S. 4

<sup>142</sup> Vgl. Hofmann, 1995, S. 55, Krauth/Schwartz, 1997, S. 4 und Berenson, 1991, S. 70

- Anreiz zur Selektion von Patienten nach Gesundheitsrisiken
- Tendenz zur schnelleren Überweisung an einen Facharzt, was für die Patienten die Zeit- und Wegekosten erhöhen kann

#### **4.3.4.4 Produktionseffizienz**

##### **Stufe 1: Betriebliche Effizienz in der Leistungsproduktion**

Der Arzt wird bei der Produktion ärztlicher Leistungen ein starkes Interesse daran haben, die Faktorkosten so gering wie möglich zu halten, da dadurch unmittelbar die Höhe seines Einkommens beeinflusst werden kann. Er wird daher bestrebt sein, die Patienten mit möglichst geringem Aufwand zu behandeln.<sup>143</sup>

##### **Stufe 2: Behandlungseffizienz bei der Produktion von gesundheitlichen Ergebnissen**

Ebenso werden die ärztlichen Leistungserbringer danach trachten, eine möglichst kostenminimale Behandlungsmethode zu wählen und darüber hinaus ihre Leistungen auf das unbedingt Notwendige zu reduzieren.<sup>144</sup>

Im Gegensatz zur Einzelleistungshonorierung besteht hier nun keine Tendenz zur Mengenausweitung, sondern es wird eher zu einer Reduktion der allgemeinärztlichen Dienstleistungen pro Patient kommen.<sup>145</sup> Dies hat dem Kopfpauschalensystem oftmals die Kritik eingebracht, insbesondere bei Patienten mit hohem Behandlungsbedarf, tendenziell unterversorgend zu wirken.<sup>146</sup>

Dem ist allerdings entgegenzuhalten, daß bei Annahme gegenwärtiger medizinischer Unterversorgung die Morbidität in Zukunft überproportional steigen würde, und sich

---

<sup>143</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 223 und Pfaff/Nagel, 1995, S. 44

<sup>144</sup> Vgl. Metze, 1985, S. 64

<sup>145</sup> Vgl. Hofmann, 1995, S. 55

<sup>146</sup> Vgl. Eastaugh, 1991, S. 53

dadurch für den Arzt wesentliche finanzielle Nachteile ergeben würden – letztendlich muß er zumindest teilweise das Morbiditätsrisiko übernehmen.<sup>147</sup>

Der Arzt kann aber nun anderweitig versuchen, seine Leistungen auf ein Mindestmaß zu beschränken und trotzdem für eine Gesunderhaltung seiner Patienten zu sorgen. Dies kann er dadurch bewerkstelligen, indem er so viele Überweisungen wie möglich zu Spezialärzten und stationären Einrichtungen vornimmt und sich auf jene Patienten und Behandlungen konzentriert, die mit minimalem Aufwand zu versorgen sind.<sup>148</sup> Dadurch trägt die Honorierung nach Kopfpauschalen wesentlich zu einer Ausweitung der Überweisungsaktivität der Ärzte bei – Ausgabensteigerungen in anderen Sektoren des Gesundheitswesens werden die Folge sein.<sup>149</sup>

Um dem vorzubeugen, müßte jedenfalls die Überweisungsaktivität in die Honorierung des Arztes mit einfließen. So zum Beispiel wäre es möglich, den Arzt an den Folgekosten seiner Überweisungsaktivität zu beteiligen - durch die Einhebung eines Fixbetrages pro Überweisung oder in funktionaler Abhängigkeit der Folgekosten (Überweisungstarif) - und ihn dadurch in seinem Verhalten zu beeinflussen.<sup>150</sup>

#### **4.3.4.5 Allokationseffizienz**

Die Gesamtausgaben für ärztliche Leistungen können nicht nur für eine Rechnungsperiode ex ante bestimmt werden, sondern werden ebenso aufgrund der natürlich begrenzten Zahl der Versicherten limitiert.<sup>151</sup>

Fallen in einer Rechnungsperiode nun aufgrund besonderer Morbiditätsverhältnisse mehr Leistungen an als ursprünglich angenommen, werden die Ärzte aber darauf drängen, diese Mehrleistungen im nächsten Vertragszeitraum vergütet zu bekommen.<sup>152</sup>

---

<sup>147</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 223

<sup>148</sup> Vgl. Metze, 1985, S. 64

<sup>149</sup> Vgl. Pfaff/Nagel, 1995, S. 45

<sup>150</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 240

<sup>151</sup> Vgl. Pfaff/Nagel, 1995, S. 44

<sup>152</sup> Vgl. Arnold, 1986, S. 45

Dadurch wird ein Ausgabenanstieg zwar nicht verhindert, sondern erfolgt nur zeitphasenverschoben, ist aber allein dadurch schon gedämpft und macht vor allem die Ausgabenentwicklung für die Finanzierungsträger übersichtlich und vorausschaubar.<sup>153</sup>

#### **4.3.4.6 Weitere Bemerkungen zur Kopfpauschale**

Es ist festzustellen, daß die Kopfpauschale durchaus positive Effekte aufweist, aber eine alleinige Verwendung dieser Honorarform nicht möglich erscheint.<sup>154</sup>

Eine Vergütung nach Kopfpauschale erfordert eine klare Zuordnung Arzt-(potentieller) Patient, um eine Abrechnung zu ermöglichen. Aus diesem Grund ist eine solche Vergütungsform für eine fachärztliche, auf bestimmte Arten von Gesundheitsstörungen spezialisierte, Versorgung ungeeignet.<sup>155</sup> Diese Fachärzte müssen nun nach einer anderen Honorierungsform, wie zum Beispiel der Einzelleistungshonorierung, einem Fixum oder einer Fallpauschale vergütet werden.

#### **4.3.5 Fallpauschale**

Grundsätzlich gibt es drei Varianten der Fallpauschale:<sup>156</sup>

- Honorierung nach Zahl der Patienten pro Periode (Zahl der Krankenscheine)
- Honorierung nach Zahl der angefangenen bzw. abgeschlossenen Behandlungen
- Honorierung nach Zahl aller Behandlungen pro Periode

##### Honorierung nach Zahl der Patienten pro Periode:

Hier erhält jedes Individuum pro Rechnungsperiode für jede Arztgruppe einen Krankenschein, den es bei der ersten in der Periode stattfindenden Konsultation dem

---

<sup>153</sup> Vgl. Krauth/Schwartz, 1997, S. 4 und Schulenburg, 1981, S. 240

<sup>154</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 223ff

<sup>155</sup> Vgl. Pfaff/Nagel, 1995, S. 44

<sup>156</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 68 und S. 251

behandelnden Arzt übergibt. Am Periodenende rechnet der Arzt aufgrund der von ihm gesammelten Krankenscheine mit der Krankenkasse ab.

#### Honorierung nach Zahl der angefangenen bzw. abgeschlossenen Behandlungen:

Jeder Patient erhält für die einzelnen Arztgruppen Krankenscheine. Hiervon gibt er einen am Anfang (bzw. am Ende) jeder Behandlung dem betreffenden Arzt. Dieser wiederum reicht (in beliebigen Zeitabständen) die Scheine ein und erhält sein Honorar in Abhängigkeit von der Anzahl der Scheine.

Wird ein Patient wegen zwei verschiedener Krankheiten in einem Quartal behandelt, kann der Arzt zwei Behandlungsfälle abrechnen, ebenso kann sich ein Behandlungsfall auch über mehrere Perioden erstrecken.<sup>157</sup>

#### Honorierung nach der Zahl aller Behandlungen

Diese Honorierungsform funktioniert prinzipiell wie die Honorierungsform nach der „Zahl der angefangenen bzw. abgeschlossenen Behandlungen“. Reicht eine Behandlung allerdings über mehrere Rechnungsperioden, so kann der Arzt bei dieser Honorierung in jeder Periode einen Behandlungsfall abrechnen.<sup>158</sup>

Allen Typen der Fallpauschalenhonorierung ist gemeinsam, daß die durchschnittlich erbrachten Aktivitäten des Arztes für einen Patienten in einem bestimmten Zeitraum zusammengefaßt werden und keine Berücksichtigung auf die Schwere der Fälle genommen wird.<sup>159</sup>

#### **4.3.5.1 Allgemeine Ziele**

Im Gegensatz zur Kopfpauschale und zur Einzelleistungshonorierung, bei denen das Morbiditätsrisiko größtenteils vom Arzt getragen wird bzw. das Morbiditätsrisiko von der Krankenkasse übernommen wird, findet bei der Fallpauschale eine Teilung des Morbiditätsrisikos statt. Das Einkommen des Arztes ist hier um so höher, je mehr

---

<sup>157</sup> Vgl. Herder-Dornreich, 1983, S. 317

<sup>158</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 251

Patienten bzw. je mehr Behandlungsfälle kommen, allerdings verbleibt bei ihm das Risiko, daß ihn Patienten mit schwerwiegenden und „teuren“ Krankheiten konsultieren.

Bei der Fallpauschale fehlen, im Gegensatz zur Kopfpauschale, Anreize zur Schaffung oder Erhaltung eines hohen Gesundheitszustandes der Patienten bzw. einer baldigen Genesung, da es im Einkommensinteresse des Arztes liegt, daß ihn die Patienten in jeder Periode aufsuchen. Deshalb wird er keine Veranlassung haben eine Verringerung der allgemeinen Morbidität anzustreben.<sup>160</sup>

#### **4.3.5.2 Qualität**

##### **Strukturqualität**

Ebenso wie bei der Kopfpauschale besteht hier für die Ärzte kein Anreiz, ihre Praxen mit modernsten Apparaten auszustatten und teure medizinische Leistungen anzubieten,<sup>161</sup> da diese nicht zusätzlich honoriert werden. Teure medizinische Innovationen werden daher bei der Fallpauschale genauso langsam in den Arztpraxen Einzug finden wie bei der Honorierung nach der Zahl eingeschriebener Versicherter.<sup>162</sup>

##### **Prozeßqualität**

Bei der Fallpauschale besteht – analog zur Kopfpauschale - für den Arzt ein großer ökonomischer Anreiz, das Leistungsvolumen so weit zu reduzieren, wie es medizinisch gerade noch vertretbar ist. Insbesondere kosten- und zeitintensive Behandlungen werden daher verstärkt von den Allgemeinärzten durch Überweisung an andere Leistungserbringer übertragen.<sup>163</sup>

Die Ärzte werden sich darauf konzentrieren, eine möglichst große Zahl problemloser – mit geringem Aufwand verbundene – Behandlungsfälle zu behandeln. Dies führt

---

<sup>159</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 80

<sup>160</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 251 und Schneider, 1995, S. 80

<sup>161</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 143

<sup>162</sup> Vgl. Abholz, 1995b, S. 49, Schneider, 1995, S. 84 und Hofmann, 1995, S. 55

nicht nur zu einer Erhöhung der Überweisungen an stationäre Einrichtungen, sondern zudem birgt dieses Verhalten die Gefahr einer Unterversorgung von Patienten mit aufwendigen medizinischen Problemen.<sup>164</sup>

Um dieser Gefahr der Qualitätsminderung vorzubeugen, werden häufig diagnoseabhängige Fallpauschalen bzw. eine Vergütung nach „Leistungskomplexen“<sup>165</sup> gefordert. Dies ist allerdings mit vielerlei Problemen behaftet:<sup>166</sup>

- Das Krankheitsgeschehen im ambulanten Bereich ist oft sehr inhomogen. Es müßten daher eine große Zahl von Pauschalen gebildet werden, um halbwegs vergleichbare Fälle zu bilden, die dann auch einheitlich vergütet werden.
- Es besteht ein Anreiz der Ärzte zur Diagnoseverschiebung, d.h. zur Erstellung gravierenderer Diagnosen mit höher vergüteten Fallpauschalen („Up-grading“). Um falsche Eingruppierungen zu vermeiden, wäre ein aufwendiger Kontrollapparat notwendig.
- Ein weiteres Problem wäre die abrechnungstechnische Behandlung von multimorbiden Fällen.

Neben diesen Problemen ergeben sich bei der diagnoseabhängigen Fallpauschale bzw. bei der Vergütung nach Leistungskomplexen keine weiteren Vorteile gegenüber der Honorierung mit weiter gefaßten Pauschalen.<sup>167</sup> Daher stellt diese Honorarform keine geeignete Alternative zur Fallpauschale dar.

### **Ergebnisqualität**

Der Behandlungserfolg findet bei dieser Honorierungsform keine Berücksichtigung. Die Fallpauschale an sich bietet daher keine Incentives für den Arzt, zu einer

---

<sup>163</sup> Vgl. Metze, 1985, S. 64, Abholz, 1995b, S. 49 und Reinhardt, 1985, S. 80

<sup>164</sup> Vgl. Pfaff/Nagel, 1995, S. 45 und Schneider, 1995, S. 80

<sup>165</sup> Schulenburg, 1981, S. 69: „Als Leistungskomplex wird die Diagnose und Therapie einer bestimmten Krankheit verstanden.“

<sup>166</sup> Vgl. Pfaff/Nagel, 1995, S. 46

<sup>167</sup> Vgl. Abholz, 1995b, S. 51

raschen Genesung der Patienten beizutragen. Die Anreizwirkungen in dieser Hinsicht können wie folgt beschrieben werden:

„ [...] besteht ein Anreiz, bei einem Patienten möglichst wenige Behandlungen pro Rechnungsperiode durchzuführen, Behandlungen über mehrere Perioden zu strecken, Patienten zu Kontrollbesuchen wiederzubestellen und den Patienten von der Notwendigkeit zu überzeugen, in regelmäßigen Abständen einen Arzt zu konsultieren.“<sup>168</sup>

#### **4.3.5.3 Berücksichtigung von Patientenpräferenzen**

Der Arzt wird bei der Entlohnung nach der Fallpauschale einerseits versuchen, die Zahl der Patienten bzw. der Behandlungsfälle in einer Rechnungsperiode zu maximieren, andererseits seine Kosten und seinen Zeitaufwand zu minimieren.<sup>169</sup>

Welche Auswirkungen dies auf die Arzt-Patienten-Beziehung haben kann, liegt auf der Hand:

„Möglichst wenig Zeit für den einzelnen, schnelle Rezepte, viel Medikamente als Ersatz für mangelnde Zuwendung, keine Zeit für Gespräche über Gesundheitsvorsorge, Aufklärung über Befunde, Diagnosen, Therapien und Medikamentennebenwirkungen [...].“<sup>170</sup>

#### **4.3.5.4 Produktionseffizienz**

##### **Stufe1: Betriebliche Effizienz in der Leistungsproduktion**

Wie bereits erwähnt, besteht bei der Honorierung nach Fallpauschalen ein Anreiz zur Steigerung der Produktionseffizienz. Werden die Kosten für die Produktion bestimmter medizinischer Leistungen pauschal vergütet, wird der Arzt nicht nur bestrebt sein, so wenig Einzelleistungen wie möglich zu erbringen, sondern auch

---

<sup>168</sup> Schulenburg, 1981, S. 251

<sup>169</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 80

<sup>170</sup> Theurl, 1993, S. 611

deren Produktionskosten so niedrig wie möglich zu halten. So kann er unmittelbar zu einer Erhöhung seines Einkommens beitragen.<sup>171</sup>

Verglichen mit der Kopfpauschale wird diese Tendenz bei der Vergütung nach der Fallpauschale in erhöhtem Maße festzustellen sein, da der Arzt geringere Kompensationsmöglichkeiten hat. Während er bei der Honorierung nach der Kopfpauschale auch für „inaktive“ Patienten eine Vergütung erhält, für die er keine Gegenleistung erbringen muß, kann er bei der Fallpauschale diese Ausgleichsmöglichkeit nicht nutzen. Daher werden sich die Einsparungsbemühungen des Arztes verstärkt auf die einzelnen Patienten konzentrieren.<sup>172</sup>

## **Stufe 2: Behandlungseffizienz bei der Produktion von gesundheitlichen Ergebnissen**

Die Fallpauschale bietet prinzipiell einen Anreiz für die Ärzte, jeden Behandlungsfall so kostensparend wie möglich abzuwickeln<sup>173</sup> bzw. das jeweils kostengünstigste diagnostisch-therapeutische Behandlungsverfahren anzuwenden.

Die Allgemeinärzte können ihre Kosten aber nicht nur durch den Einsatz kostengünstiger Ressourcen und Verfahren reduzieren, sondern auch indem sie kostenintensive Behandlungen vermeiden und an andere Leistungserbringer überweisen. Überweisungen an stationäre Einrichtungen werden daher bei der Fallpauschale in verstärktem Maße auftreten.<sup>174</sup>

### **4.3.5.5 Allokationseffizienz**

Im Gegensatz zur Kopfpauschale werden bei der Fallpauschale die Ausgaben für medizinische Leistungen nicht ex ante bestimmt, sondern ex post wie bei der Einzelleistungshonorierung.<sup>175</sup> Zudem ergibt sich keine vorgegebene Begrenzung der Ausgaben, da das Ausgabenvolumen von der Zahl der Fälle abhängt und von

---

<sup>171</sup> Vgl. Metze, 1982, S. 106

<sup>172</sup> Vgl. Pieper, 1999, S. 1

<sup>173</sup> Vgl. Krauth/Schwartz, 1997, S. 5 und Neudeck, 1988, S. 160

<sup>174</sup> Vgl. Metze, 1985, S. 64

<sup>175</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 68

den Leistungsanbietern beeinflusst werden kann.<sup>176</sup> Diese werden im Sinne der Einkommensmaximierung versuchen, die Fallzahlen auszuweiten. Dies hat nicht nur den Effekt, daß die Kosten im Gesundheitswesen weiter ansteigen, sondern auch die Morbiditätsrate.<sup>177</sup>

#### **4.3.6 Periodenfixum**

Neben der Kopfpauschale und der Fallpauschale stellt das Periodenfixum bzw. das Gehalt eine dritte Möglichkeit dar, ärztliche Leistungen pauschal zu honorieren.

Diese Honorarform ist ein relativ einfaches Vergütungssystem und basiert in der Regel auf einem Arbeitsvertrag zwischen Arzt und Finanzierungsträger. Der Arzt ist praktisch ein Angestellter, der einen fixen Betrag pro Rechnungsperiode erhält. Dabei werden weder die Zahl der Patienten oder Behandlungsfälle noch die Anzahl der erbrachten Leistungen berücksichtigt. Die Höhe des Gehalts richtet sich vielmehr nach der Qualifikation des Arztes und der Art seiner Beschäftigung.<sup>178</sup>

Eine weitere Besonderheit bei dieser Vergütungsform ist, daß der/die Finanzierungsträger dem Arzt die Praxisausstattung und zusätzliches Personal zur Verfügung stellen.<sup>179</sup>

Als praktisches Beispiel sei an dieser Stelle auf die oftmals angestellten Ärzte der in den USA vorkommenden Health Maintenance Organizations verwiesen (siehe auch Kapitel 5.7)

##### **4.3.6.1 Allgemeine Ziele**

Erhält der Arzt ein Gehalt für seine medizinischen Leistungen, welches sich ausschließlich an der von ihm aufgebrauchten Arbeitszeit orientiert, wird es für ihn keine wesentlichen ökonomischen Anreize geben, den Gesundheitszustand seiner

---

<sup>176</sup> Vgl. Pfaff/Nagel, 1995, S. 44

<sup>177</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 251

<sup>178</sup> Vgl. Herder-Dornreich, 1983, S. 316

<sup>179</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 85

Patienten zu erhöhen und damit zu einer allgemeinen Verringerung der Morbidität beizutragen.<sup>180</sup>

Will man sich nicht nur auf das ärztliche Ethos als Steuerungsinstrument verlassen, müssen bei dieser Honorarform zusätzliche Mechanismen eingeführt werden, um die Gefahr einer Unterversorgung der Bevölkerung zu dämpfen. So zum Beispiel könnten bestimmte Praxisöffnungszeiten vorgeschrieben werden oder die Aktivitäten der einzelnen Ärzte könnten durch andere Ärzte kontrolliert werden.<sup>181</sup>

#### **4.3.6.2 Qualität**

##### **Strukturqualität**

Erhält der Arzt die Kosten für eingesetzte Produktionsfaktoren erstattet bzw. kostenlos zur Verfügung gestellt, besteht durchaus ein Anreiz, neue Behandlungsmethoden anzuwenden und Arztleistungen zu produzieren, für die kostspielige medizinische Geräte oder speziell ausgebildetes medizinisches Hilfspersonal erforderlich sind.<sup>182</sup>

Muß er allerdings diese Kosten selbst tragen, wird er versuchen, den Aufwand zu reduzieren und eine „Minimalmedizin“ zu praktizieren, d. h. er wird danach trachten, nicht nur die eigene Arbeitsbelastung und –intensität, sondern auch den Kapitaleinsatz so gering wie möglich zu halten.<sup>183</sup>

Spezialisierungstendenzen wird es ebenso nur dann geben, wenn Spezialisten für den entsprechenden Mehraufwand ein erhöhtes Fixum erhalten.<sup>184</sup>

##### **Prozeßqualität**

Hinsichtlich der Prozeßqualität besteht die Gefahr, daß sich neben der Quantität auch die Qualität der medizinischen Leistungen ständig verringert. Gibt es keine

---

<sup>180</sup> Vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 269

<sup>181</sup> Vgl. Neudeck, 1988, S. 148 und Schulenburg, 1981, S. 193

<sup>182</sup> Vgl. ebenda, S. 193ff

<sup>183</sup> Vgl. Metze, 1982, S. 88

entsprechenden Kontrollmechanismen bzw. drohen keine Konsequenzen, sind die Ärzte bestrebt, das Leistungsvolumen so weit zu reduzieren, wie es medizinisch gerade noch vertretbar ist. Insbesondere würden sie versuchen, solche Leistungen zu reduzieren, die besonders zeitintensiv erbracht werden.<sup>185</sup>

### **Ergebnisqualität**

Wie bereits erwähnt, beinhaltet die Honorierung nach einem Fixum die Tendenz zu einer Minimalmedizin. Daß dies vor allem negative Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis der ärztlichen Tätigkeit hat, überrascht keineswegs. Inwieweit dies nun eingedämmt werden kann, hängt vor allem davon ab, welche zusätzlichen Kontroll- und Steuerungsmechanismen in dieser Hinsicht verwendet werden. Die Möglichkeit der Kontrolle durch andere Ärzte wurde bereits an anderer Stelle erwähnt, eine weitere Möglichkeit wäre, bei zu geringem Arbeitseinsatz des Arztes eine Verlängerung seines Vertrages zu verweigern oder finanzielle Abstriche in Aussicht zu stellen.<sup>186</sup>

#### **4.3.6.3 Berücksichtigung von Patientenpräferenzen**

Tendenziell werden Patientenbedürfnisse (wie z.B. kurze Wartezeit, ausreichende ärztliche Zuwendung usw.) bei der Honorierung nach einem Fixum vernachlässigt, da es für die Ärzte keinerlei Veranlassung gibt, sich um ihre Patienten zu bemühen. Neben dem Wettbewerbsdruck fehlen vor allem ökonomische Anreize, die eine Patientenorientierung hervorrufen könnten.<sup>187</sup>

---

<sup>184</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 193ff

<sup>185</sup> Vgl. Eastaugh, 1991, S. 53

<sup>186</sup> Vgl. Berenson, 1991, S. 72

<sup>187</sup> Vgl. Krauth/Schwarz, 1997, S. 4 und Neudeck, 1988, S. 148

„Die Folge sind lange Wartezeiten, schnelle Überweisungen, ungünstige Praxisstandorte und Öffnungszeiten sowie unzureichende Krankenbehandlung.“<sup>188</sup>

Aufgrund der Erfahrungen, die mit dieser Honorarform in Großbritannien gemacht wurden bzw. werden, sind diese Anreizwirkungen, wie sie von Schulenburg theoretisch beschrieben werden, auch in der Praxis vorzufinden.

#### **4.3.6.4 Produktionseffizienz**

##### **Stufe 1: Betriebliche Effizienz in der Leistungsproduktion**

Bei der Honorierung nach einem Fixum werden die Arztleistungen effizient (im ökonomischen Sinne) erbracht, da der Arzt kein Interesse daran hat, mehr Kosten zur Produktion einer Arztleistung aufzuwenden, als erforderlich ist.<sup>189</sup> Allerdings wird er in verstärktem Maße versuchen, die ärztliche Arbeitszeit auch dann durch Kapitaleinsatz oder Hilfspersonen zu substituieren, wenn dies wirtschaftlich nicht vertretbar ist.

Um diese unerwünschten Substitutionsprozesse zu verhindern, wird es erforderlich, den Arzneimittelverbrauch und den Ausstattungsstandard der Praxen mit medizinisch-technischen Geräten festzulegen und das Überweisungsverhalten zu kontrollieren.<sup>190</sup>

##### **Stufe 2: Behandlungseffizienz bei der Produktion von gesundheitlichen Ergebnissen**

Der Arzt wird bei dieser Honorarform seine Einzelleistungen effizient produzieren und eine möglichst kostenminimale Behandlungsmethode wählen.<sup>191</sup> Ebenso besteht hier, wie bei der Kopfpauschale, keine Tendenz zur Mengenausweitung, sondern es

---

<sup>188</sup> Schulenburg, 1981, S. 193

<sup>189</sup> Vgl. ebenda

<sup>190</sup> Vgl. Metze, 1982, S. 88

<sup>191</sup> Vgl. Breyer/Zweifel, 1997, S. 269

wird eher zu einer Reduktion der allgemeinärztlichen Dienstleistungen pro Patient kommen.<sup>192</sup>

Allerdings gibt es einen starken Anreiz für die Ärzte, wie bereits angeführt, die Überweisungsmöglichkeiten an andere Leistungserbringer in erhöhtem Maße in Anspruch nehmen.<sup>193</sup>

#### **4.3.6.5 Allokationseffizienz**

Prinzipiell bietet die Honorierung nach einem Periodenfixum den großen Vorteil, daß die Ausgaben für medizinische Leistungen sowohl ex ante bestimmt werden können, als auch eine Begrenzung des Ausgabenvolumens vorgenommen werden kann. Dadurch ergeben sich potentielle Möglichkeiten zur Kostenkontrolle und zur Eindämmung der Ausgaben im Gesundheitswesen.<sup>194</sup>

#### **4.3.7 Anreizwirkungen reiner Honorarformen im Überblick**

Bei den bisher vorgestellten Honorarformen handelt es sich um sog. „reine“ Vergütungsformen, die so in der Praxis kaum anzutreffen sind. Bevor ich nun auf die gemischten Honorarformen und die in der Realität vorkommenden Honorierungssysteme näher eingehe, möchte ich zusammenfassend noch einmal die wichtigsten Anreizwirkungen der unterschiedlichen Honorarformen darstellen (Vgl. auch dazu Abbildung 12).

##### **4.3.7.1 Allgemeine Ziele**

Einen Anreiz zu einer allgemeinen Verringerung der Morbidität bietet eigentlich nur die Honorierung nach einer Kopfpauschale, da sie den Ärzten als einzige Honorarform bei einer verringerten Zahl der Krankheitsfälle finanzielle Vorteile bietet. Bei einer Honorierung nach einem Fixum sind in dieser Hinsicht keine Anreize zu erwarten, während bei allen anderen Honorarformen der Arzt sein Einkommen vor allem bei einer erhöhten Morbidität steigern kann.

---

<sup>192</sup> Vgl. Hofmann, 1995, S. 55

<sup>193</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 193ff

#### **4.3.7.2 Qualität**

Hinsichtlich der Strukturqualität ist zu erwarten, daß die Vergütung nach dem Faktoreinsatz und die Einzelleistungsvergütung die Einführung von Produktinnovationen und damit die Qualität der Praxisausstattung fördern, während dies bei den Pauschalhonorierungsformen nur bei entsprechender Honorarsatzdifferenzierung angenommen werden kann.

In bezug auf die Prozeßqualität besteht bei der Honorierung nach Pauschalen (Fixum, Kopfpauschale, Fallpauschale) eher der Anreiz zu einer Unterversorgung der Bevölkerung an medizinischen Leistungen. Bei den inputorientierten Honorarformen ist eher ein Trend zur Medikalisierung und zur Indikationsausweitung zu erwarten.

Die Honorierung nach der Zahl der potentiellen Patienten ist die einzige Honorarform, die einen positiven Einfluß auf die Ergebnisqualität hat bzw. auf einen hohen Behandlungserfolg bei der Erbringung medizinischer Leistungen schließen läßt.

#### **4.3.7.3 Patientenpräferenzen**

Von der Faktoreinsatzmengenvergütung und von der Vergütung nach einem Fixum gehen keine (bzw. wenn überhaupt, dann negative) Anreize aus, die den Arzt veranlassen könnten, die Patienteninteressen stärker zu berücksichtigen und damit zu einer Senkung der Behandlungs- und Wartezeit beizutragen.

Die Einzelleistungshonorierung bietet schwache Anreize zur Senkung der Behandlungs- und Wartezeit, daß sie vor allem zu einer Mengenausweitung (und eben damit zur Erhöhung der Warte- und Behandlungszeit beiträgt). Eine Verkürzung dieser Zeiten könnte sich nur dahingehend ergeben, daß eine Verschiebung hin zu delegierbaren, die ärztliche Arbeitszeit wenig beanspruchende Leistungen erfolgt.

---

<sup>194</sup> Vgl. Eastaugh, 1991, S. 53

Die Honorierung nach der Kopfpauschale und nach der Fallpauschale bieten überaus einen Anreiz zur Senkung der Behandlungsdauer und damit zur Senkung der Wartezeit, da der Arzt versucht, seinen Zeitaufwand zu minimieren.

#### **4.3.7.4 Produktionseffizienz**

Positiv auf die kostenminimale Erbringung von Einzelleistungen wirken alle Honorierungssysteme mit Ausnahme der inputorientierten Honorierung. Bei einer Vergütung nach der Höhe der eingesetzten Faktoren besteht für die Ärzte ein Anreiz, seine Einzelleistungen ineffizient zu produzieren.

Hinsichtlich der Behandlungseffizienz sind die Honorierung nach Behandlungsfällen, die Honorierung nach der Zahl der potentiellen Patienten und das Fixum positiv zu beurteilen, während bei einer Einzelleistungsvergütung und einer Vergütung nach dem Faktoreinsatz kein Anreiz besteht, eine bestimmte Behandlung optimal zu produzieren.

#### **4.3.7.5 Allokationseffizienz**

Zum Abschluß bleibt noch zu erwähnen, daß vor allem die Kopfpauschale neben dem Fixum zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben beitragen können, da sie darauf abzielen, den Behandlungsaufwand längerfristig zu senken – allerdings beinhaltet die Honorierung nach einem Fixum die Tendenz zur Minimalmedizin, weshalb die Honorierung nach Zahl der eingeschriebenen Versicherten hinsichtlich der allokativen Effizienz die größten Vorteile zu bieten scheint.

Bei allen anderen Honorarformen besteht die Tendenz ein Zuviel an Leistungen zu erbringen bzw. eine Ausweitung der Fälle anzustreben.

Honorarform	Anreize	Fixum	Faktor- mengen	Einzel- leistungen	FP: Alle Patienten	FP: Alle Behand- lungen	FP: Abgeschl. Behand- lungen	Kopf- pauschale
Allgemeine Ziele	Verringerung der Morbidität	0	θ	θ	θ	θ	θ	++
Qualität								
Strukturqualität	Spezialisierungen vorzunehmen	Nur bei HS diff.	+	++	Nur bei entsprechender Honorarsatz (HS)- differenzierung			
	Neue Verfahren u. Geräte zu nutzen	θ	+	++	0	0	0	0
Prozeßqualität	Übersorgung/Medikalisierung	θ	++	++	θ	θ	θ	θ
Ergebnisqualität	Hohen Behandlungserfolg anzustreben	0	0	0	0	0	0	++
Patientenpräferenzen	Senkung Behandlungszeit	0	0	+	θ	θ	+	++
	Senkung Wartezeit	θ	0	+	++	++	++	++
Betriebliche Effizienz	Wahl der kostenminimalen Produktionstechnik	++	θ	++	++	++	++	++
Behandlungseffizienz	Wahl der kostenminimalen Behandlungsmethode	++	θ	θ	++	++	++	++
	Schnell Überweisungen vorzunehmen	++	0	θ	+	0	+	+
Allokationseffizienz	Senkung der allgemeinen Gesundheitsausgaben	+	θ	θ	θ	θ	θ	+

θ eher negativer Anreiz 0 kein Anreiz + schwacher Anreiz ++ starker Anreiz

FP = Fallpauschale

Abbildung 12: Übersicht über die Anreizwirkungen reiner Honorarformen<sup>195</sup>

<sup>195</sup> In Anlehnung an: Schulenburg, 1981, S. 265

#### 4.3.8 Gemischte Honorarformen

Bei den zweistufigen Honorarverfahren besteht - wie bereits erwähnt - die Möglichkeit, für die erste Stufe (Berechnung der Gesamthonorarsumme) und für die 2. Stufe (Berechnung der Honorare der einzelnen Ärzte) unterschiedliche Honorarformen zu wählen. Man bezeichnet diese Verfahren daher als gemischt-zweistufige Honorarverfahren, wobei insgesamt 49 Kombinationsmöglichkeiten vorgegeben sind:

Honorarform bei der Honorierung der einzelnen Ärzte (2. Stufe) ⇒ Honorarform bei der Gesamthonorierung (1. Stufe) ⇓	Fixum	Faktormengen	Einzelleistungen	Patienten	Alle Behandlungen	Angefangene/ Abgeschlossene Behandlungen	Potentielle Patienten
Fixum	11	12	13	14	15	16	17
Faktormengen	21	22	23	24	25	26	27
Einzelleistungen	31	32	33	34	35	36	37
Patienten	41	42	43	44	45	46	47
Alle Behandlungen	51	52	53	54	55	56	57
Angefangene/ abgeschlossene Behandlungen	61	62	63	64	65	66	67
Potentielle Patienten	71	72	73	74	75	76	77

Abbildung 13: Überblick über gemischt-zweistufige Honorarformen<sup>196</sup>

Anhand der Abbildung 13 wird deutlich, daß insgesamt 7 Kombinationsmöglichkeiten bestehen, bei denen sich die Honorarformen auf erster und zweiter Stufe nicht unterscheiden (z.B. Kombination 11, 22, 33, etc.) und 42 sog. gemischt-zweistufige Honorarformen, bei denen jeweils unterschiedliche Honorarformen gewählt werden können.

Unabhängig davon, welche Honorarform auf zweiter Stufe gewählt wird, muß die Abrechnungsstelle die Honorarsätze so wählen, daß die Vergütungen der Ärzte der Gesamthonorarsumme entsprechen.<sup>197</sup> Damit wird ex ante eine Festlegung und eine Begrenzung der Ausgaben für ambulante Behandlungen ermöglicht. Prinzipiell sind dabei zwei Gestaltungsmöglichkeiten zu unterscheiden:<sup>198</sup>

- die Pauschalierung und
- die Plafondierung

Bei der Pauschalierung wird der jeweiligen Bemessungsgrundlage ein Punktwert zugeordnet. Das Entgelt des einzelnen Arztes setzt sich nun zusammen aus dem Produkt von Punktwert und Punktzahl (Auszahlungsquote). Die jeweilige Auszahlungsquote wird von der Abrechnungsstelle so berechnet, daß die Gesamthonorarsumme genau ausreicht, um die Honorarzahungen an die einzelnen Ärzte vorzunehmen.<sup>199</sup>

„Plafondierung ist eine Pauschalierung, bei der der Abschlag vom Punktwert [...] erst wirksam wird, wenn die (Honorar-)Bemessungsgrundlage eine bestimmte Schwelle überschreitet.“<sup>200</sup>

Der Unterschied soll anhand eines Beispiels erläutert werden.<sup>201</sup> Angenommen, auf der ersten Stufe der Honorierung wird ein fixer Betrag (G) festgelegt, während auf der zweiten Stufe die Honorierung der einzelnen Ärzte nach Einzelleistungen erfolgt. Der Gebührensatz für die Einzelleistung sei mit  $g^j$  festgelegt, der mit der Auszahlungsquote (q) an die einzelnen Ärzte gewährt wird. Bei der Pauschalierung wird von der Auszahlungsstelle die Auszahlungsquote so berechnet, daß die Gesamthonorarsumme genau ausreicht, um die Honorarzahungen an die einzelnen Ärzte vorzunehmen:

---

<sup>196</sup> Quelle: Schulenburg, 1981, S. 183

<sup>197</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 184

<sup>198</sup> Vgl. Thiemeyer, 1985, S. 42ff

<sup>199</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 256

<sup>200</sup> Thiemeyer, 1985, S. 42

<sup>201</sup> Quelle: Schulenburg, 1981, S. 256ff

$$q = \frac{G}{\sum g^j A^j} \quad q < \text{oder } > \text{oder } = 1$$

G... Gesamthonorarsumme  
q... Auszahlungsquote  
A... Arzt- bzw. Einzelleistungen  
g... Gebührensatz für die Einzelleistung

Die Auszahlungsquote kann größer, kleiner oder gleich eins sein, je nachdem wieviel Einzelleistungen von den Ärzten abgerechnet werden.

Bei der Plafondierung ist der fixe Betrag G (Plafond) lediglich die obere Grenze der Summe aller Arzthonorare:

$$q = 1 \quad \text{wenn } G \geq \sum g^j A^j$$

$$q = \frac{G}{\sum g^j A^j} < 1 \quad \text{wenn } G < \sum g^j A^j$$

Wird aufgrund der abgerechneten Einzelleistungen der Plafond G nicht ausgeschöpft, erhält die Verrechnungsstelle eine entsprechend geringere Gesamtvergütung. Je restriktiver der Plafond auf der ersten Stufe gestaltet wird, desto mehr Einfluß gewinnt die Zweistufigkeit auf die Honorierung der einzelnen Ärzte.<sup>202</sup>

Praktische Relevanz haben vor allem jene gemischt-zweistufigen Honorarverfahren, die eine Beschränkung der Gesamtausgaben ex ante ermöglichen (z.B. durch Fixum oder Kopfpauschale auf erster Stufe), während man gleichzeitig positive Anreizwirkungen anderer Honorarformen bei der Honorierung der einzelnen Ärzte (Einzelleistungshonorierung, Fallpauschalenhonorierung auf zweiter Stufe) in Anspruch nehmen kann.

Bei den gemischt-zweistufigen Honorarverfahren ist jedoch zu beachten, daß der Arzt zusätzlich mit dem Risiko konfrontiert wird, die tatsächlichen Vergütungssätze im vorhinein nicht genau zu kennen. Werden nun insgesamt mehr Leistungen von

<sup>202</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 256

den Ärzten erbracht, werden die Gebührensätze für die einzelnen Verrichtungen um so niedriger sein. Man geht daher davon aus, daß - insbesondere risikoaverse - Leistungserbringer weniger Arztleistungen in jenen Bereichen erbringen werden, in denen die Grenzkosten besonders hoch sind.<sup>203</sup>

---

<sup>203</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 79

## 5 Ausgewählte Honorierungssysteme in der Praxis

Die in der Praxis vorkommenden Honorierungssysteme sind sehr vielfältig und ihre Ausgestaltung ist nicht zuletzt auf nationale und kulturelle Besonderheiten zurückzuführen.<sup>204</sup>

Welche Anreizwirkungen sich durch die Kombination der verschiedenen Elemente eines Honorierungssystems ergeben können, soll nun anhand ausgewählter Vergütungssysteme einzelner Länder dargestellt werden. Stellvertretend für die zahlreichen Möglichkeiten der Gestaltung von Vergütungssystemen, möchte ich mich dabei auf folgende Länder konzentrieren:

- Bundesrepublik Deutschland (BRD)
- Österreich
- Frankreich
- Großbritannien
- Niederlande
- Dänemark
- Vereinigte Staaten von Amerika (USA)
- Schweiz

---

<sup>204</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 171

## 5.1 Bundesrepublik Deutschland

Die wichtigsten Daten im Überblick:

Entwicklung der Ausgaben zwischen 1990 und 1997 (in % des BIP)	1990: 8,2 1997: 10,4
Überwiegende Finanzierung	Sozialversicherung
Selbstbeteiligung der Patienten (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	Mittel: 11,7% im Jahre 1994
Bezahlungsmodus	Sachleistungsprinzip
Überwiegende Leistungsorganisation	Ambulant privat, stationär teils öffentlich
Vergütungsart allgemeinärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung/Leistungs-komplexe
Vergütungsart fachärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung

Abbildung 14: Vergleichsdaten für das deutsche Gesundheitswesen<sup>205</sup>

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist dem österreichischen sehr ähnlich: ca. 90% der Bevölkerung gehören der gesetzlichen Krankenversicherung an, die Finanzierung erfolgt überwiegend durch einkommensabhängige Beiträge mit einer geringen Selbstbeteiligung der Patienten, die Versicherten können die Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip in Anspruch nehmen.<sup>206</sup>

Die ambulante Versorgung lässt sich folgendermaßen charakterisieren:<sup>207</sup>

- die Patienten haben freie Arztwahl und freien Zugang zu Fachärzten
- die ambulante Versorgung erfolgt hauptsächlich durch frei niedergelassene Ärzte

<sup>205</sup> Quelle: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135, ÖSTAT, 1999

<sup>206</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 193

<sup>207</sup> Vgl. Alber, 1992a, S. 97

- die Vergütung der Ärzte wird durch Gruppenverhandlungen zwischen den Verbänden der Ärzte und der Kassen geregelt.

Die Vertragsgestaltung erfolgt grundsätzlich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den ca. 1000 Krankenkassen auf Landesebenen, wobei die Rahmenbedingungen seitens des Staates vorgegeben werden. Diese sehen ein zweistufiges Honorierungsverfahren vor: auf der ersten Stufe wird die Gesamtvergütung festgelegt und auf der zweiten Stufe die Verteilung der Honorare auf die einzelnen Kassenärzte (zur Verdeutlichung sei auf Abbildung 15 verwiesen). Die Höhe der Gesamtvergütung kann nun entweder als „Festbetrag“ oder nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, einer Fallpauschale oder in anderer Weise berechnet werden.<sup>208</sup>

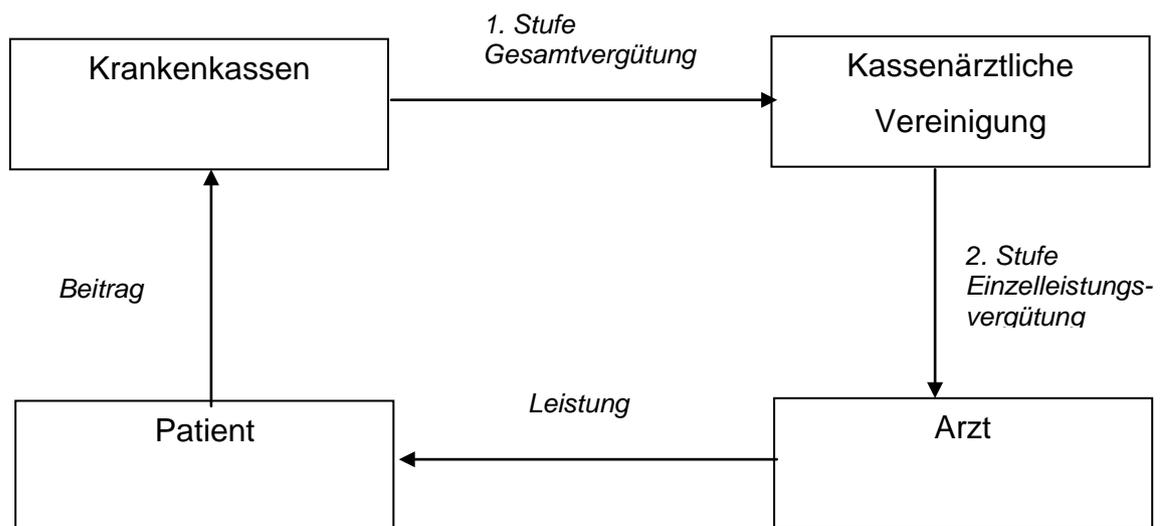


Abbildung 15: Zweistufiges Honorierungsverfahren in der BRD<sup>209</sup>

Eine wichtige Institution ist in diesem Zusammenhang die Konzertierte Aktion, die 1977 ins Leben gerufen wurde. In der Konzertierten Aktion sind Träger der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, Ärzte, Krankenhausträger, Apotheker, die pharmazeutische Industrie, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände, die Länder, kommunale Spitzenverbände und weitere Organisationen des Gesundheitswesens vertreten. Neben der Entwicklung von medizinischen und

<sup>208</sup> Vgl. Alber, 1992a, S. 97

<sup>209</sup> Quelle: Schneider, 1995, S. 78

wirtschaftlichen Orientierungsdaten und Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität im Gesundheitswesen besteht eine der wesentlichsten Aufgaben dieser Konzertierte Aktion in der Abgabe von Empfehlungen für Honorarverhandlungen auf der Landesebene.<sup>210</sup>

Neben diesen Empfehlungen, die jedoch keine rechtlich bindende Wirkung haben, ist bei Honorarverhandlungen auf Länderebene von den Verhandlungspartnern vor allem auf den Grundsatz der Beitragsstabilität zu achten. (Unter Beitragsstabilität ist zu verstehen, daß die Ausgaben nicht stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen steigen dürfen).

Auf zweiter Ebene verteilen nun die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung auf die einzelnen Ärzte. Die Honorierung richtet sich nach dem Einzelleistungssystem, wobei sich der Punktwert der Einzelleistungen aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ergibt. Dieser wird auf Bundesebene zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart. Beispielhaft sei anhand der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der EBM für ärztliche Leistungen dargestellt:

Nr.	EBM-Leistung	Punkte
3000	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes, einschl. Wundversorgung	100
3001	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes, einschl. Wundversorgung	150

Abbildung 16: Beispielhafte Darstellung des EBM<sup>211</sup>

Der monetäre Wert eines Punktes ergibt sich aus der Division der Gesamtvergütungssumme durch die Gesamtzahl der Abrechnungspunkte.<sup>212</sup>

<sup>210</sup> Vgl. Griesewell, 1985, S. 562ff

<sup>211</sup> Quelle: Bundesverband Deutscher Ärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie e.V., 1997

<sup>212</sup> Vgl. Alber, 1992a, S. 108

Wie bereits bei den allgemeinen Anreizwirkungen bei Einzelleistungshonorierungssystemen beschrieben wurde, kann die alleinige Verwendung dieser Honorarform vor allem zu starken Spezialisierungstendenzen und zu einer Expansion der Leistungsmengen führen.<sup>213</sup> Genau diese Tendenzen sind bei der ambulanten Versorgung in Deutschland zu beobachten.

Obwohl durch die Deckelung der Gesamtvergütung auf erster Stufe des Honorarverfahrens der ungebremsten Kostenexpansion ein Riegel vorgeschoben werden sollte, reagieren die deutschen Ärzte damit, daß sie die Mengen ihrer Leistungen erhöhen, um so einen möglichst „großen Anteil vom Kuchen“ zu erhalten. Dadurch wird eine Preis-Mengen-Spirale in Gang gesetzt, die zu ständigen Ausgabenerhöhungen im Gesundheitswesen führen.<sup>214</sup>

Als Reaktion auf diese Mengenausweitung wurden in der BRD Prüfausschüsse gebildet, die eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kassenärzte vornehmen. Untersucht wird hier, ob die verordneten Leistungen der einzelnen Ärzte von Durchschnittswerten der betreffenden Arztgruppe abweichen. Wird eine Toleranzgrenze von 50% überschritten, kann mit Sanktionen, wie z.B. Honorarkürzungen oder Regreßforderungen gerechnet werden. Da diese Wirtschaftlichkeitsprüfung aber hauptsächlich auf eine reine „Durchschnittlichkeitsprüfung“ abzielt, kann sie die Preis-Mengen-Spirale nicht wirksam dämpfen – somit stellt sich kein effizientes Instrument zur Eindämmung der Mengenexpansion dar.<sup>215</sup>

Abgesehen von den Bemühungen zur Kostendämpfung stehen in unserem Nachbarstaat seit einigen Jahren Programme zur Steigerung und Kontrolle der Qualität der ärztlichen Leistungen im Mittelpunkt vieler Reformbewegungen. Laut Einschätzung des Sachverständigenrates zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zielen die vorhandenen Richtlinien vor allem auf die Verbesserung der fachlichen Voraussetzungen (Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals) und die notwendige apparative Ausstattung der Praxis ab. Die Sicherung der Prozeßqualität wird durch einige Richtlinien in verschiedenen

---

<sup>213</sup> Vgl. Schulenburg, 1981, S. 268

<sup>214</sup> Vgl. Gerlinger, 1995, S. 64

Bereichen geregelt (z.B. Qualitätssicherung von Röntgenleistungen).<sup>216</sup> Insgesamt sind diese Reformbemühungen um Qualitätssicherungs- und verbesserungsmöglichkeiten noch nicht voll ausgereift und stehen nach wie vor im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion.<sup>217</sup>

## 5.2 Österreich

Die wichtigsten Daten im Überblick:

Entwicklung der Ausgaben zwischen 1990 und 1997 (in % des BIP)	1990: 7,1 1997: 7,9
Überwiegende Finanzierung	Sozialversicherung
Selbstbeteiligung der Patienten (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	Mittel: 14% im Jahre 1994
Bezahlungsmodus	Sachleistungsprinzip
Überwiegende Leistungsorganisation	Ambulant überwiegend privat, stationär überwiegend öffentlich
Vergütungsart allgemeinärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung
Vergütungsart fachärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung

Abbildung 17: Vergleichsdaten für das österreichische Gesundheitswesen<sup>218</sup>

Das Gesundheitssystem in Österreich weist viele Parallelen zum deutschen System auf: Die Finanzierung erfolgt hauptsächlich durch Sozialversicherungsträger und die Bevölkerung erhält die medizinischen Leistungen (bei freier Arztwahl) nach dem Sachleistungsprinzip.

99% der Österreicher sind in einer der folgenden 24 Krankenkassen pflichtversichert:

<sup>215</sup> Vgl. Alber, 1992a, S. 108ff

<sup>216</sup> Vgl. ebenda, S. 111

<sup>217</sup> Vgl. Peters, 1998, S. 100

<sup>218</sup> Quelle: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135, ÖSTAT, 1999

- 9 Gebietskrankenkassen (Grundlage bildet das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz: ASVG)
- 10 Betriebskrankenkassen (Grundlage: ASVG)
- 1 Krankenkasse für Bergleute (Grundlage: ASVG)
- 1 Krankenkasse für Gewerbetreibende (Grundlage: Gewerblichen-Sozialversicherungsgesetz: GSVG)
- 1 Krankenkasse für Eisenbahnbedienstete (Grundlagen: Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz: B-KUVG und das ASVG)
- 1 Krankenkasse für Landwirte (Grundlage: Bauern-Sozialversicherungsgesetz: BSVG)

Die Zugehörigkeit zu den Krankenkassen ergibt sich dabei aus der jeweiligen Profession der Versicherten. Zwischen den einzelnen Krankenkassen gibt es erhebliche Unterschiede, insbesondere hinsichtlich der Kostenbeteiligungen der Patienten:

ASVG	B-KUVG	GSVG	BSVG
------	--------	------	------

Bei Inanspruchnahme von Vertragsärzten, Vertragseinrichtungen und eigenen Einrichtungen Erbringung als Sachleistung	Bei Inanspruchnahme von Vertragsärzten, Vertragseinrichtungen und eigenen Einrichtungen Erbringung als Sachleistung	Bei Inanspruchnahme von Vertragsärzten durch Sachleistungsberechtigte Erbringung als Sachleistung	Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (Vertrags- oder Wahlarzt) Kostenerstattung in Höhe von 80% der tarifmäßigen Kosten
Keine Kostenbeteiligung der Versicherten	Behandlungskostenbeitrag 20% (wird nachträglich vorgeschrieben)	Kostenbeteiligung 20%	
Bei Inanspruchnahme von Wahlärzten Kostenersatz nach Maßgabe der Satzung	Bei Inanspruchnahme von Wahlärzten tarifmäßiger Kostenersatz abzgl. Behandlungs-kostenbeitrag	Bei Inanspruchnahme von Wahlärzten (bei Geldleistungsbe-rechtigten auch von Vertragsärzten) tarifmäßiger Kostenersatz, höchstens 80% des Honorares	

Abbildung 18: Gegenüberstellung einzelner Unterschiede ASVG/B-KUVG/GSVG und BSVG<sup>219</sup>

Wie bereits in Kapitel 4.1.2 (Bezahlungsmodalitäten) erwähnt, führen insbesondere die bei einigen Sozialversicherungsträgern verlangten Selbstbehalte der Patienten keineswegs zu den häufig erwarteten Effekten, wie z.B. zu einer Verringerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.

Ähnlich wie in der BRD werden auch in Österreich Gesamtverträge zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (unter Mitwirkung der zuständigen Krankenkassen) und der zuständigen Ärztekammer ausgehandelt. Dabei wird eine allgemeine Begrenzung des für die Kassenärzte insgesamt zur

Verfügung gestellten Geldes („Deckelung“) vorgenommen, so daß sich die Entlohnung der Ärzte an vorweg festgesetzten Gesamtsummen orientiert.<sup>220</sup>

Die Honorierung der Ärzte erfolgt grundsätzlich nach Einzelleistungen, allerdings sind erhebliche Unterschiede in den Honorarordnungen der verschiedenen Krankenkassen festzustellen. Die Leistungen werden überwiegend nach einem Punktesystem (ähnlich wie in Deutschland) bewertet, einzelne Leistungen werden aber oftmals auch in Schillingbeträgen ausgewiesen. Einzelne Honorarordnungen, wie die der burgenländischen und der steiermärkischen Gebietskrankenkassen setzen für alle Leistungen Schillingbeträge fest.<sup>221</sup>

Wie nicht anders zu erwarten, haben auch in Österreich insbesondere die mit dem Einzelleistungshonorierungssystem einhergehenden Anreizwirkungen - trotz Deckelung der Gesamtausgaben - zur Kostenexplosion im Gesundheitssektor beigetragen.

---

<sup>219</sup> Quelle: Radner, 1996, S. 129

<sup>220</sup> Vgl. Krejci, 1992, S. 20

<sup>221</sup> Vgl. Grillberger, 1995, S. 358

### 5.3 Frankreich

Die wichtigsten Daten im Überblick:

Entwicklung der Ausgaben zwischen 1990 und 1997 (in % des BIP)	1990: 8,9 1997: 9,9
Überwiegende Finanzierung	Sozialversicherung
Selbstbeteiligung der Patienten (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	Hoch: 17% im Jahre 1994
Bezahlungsmodus	Kostenerstattungsprinzip
Überwiegende Leistungsorganisation	Ambulant privat, stationär meist öffentlich
Vergütungsart allgemeinärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung/Leistungs-komplexe
Vergütungsart fachärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung

Abbildung 19: Vergleichsdaten für das französische Gesundheitswesen<sup>222</sup>

Ebenso wie in der BRD und Österreich hat in Frankreich der Großteil der Bevölkerung (nahezu 100%) über die gesetzliche Krankenversicherung Zugang zum Gesundheitssystem. Allerdings schließen 87% der Franzosen eine Zusatzversicherung ab. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, daß die Selbstbeteiligung der Patienten relativ hoch ist (ca. 25%) und die Versicherten diesen Kostenanteil von einer Zusatzversicherung tragen lassen.<sup>223</sup>

Die ambulante allgemeinärztliche und fachärztliche Versorgung erfolgt größtenteils durch privat praktizierende Ärzte, zu denen die Patienten freien Zugang haben. Anders als in Deutschland, muß der Patient in Frankreich den Arzt aber unmittelbar nach der Leistungsanspruchnahme bezahlen. Diese Kosten werden ihm abzüglich eines Selbstbehalts (25% für ambulante Leistungen, 30% für Laborleistungen, 33% für pharmazeutische Produkte) von der Krankenkasse erstattet.

<sup>222</sup> Quelle: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135, ÖSTAT, 1999

<sup>223</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 245

Die Vergütung der Ärzte erfolgt in Frankreich prinzipiell nach dem Einzelleistungshonorierungssystem. Der Preis der Einzelleistungen wird zwischen Ärzteverbänden und Kassen verhandelt, wobei es grundsätzlich keine Beschränkungen hinsichtlich der Gesamtvergütungssumme gibt.<sup>224</sup>

Eine Besonderheit im französischen Vergütungssystem für Ärzte stellt die Wahlfreiheit des Arztes hinsichtlich seines Status gegenüber der Krankenversicherung dar. Seit 1980 hat jeder Arzt prinzipiell die Möglichkeit, zwischen folgenden Alternativen („Sektoren“) zu wählen.<sup>225</sup>

- Sektor 1: Regulärer Vertragsarzt mit Honorarbindung
- Sektor 2: Vertragsarzt mit Honorarfreiheit
- Privatarzt ohne Vertrag

Die Ärzte der ersten Kategorie müssen sich bei ihrer Rechnungslegung nach den verhandelten Preisen zwischen Krankenkassen und Ärzteverbänden richten, ihre Patienten erhalten 75% dieser Tarifsätze von der Kasse erstattet.

Die Ärzte des zweiten Sektors sind berechtigt, ihre Honorare „nach Takt und Maß“ frei zu bestimmen. Die Patienten dieser Mediziner erhalten ebenso 75% der Tarifsätze erstattet, müssen allerdings für darüber hinausgehende Beträge selbst aufkommen.

Weniger als 1% der Ärzte haben kein Vertragsverhältnis mit einer Krankenversicherung, ihre Patienten erhalten von der Versicherung aber ebenso 75% der Tarifsätze der Gebührenordnung erstattet. Ebenso wie die Patienten der Ärzte des zweiten Sektors müssen die Patienten der Ärzte des dritten Sektors darüberliegende Beträge selbst bezahlen.<sup>226</sup>

---

<sup>224</sup> Vgl. Sandier, 1985, S. 99f

<sup>225</sup> Vgl. Alber, 1992b, S. 377

<sup>226</sup> Vgl. ebenda

Im internationalen Vergleich ist das französische Gesundheitssystem durch eine auffallende Kostenexplosion gekennzeichnet. Aufgrund der im Kapitel „Einzelleistungshonorierung“ angestellten Überlegungen ist dies keineswegs überraschend, zumal es keine wirksame Deckelung der Ausgaben im ambulanten Sektor gibt. Ebenso wenig wie das Kostenerstattungsprinzip vermag die hohe Selbstbeteiligung der Patienten eine Eindämmung des Kostenanstiegs herbeiführen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, daß Zusatzversicherungen diese Kosten übernehmen und dadurch einer Nachfrage-Steuerung zur Kosten- und Mengeneindämmung entgegenwirken.

Leidtragende dieses Systems sind vor allem jene „schlechten Risiken“ (wie z.B. chronisch kranke Menschen oder alte Personen), die keinen Zugang zu den Zusatzversicherungen finden.

Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen findet in Frankreich seit 1980 statt. Die Vertragsärzte müssen dreimal jährlich ihre Abrechnungen an einen lokalen Kontrollausschuß einreichen, der überprüft, inwieweit die Abrechnungen einzelner Ärzte von Durchschnittswerten abweichen. Werden extreme Abweichungen festgestellt, können diese Ärzte von der Kassenpraxis ausgeschlossen werden.

Ebenso wie in der Bundesrepublik Deutschland kann eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, die sich an Durchschnittswerten orientiert aber keine wirksame Dämpfung der Ausgaben im ambulanten Sektor erwarten lassen.<sup>227</sup>

---

<sup>227</sup> Vgl. Alber, 1992a, S. 108ff

## 5.4 Großbritannien

Die wichtigsten Daten im Überblick:

Entwicklung der Ausgaben zwischen 1990 und 1997 (in % des BIP)	1990: 6 1997: 6,7
Überwiegende Finanzierung	Nationaler Gesundheitsdienst
Selbstbeteiligung der Patienten (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	Mittel: 15,8% im Jahre 1994
Bezahlungsmodus	Sachleistungsprinzip
Überwiegende Leistungsorganisation	überwiegend öffentlich
Vergütungsart allgemeinärztlicher Tätigkeit	Grundpauschale/Kopfpauschale/zielbezogene Vergütungen/Budgets
Vergütungsart fachärztlicher Tätigkeit	Gehalt

Abbildung 20: Vergleichsdaten für das britische Gesundheitswesen<sup>228</sup>

Das System in Großbritannien unterscheidet sich grundlegend von jenen in Frankreich, Österreich und der BRD. Die Leistungserbringung erfolgt durch den öffentlich finanzierten nationalen Gesundheitsdienst (**National Health Service = NHS**). Er umfaßt die gesamte englische Bevölkerung, denen eine weitgehend zuzahlungsfreie Versorgung sichergestellt wird.<sup>229</sup>

Der ambulante Allgemeinarzt (**General Practitioner = GP**) ist die erste Anlaufstelle für Patienten im Krankheitsfall. Jeder Bürger ist hierbei bei einem praktischen Arzt in unmittelbarer Umgebung seines Wohnortes in einer Patientenliste registriert, wobei jederzeit ein Arztwechsel möglich ist. Der GP übernimmt dabei im britischen Gesundheitsdienst eine wichtige Filterfunktion, denn fachärztliche Leistungen und Krankenhauseinweisungen dürfen nur auf der Grundlage seiner Überweisungen

<sup>228</sup> Quelle: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135, ÖSTAT, 1999

<sup>229</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 495

vorgenommen werden. (Eine Ausnahme in Notfällen ist möglich). Die ambulante fachärztliche Versorgung erfolgt dabei ausschließlich in Krankenhäusern.<sup>230</sup>

Die Honorierung der Allgemeinärzte erfolgt grundsätzlich über die **Family Practitioner Committees (FPCs)**. Dazu schließen die Ärzte ihre Verträge mit einem der 90 FPCs ab, die für einen oder bestimmte Gesundheitsbezirke zuständig sind. Die Mitglieder der FPCs werden vom Minister ernannt und bestehen aus Vertretern der Ärzteschaft und Benutzern bzw. Finanzierern des NHS.<sup>231</sup>

Neben den FPCs hat der „Review Body on Doctor’s and Dentists’ Remunerations“ eine Schlüsselfunktion im britischen Gesundheitswesen inne. Dieser Review Body ist ein unabhängiger und ehrenamtlich tätiger Rat, der Empfehlungen über die Preise ärztlicher Leistungen an den Premierminister übergibt. Dieser Vorschlag wird an einen Kabinettsausschuß weitergeleitet, der die Entscheidung über die Preisgestaltung trifft – diese Entscheidung weicht nur in seltenen Ausnahmefällen von den Empfehlungen des Review Body ab.<sup>232</sup>

Mit einer Reform vom 1. April 1991 wurde in Großbritannien die Verteilung der Ausgaben im Gesundheitswesen neu strukturiert. Es wurde ein sog. „interner Markt“ eingeführt, der die Verantwortung für den Einkauf von medizinischen Dienstleistungen in den Bereich der Gesundheitsbehörden übertrug.<sup>233</sup> Während die FPCs ihre Budgetanteile vor der Reform direkt vom Ministerium zugeteilt bekamen, erhalten sie seither ihre Finanzmittel von den lokalen Gesundheitsbehörden (Regional Health Authorities und District Health Authorities), die das zur Verfügung gestellte Budget einem sog. „cash limit“ (Budgetbeschränkung) unterwerfen. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei den Arzneimittelbudgets geschenkt.

Zusätzlich werden von den **District Health Authorities (=DHA)** Verträge mit ausgewählten Krankenhäusern geschlossen, und die unter FPC verwalteten Ärzte dürfen ihre Patienten nur an solche Vertragskrankenhäuser überweisen.<sup>234</sup>

---

<sup>230</sup> Vgl. Holland/Breeze, 1985, S. 122 und Schneider, 1995, S. 505

<sup>231</sup> Vgl. Alber, 1992c, S. 587

<sup>232</sup> Vgl. ebenda, S. 591

<sup>233</sup> Vgl. Hemingway, 1997, S. 86

Gleichzeitig wurde mit dieser Reform großen Gruppenpraxen mit mehr als 8.000 Patienten die Möglichkeit geboten, sich aus der Verwaltung durch die FPCs zu lösen und ein eigenes Budget zu verwalten.<sup>235</sup> Aus diesem Budget müssen sie nicht nur die üblichen familienärztlichen Leistungen, sondern auch den Arzneimittelbedarf sowie bestimmte Krankenhausleistungen für die Patienten ihrer Praxis finanzieren. Die Praxen handeln nun auch selbständig Konditionen mit den Krankenhäusern und den dort praktizierenden Fachärzten bzw. mit der entsprechenden District Health Authority aus. Ein erwirtschafteter Überschuß kann für Investitionen in die Praxisausstattung verwendet werden, begründete Defizite werden bis zu 5% von der Health Authority gedeckt, müssen aber im folgenden Jahr wieder eingespart werden.<sup>236</sup>

Abgesehen von den eigenen Budgets für große Gruppenpraxen setzt sich die Honorierung des Allgemeinarztes aus fünf Teilkomponenten zusammen:<sup>237</sup>

- eine Grundpauschale für die Praxisausstattung
- eine altersgestaffelte Kopfpauschale für jeden Patienten, der auf der Patientenliste steht
- Einzelleistungen für bestimmte Tätigkeiten (z.B. nächtliche Hausbesuche, kleine Chirurgie, Impfungen,...)
- Sitzungsgebühren
- Zielorientierte Sonderhonorare (für Impfungen und Zervixscreening-Untersuchungen)

Wie im Kapitel „Honorierung nach Kopfpauschalen“ bereits erwähnt wurde, wird sich die technische Praxisausstattung des Allgemeinarztes bei überwiegender Vergütung nach dieser Honorarform eher an einem Mindeststandard orientieren. Da im

---

<sup>234</sup> Vgl. Alber, 1992c, S. 588

<sup>235</sup> Vgl. Konitzer, 1998, S. 1027

<sup>236</sup> Vgl. Bernardi-Schenkluhn, 1992, S. 649

<sup>237</sup> Vgl. Konitzer, 1998, S. 1027 und Schneider, 1995, S. 505

britischen Honorierungssystem die Allgemeinmediziner überwiegend nach der Kopfpauschale entlohnt werden, weist deren Praxis demgemäß nur eine Grundausstattung auf: außer einem Stethoskop und einem Blutdruckmeßgerät verfügen diese Ärzte üblicherweise über keine technischen Geräte.<sup>238</sup> Dem britischen Arzt werden lediglich (maximal) zwei vom NHS finanzierte Helferinnen (Schwestern und Praxispersonal) zur Verfügung gestellt sowie die Mietkosten für die Praxis in „angemessener Höhe“ erstattet.<sup>239</sup>

Um die Qualität der ärztlichen Leistungserstellung im ambulanten und stationären Bereich dennoch zu verbessern, setzt man in Großbritannien auf die Einführung des internen Marktes und auf die berufsständische Selbstkontrolle der Ärzte große Hoffnungen. Die Ärzte sind in diesen „internen“ Markt allerdings nur insoweit eingebunden, als sie durch Überweisungen ihrer Patienten an die privaten und öffentlichen Krankenhäuser die Menge und Qualität der dort erbrachten Leistungen beeinflussen können.

Die berufsständische Selbstkontrolle spielt im Kontext mit der Qualitätssicherung eine bedeutende Rolle. Insbesondere durch die Einführung von sog. Qualitätszirkeln wird an der ständigen Verbesserung der Qualität ärztlichen Handelns gearbeitet. Unter einem Qualitätszirkel versteht man dabei „den Zusammenschluß einer kleinen Arztgruppe (acht bis zwölf), die ihre eigene Arbeit an unterschiedlichen, modellhaften Themen [...] untersucht und bewertet. Die gemeinsame Erfahrung in der praktischen Versorgung erlaubt, Qualitätssicherung sensibel zu betreiben und einer für die Versorgung inadäquaten Standardisierung der Medizin zu entgehen.“<sup>240</sup>

Mit dem Versuch der allgemeinen Verbesserung der Versorgungsqualität (vor allem aber durch die Verbesserung des Zugangs zu stationären Einrichtungen) ist in Großbritannien allerdings ein überproportionaler Anstieg der Gesundheitsausgaben zu verzeichnen: zwischen 1990 und 1997 stieg die Ausgabenquote von 6 auf 6,7% des BIP.<sup>241</sup> Dieser Ausgabenanstieg ist jedoch darauf zurückzuführen, daß lediglich eklatante Versorgungsmängel (z.B. lange Wartezeiten für fachärztliche Versorgung)

---

<sup>238</sup> Vgl. Alber, 1992c, S. 586

<sup>239</sup> Vgl. Konitzer, 1998, S. 1028

<sup>240</sup> Abholz, 1995a, S. 48

<sup>241</sup> Vgl. ÖSTAT, 1999

verbessert wurden. Berücksichtigt man zusätzlich, daß das britische Königreich eine der geringsten Ärztedichte aufweist (durchschnittlich hatte im Jahr 1994 ein Arzt 623 Einwohner zu versorgen – als Vergleich hatte etwa Deutschland im gleichen Bezugsjahr 304 Einwohner pro Arzt),<sup>242</sup> kann von einer überdurchschnittlich guten Versorgungsqualität wohl kaum die Rede sein.

## 5.5 Niederlande

Die wichtigsten Daten im Überblick:

Entwicklung der Ausgaben zwischen 1990 und 1997 (in % des BIP)	1990: 8,3 1997: 8,5
Überwiegende Finanzierung	Sozialversicherung mit Grundsicherung
Selbstbeteiligung der Patienten (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	Gering: 7,3% im Jahre 1994
Bezahlungsmodus	Sachleistungsprinzip
Überwiegende Leistungsorganisation	Überwiegend privat
Vergütungsart allgemeinärztlicher Tätigkeit	Kopfpauschale und ausgewiesene Einzelleistungen
Vergütungsart fachärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung

Abbildung 21: Vergleichsdaten für das niederländische Gesundheitswesen<sup>243</sup>

Eines der beeindruckendsten Gesundheitssysteme ist in den Niederlanden zu finden. Im internationalen Vergleich hat die Niederlande nach Dänemark die geringsten Kosten für die ambulante Versorgung, während sie bei der Versorgungsqualität gemeinsam mit Dänemark den Spitzenplatz einnehmen.<sup>244</sup>

Die Finanzierung des niederländischen Gesundheitssystems erfolgt größtenteils über Sozialbeiträge (ca. 74% im Jahre 1994) und Privatversicherungen (ca. 14%). Privatversicherungen schließen vor allem jene Arbeitnehmer ab, deren Einkommen

<sup>242</sup> Vgl. Konitzer, 1998, S. 1030

<sup>243</sup> Quelle: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135, ÖSTAT, 1999

<sup>244</sup> Vgl. Mildenstein, 1998, S. 1022

oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, sowie Selbständige und Beamte.<sup>245</sup> Die Selbstbeteiligung der Patienten ist in Holland sehr gering (1994 lag die Selbstbeteiligungsrate bei 7,3%) – die ambulante und stationäre Versorgung ist fast völlig zuzahlungsfrei.

Die ambulante Versorgung in den Niederlanden ist durch ein sog. Primärarztsystem, ähnlich wie in Großbritannien, geregelt. Alle Versicherten sind in einer Patientenliste ihres Hausarztes registriert, der Zugang zu fachärztlicher Betreuung, die fast ausschließlich durch Krankenhäuser organisiert ist, kann nur durch Überweisung eines Allgemeinarztes erfolgen.<sup>246</sup>

Die Honorierung der Ärzte ist unterschiedlich geregelt: während der Hausarzt pro gesetzlich versicherter Person pro Jahr eine Kopfpauschale erhält und für Privatpatienten nach Einzelleistungen vergütet wird, erhält der Facharzt eine Grundgebühr je überwiesenen Leistungsfall und eine Pauschalzahlung. Diese Pauschale deckt nur die Untersuchung und eine einfache Behandlung, aufwendige Behandlungen werden nach Einzelleistungen vergütet.

Die Entscheidungen hinsichtlich der Preise, der Planung, der Leistungsgewährung und der Beitragssätze trifft der niederländische Gesundheitsminister, wobei er unterstützt wird

- vom nationalen Gesundheitsrat
- vom Krankenhaus-Beirat
- von der Tarifbehörde und
- vom Krankenversicherungsrat<sup>247</sup>

Die zentrale Stellung des Hausarztes in Holland läßt sich nun nicht nur daran erkennen, daß er die erste Anlaufstelle für Patienten darstellt, sondern daß er auch

---

<sup>245</sup> Vgl. Schneider, 1998, S. 16

<sup>246</sup> Vgl. Mildenstein, 1998, S. 1022

90% der Fälle allein klärt und nur 10% an Fachärzte oder an andere Dienstleister der Primärversorgung überweist. Von entscheidender Bedeutung dürfte in dieser Hinsicht sicherlich die Entwicklung von Leitlinien sein, die dem Hausarzt eine Unterstützung für seine tägliche Arbeit liefern sollen. Zusätzlich sind die Allgemeinärzte an der Teilnahme an einem lokalen Qualitätszirkel, der acht bis zehn Ärzte umfaßt, verpflichtet. Desweiteren muß der Hausarzt durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen und Kongreßbesuchen ein jährliches Punktekongingent erwerben.<sup>248</sup>

Durch diese Maßnahmen ergibt sich für das Gesundheitssystem in den Niederlanden folgende erfreuliche Situation:

- geringe Gesundheitskosten
- eine hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem
- ein allgemein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung
- ein geringer Medikamentenverbrauch

---

<sup>247</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 365

<sup>248</sup> Vgl. Mildenstein, 1998, S. 1025

## 5.6 Dänemark

Die wichtigsten Daten im Überblick:

Entwicklung der Ausgaben zwischen 1990 und 1997 (in % des BIP)	1990: 6,5 1997: 6,4
Überwiegende Finanzierung	Nationaler Gesundheitsdienst
Selbstbeteiligung der Patienten (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	Mittel: 11,4% im Jahre 1994
Bezahlungsmodus	Sachleistungsprinzip
Überwiegende Leistungsorganisation	Überwiegend öffentlich
Vergütungsart allgemeinärztlicher Tätigkeit	Kopfpauschale und ausgewiesene Einzelleistungen
Vergütungsart fachärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung

Abbildung 22: Vergleichsdaten für das dänische Gesundheitswesen<sup>249</sup>

Das dänische Gesundheitssystem wird durch den staatlichen Gesundheitsdienst geprägt, welcher weitgehend dezentral organisiert ist. Als Vorbild diente dabei der britische NHS. Ebenso wie in Großbritannien erfolgt die Finanzierung des Gesundheitswesens größtenteils durch den Staat (1994 kam er für 86,1% der Ausgaben auf).<sup>250</sup>

Die Primärversorgung wird durch frei praktizierende Allgemeinärzte geleistet, wobei die Bevölkerung zwischen zwei Leistungsmodi wählen kann. Dies Leistungsmodi unterscheiden sich hinsichtlich der Wahlfreiheit des Hausarztes und den Selbstbeteiligungskosten:

Mitglieder der Versicherungsgruppe 1 (ca. 95% der Bevölkerung wählen diese Gruppe) müssen sich bei einem Hausarzt in eine Liste eintragen und bezahlen keine Selbstbeteiligung für ambulante Leistungen. Der Zugang zur fachärztlichen

<sup>249</sup> Quelle: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135, ÖSTAT, 1999

<sup>250</sup> Vgl. Schneider, 1998, S. 16

Betreuung wird diesen Patienten nur durch die Überweisung des Allgemeinarztes ermöglicht. Die Mitglieder der Versicherungsgruppe 2 können den behandelnden Arzt jederzeit frei wählen, müssen aber einen Teil der Behandlungskosten selbst übernehmen und höhere Selbstbeteiligungskosten für Arzneimittel und zahnärztliche Leistungen in Kauf nehmen.

Die Verhandlungen über die Preise ärztlicher Leistungen erfolgen auf zentraler Ebene durch ein Komitee, dessen Ergebnisse der Zustimmung des Innenministeriums bedürfen. Für die Finanzierung und Bereitstellung der medizinischen Versorgung sind einerseits die dänische Regierung, andererseits die Regionen und Gemeinden zuständig.<sup>251</sup>

Die dänischen Allgemeinärzte werden zu 50% nach der Kopfpauschale und zu 50% nach dem Einzelleistungshonorierungssystem entlohnt. Wie allerdings der Literatur zu entnehmen ist, führt die Honorierung nach Einzelleistungen in Dänemark - anders als in Deutschland oder Frankreich - kaum zu Mengenausweitungen.<sup>252</sup>

Die Praxisausstattung in Dänemark ist zwar einfacher als in der Bundesrepublik Deutschland, aber besser als in Großbritannien und in den Niederlanden. Da ca. 40% der dänischen Allgemeinärzte in Gemeinschaftspraxen zusammenarbeiten, ist es ihnen gelungen, ihre Praxiskosten auf diese Weise zu reduzieren und gemeinsame Ressourcen zu nutzen. Eine weitere beachtliche Besonderheit des Primärarztsystems in Dänemark ist die niedrige Überweisungsrate zu Fachärzten: diese ist um 30% niedriger als in Deutschland, Großbritannien und Holland. Dies dürfte vor allem auf zusätzlich eingeführte Einzelleistungen in der Vergütung zurückzuführen sein.

Ähnlich wie in Holland gibt es auch in Dänemark Qualitätszirkel der Ärzte, die regelmäßige Treffen durchführen und eine patientenorientierte Fortbildung forcieren.<sup>253</sup>

---

<sup>251</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 231ff

<sup>252</sup> Vgl. Lichte, 1998, S. 1031

<sup>253</sup> Vgl. ebenda, S. 1032

Von allgemeinem Interesse dürfte der sinkende Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP sein: zwischen 1980 und 1997 sank er von 8,36% auf 6,4%.<sup>254</sup> Aufgrund der zentralen Steuerfinanzierung sind in Dänemark die Kosten des Gesundheitswesens wesentlich transparenter und besser steuerbar als in vielen anderen Ländern.

Insgesamt scheint die Koordinationsfunktion des Hausarztes in Dänemark effektiv zu sein: bei geringen Kosten des Gesundheitssystems mangelt es nicht an Qualität, zudem ist eine hohe Zufriedenheit bei Ärzten und Patienten festzustellen.<sup>255</sup>

## 5.7 USA

Die wichtigsten Daten im Überblick:

Entwicklung der Ausgaben zwischen 1990 und 1997 (in % des BIP)	1990: 12,7 1997: 14,0
Überwiegende Finanzierung	Private Versicherungen
Selbstbeteiligung der Patienten (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	Hoch: 17,6% im Jahre 1994
Bezahlungsmodus	Kostenerstattungsprinzip
Überwiegende Leistungsorganisation	Private Leistungserstellung
Vergütungsart allgemeinärztlicher Tätigkeit	Pauschalen/Einzelleistungen/Gehälter
Vergütungsart fachärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung

Abbildung 23: Vergleichsdaten für das amerikanische Gesundheitswesen<sup>256</sup>

Das amerikanische Gesundheitssystem besteht aus vielen Subsystemen, die sich in vier Kategorien einteilen lassen:

- das Gesundheitssystem für die Mittelklasse
- das Gesundheitssystem für die Armen

<sup>254</sup> Vgl. ÖSTAT, 1999

<sup>255</sup> Vgl. Lichte, 1998, S. 1031

<sup>256</sup> Quelle: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135, ÖSTAT, 1999

- das Gesundheitssystem für die Militärs
- das Gesundheitssystem für die ehemaligen Militärsangehörigen

Medicaid, das Gesundheitssystem für die arme Bevölkerung wird in erster Linie von örtlichen öffentlichen Verwaltungen organisiert, die Patienten haben im Vergleich zum Mittelklassensystem keine kontinuierliche Versorgung. Ein Grundproblem bei der Versorgung der Armen besteht hauptsächlich darin, daß viele Menschen unterhalb der Armutsgrenze leben und somit fast 10% der Amerikaner überhaupt nicht versichert sind.

Obwohl das amerikanische Gesundheitssystem nicht in der Lage ist, allen Bevölkerungsgruppen einen umfassenden Schutz zu gewähren, hat die USA allerdings eine der höchsten Gesundheitsausgaben, gemessen am BIP, zu verzeichnen (1997 lag die Ausgabenquote bei 14%). Die Finanzierung erfolgt dabei zu 35,9% durch den Staat, zu 36,5% durch Privatversicherungen und zu 17,6% durch Selbstzahlungen - Die Erstattung der Leistungen erfolgt für die Patienten nach dem Kostenerstattungsprinzip.<sup>257</sup>

In den neunziger Jahren wurde in den USA vor allem im Gesundheitssystem für die Mittelklasse das System des „Managed Care“ populär. Dieses System zielt auf die marktwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitswesen ab. Im Mittelpunkt stehen dabei sog. **Health Maintenance Organizations (HMOs)** bzw. **Preferred Provider Organizations (PPOs)**. Die Versicherten können sich bei einer dieser **Managed-Care-Organisationen (MCOs)** eintragen lassen (in der Regel übernimmt der Arbeitgeber die Bezahlung der Beiträge). Im folgenden übernimmt die HMO oder die PPO die gesamte medizinische Versorgung der Versicherten.<sup>258</sup>

Die jeweilige Organisation der verschiedenen Leistungsanbieter gestaltet sich mitunter sehr unterschiedlich und ist überdies einer ständigen Änderung unterworfen. Während anfangs die HMOs größtenteils nach dem „staff model“ organisiert waren (diese HMOs beschäftigen bzw. beschäftigten eigene Ärzte, die nach einem Gehalt honoriert werden), wurden nach und nach „group model HMOs“ und „IPA-HMOs“

---

<sup>257</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 484

<sup>258</sup> Vgl. Lübbert, 1985, S. 587f

(Independent Practice Assoziation) gegründet. Die Ärzte praktizieren dabei in ihren eigenen Praxen, werden nach der Kopfpauschale entlohnt und überdies für Überweisungen an Spezialisten zur Verantwortung gezogen. In letzter Zeit existieren bei den HMOs Mischformen, die aus „staff und group model“-HMOs und IPAs zusammengesetzt sind.<sup>259</sup>

Eine weitere Variante der Managed-Care-Organisationen stellen die sog. PPOs dar, wobei sich selbständige Ärzte und Krankenhäuser zu einer Art Verkaufsgenossenschaft zusammenschließen.

Die „reifsten“ Formen von MCOs sind schließlich solche, die unter dem Begriff „Integrated Delivery Systems“ bekannt sind. Eine derartige Organisation besteht aus einem einzigen Unternehmen, dessen Angebot sich über das gesamte Versorgungsspektrum erstreckt.<sup>260</sup>

Unabhängig von den vielen Erscheinungsformen, zielen alle MCOs vor allem auf eine koordinierte Leistungserstellung im Gesundheitswesen ab.<sup>261</sup>

„Managed Care bedeutet zum einen die Anwendung von Managementprinzipien auf die medizinische Versorgung und das Inanspruchnahme-Verhalten der Patienten, zum anderen meint es die Integration der Funktionen Versicherung und Versorgung.“<sup>262</sup>

Viele MCOs sind bereits im Besitz von Versicherungsunternehmen. Größtenteils sind sie als Kapitalgesellschaften organisiert und notieren an der Börse. Da sie auf diese Weise nicht nur mit anderen Medizinunternehmen, sondern ebenso mit allen anderen alternativen Anlageformen konkurrieren müssen, ist es unabdingbar, diese Unternehmen nach gewinnwirtschaftlichen Kriterien zu steuern.

---

<sup>259</sup> Vgl. Kühn, 1997, S. 13f

<sup>260</sup> Vgl. ebenda, S. 16

<sup>261</sup> Popp, E., 1997, S. 265

<sup>262</sup> Kühn, 1997, S. 10

Um letztendlich Gewinne erwirtschaften zu können, bedienen sich MCOs verschiedener Steuerungselemente.<sup>263</sup>

- Einführung eines Primärarztsystems
- „Verbetrieblichung“ der medizinischen Arbeit (durch die Erstellung von unternehmensinternen Richtlinien und Kontrollen, Integration und Arbeitsteilung)
- monetäre Anreize für die Ärzte

Um die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen regulieren zu können, ist für die Versicherten prinzipiell der Zugang zu ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen nur durch einen Primärarzt (Gatekeeper) möglich. Ähnlich wie im englischen Gesundheitssystem, stellt dieser Allgemeinarzt die erste Diagnose und entscheidet über die weitere Behandlung der Patienten. Da bereits hier über den größten Teil der Kosten bzw. Folgekosten entschieden wird, setzen MCOs in dieser Phase vieles daran, die Entscheidungsfreiheit des Arztes zunehmend einzuschränken. Dies äußert sich darin, daß sich die Primärärzte an MCO-internen Standards orientieren müssen und bei kostspieligen Maßnahmen die Genehmigung durch das Management einholen müssen.<sup>264</sup> Zusätzlich müssen sich die beteiligten Ärzte an ein vorgegebenes Budget halten und haften für die Kosten ihrer Behandlungen.

Wie die Entlohnung der einzelnen Ärzte ausgestaltet ist, und wie die Risikobeteiligung im einzelnen formuliert ist, wird allerdings höchst unterschiedlich gehandhabt.

### **Effekte**

Die mit dem Managed-Care verbundenen Effekte reichen von überaus positiven Wirkungen in bezug auf die allgemeine Kostensituation innerhalb dieser MCOs bis

---

<sup>263</sup> Vgl. Kühn, 1997, S. 23

<sup>264</sup> Vgl. ebenda, S. 19 ff

hin zu sehr fragwürdigen Anreizen bezüglich Patientenorientierung und Qualität der medizinischen Leistungserstellung.

Allgemein ist festzuhalten, daß medizinische Entscheidungen von betriebswirtschaftlicher Relevanz immer mehr einem Management übertragen wird, um so die Wirtschaftlichkeit dieser Entscheidungen kontrollieren zu können:

„Zum Beispiel bittet der Arzt um Genehmigung für eine Gallenblasenoperation und er wird dann gefragt, ob der Patient unter Übelkeit leidet, wie häufig, welche Ergebnisse die Ultraschalluntersuchung hatte und ob abnormale Leberfunktionstestergebnisse vorliegen. Die Versicherung entscheidet dann auf der Grundlage der Antworten, ob die Maßnahme notwendig ist.“<sup>265</sup>

Anhand solcher standardisierter Vorgehen verspricht man sich nicht nur eine Reduktion der medizinischen Versorgungskosten, sondern auch eine Verbesserung der Qualität ärztlichen Handelns. Da diese Maßnahmen aber schlußendlich dazu dienen sollen, die Profite dieser Organisationen zu erhöhen, erheben sich Zweifel, ob sie in der Praxis tatsächlich zu einer Erhöhung der medizinischen Versorgungsqualität beitragen. Diverse Veröffentlichungen weisen darauf hin, daß Kosteneinsparungen erzielt werden, indem den Patienten bestimmte Leistungen ganz einfach verweigert werden.

Beispielsweise verbieten viele MCOs ihren Ärzten gegenüber den Patienten die vorhandenen Behandlungsoptionen zu erörtern, da diese möglicherweise vom Management nicht autorisiert werden.<sup>266</sup>

Eine ebenso „attraktive“ Möglichkeit der Kostenvermeidung ist die Selektion von Patienten mit überdurchschnittlich hohem Behandlungsrisiko. Durch diese Risikoselektion verschaffen sich MCOs erhebliche Kostenvorteile, die zu einer wesentlichen Erhöhung der Profite verhelfen.<sup>267</sup>

---

<sup>265</sup> Kühn, 1997, S. 32

<sup>266</sup> Vgl. Pearson/Sabin/Emanuel, 1998, S. 689

<sup>267</sup> Vgl. Luft, 1994, S. 58

Verschärft wird diese Situation zusätzlich durch Konzentrations- und Monopolisierungstendenzen im Gesundheitsmarkt. Die immer mächtiger werdenden Managed-Care-Unternehmen versuchen durch Käufe, Zusammenschlüsse oder Vertragsabschlüsse einen möglichst hohen Marktanteil im Gesundheitswesen zu erlangen, um die so erhaltene Marktmacht auf den Ein- und Verkaufsmärkten besser für sich nutzen zu können.

Zusammenfassend ist bei der Beurteilung von MCOs festzuhalten, daß sie neben den erörterten negativen Effekten sicherlich die Chancen eines effektiven Vergütungssystems in sich bergen. Fehlen allerdings staatliche Regulierungsmaßnahmen bzw. ist die Entwicklung des Gesundheitssystems alleine den Marktmächten überantwortet, werden die Ziele hinsichtlich der Effektivität kaum erreicht werden.<sup>268</sup>

## 5.8 Schweiz

Die wichtigsten Daten im Überblick:

Entwicklung der Ausgaben zwischen 1990 und 1997 (in % des BIP)	1990: 8,4 1997: 10,2
Überwiegende Finanzierung	Versicherung mit Subventionierung
Selbstbeteiligung der Patienten (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	Hoch: 19,5% im Jahre 1994
Bezahlungsmodus	Kostenerstattungsprinzip und Sachleistungsprinzip
Überwiegende Leistungsorganisation	Ambulant privat, stationär teils öffentlich
Vergütungsart allgemeinärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung
Vergütungsart fachärztlicher Tätigkeit	Einzelleistungshonorierung

Abbildung 24: Vergleichsdaten für das schweizerische Gesundheitswesen<sup>269</sup>

<sup>268</sup> Vgl. Reintjes/Reiche/ Wenk-Lang, 1997, S. 80

<sup>269</sup> Quelle: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135, ÖSTAT, 1999

Die Schweiz weist nach den USA und Frankreich die höchsten Gesundheitsausgaben auf (9,4% des BIP im Jahre 1994). Als Hauptursachen für das hohe Ausgabenniveau gelten insbesondere die im internationalen Vergleich sehr hohen Kapazitäten (die Schweiz hat eine der höchsten Arzt- und Bettendichten im europäischen Raum), die Mengenausweitung der angebotenen Leistungen und der übermäßige Konsum von Gesundheitsdienstleistungen durch Versicherte bzw. Patienten.<sup>270</sup>

Diesen Problemen versucht man in der Schweiz durch die Einführung marktwirtschaftlicher Elemente im Gesundheitssystem zu entgegnen. Anfang der neunziger Jahre wurden dazu in Zürich und Basel die ersten Modellversuche von HMOs und IPAs nach amerikanischem Vorbild gestartet. Durch das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG), das am 1.1.1996 in Kraft trat, wurde dieses Gatekeepermodell in der medizinischen Versorgung voll verankert.

Gemäß dem amerikanischen Modell koordinieren die Schweizer Allgemeinmediziner, die in diesen MCOs integriert sind, alle therapeutischen Maßnahmen ihrer Patienten. Neben den bekannten Formen von HMOs, in denen die Ärzte als Angestellte tätig sind, existieren auch sog. Hausarzt-Zusammenschlüsse, die sich insbesondere durch eine erhöhte Risikoübernahme von den anderen HMOs unterscheiden. Bei diesem Modell trägt der Gatekeeper (Hausarzt) die Budgetverantwortung für die gesamte Behandlungskette der Patienten – dazu erhält er von der jeweiligen Krankenkasse eine Kopfpauschale pro Patient und Jahr, mit der sämtliche Kosten der Gesundheitswiederherstellung (auch für Leistungen anderer Anbieter) bezahlt werden müssen. Die Ärzte übernehmen dadurch nicht nur die fachliche, sondern auch die finanzielle Verantwortung. Um den Arzt vor unerwartet hohen Behandlungskosten bzw. vor Verlusten zu bewahren, werden Großrisiken von über 20.000 Franken pro Jahr und Patient durch Rückversicherungen abgedeckt. Der mögliche jährliche Gewinn eines Arztes wird allerdings in diesem Modell beschränkt, zusätzlich hat er aber die Möglichkeit, einen Bonus für eine effiziente Betreuung seiner Patienten zu erhalten.<sup>271</sup>

---

<sup>270</sup> Vgl. Schmidt/Galli, 1998, S. 74

<sup>271</sup> Vgl. Steinmaßl-Wirrer, 1999, S. 10

Im Vergleich zu traditionellen Krankenversicherungen ergeben sich bei diesen neuen Versicherungsformen Kostenvorteile in der Höhe von 20-25%. Erzielt werden diese Einsparungen vor allem durch eine gesprächsintensivere, weniger technisch ausgerichtete Versorgung, durch geringere Hospitalisierung und weniger Verabreichungen von Medikamenten, durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und durch gezielte Überweisungen an Spezialisten und Krankenhäuser.<sup>272</sup>

Im Gegensatz zum amerikanischen Modell der Managed Care-Organisationen überläßt man allerdings im Schweizer System die Steuerung des Gesundheitswesens nicht völlig den Marktmechanismen. Zahlreiche Bestimmungen des KVG ersetzen marktwirtschaftliche Entscheidungen durch bürokratische Regelungen, wie z.B.:<sup>273</sup>

- Bestimmungen zur Durchführung regelmäßiger Kontrollen zur Qualitätssicherung
- Die Regelung, daß die Prämien einer HMO während der ersten fünf Betriebsjahre höchstens 20% unter den Prämien der traditionellen Krankenversicherung des betreffenden Versicherers liegen dürfen.
- Die Bestimmung, daß es keine risikogerechten Prämien, sondern gleiche Prämien für die erwachsenen Versicherten innerhalb einer Kasse und Region geben darf. Ergänzt wird diese Regelung durch die Einführung eines auf zehn Jahre befristeten Risikoausgleichs unter den Krankenkassen (d.h. daß Kassen mit einem vergleichsweise höheren Anteil an Jungen und Männern zu Ausgleichszahlungen an die übrigen Kassen verpflichtet werden).
- Entlastung der wirtschaftlich Schwächeren durch Beiträge von Bund und Kantonen
- Die Regelung, daß Krankenversicherungen höchstens 50% der Betriebskosten für die Behandlung ihrer Patienten in Krankenhäusern übernehmen müssen – der Rest wird von den Kantonen finanziert.

---

<sup>272</sup> Vgl. Sommer, 1999, S. 157

<sup>273</sup> Vgl. ebenda, S. 161ff

Es ist evident, daß durch solche dirigistischen Maßnahmen in erster Linie die soziale Verträglichkeit des Systems erhöht werden soll. Gleichzeitig werden dadurch aber auch Wettbewerbsbarrieren aufgebaut, die die Ausbreitung von MCOs stark behindern.

Nichtsdestotrotz sind Gatekeeper-Modelle in der Schweiz bereits weit verbreitet und bilden einen wichtigen Bestandteil der medizinischen Versorgung. Und entgegen der anfänglichen Skepsis hat man mit diesem Modell nicht nur positive Erfahrungen hinsichtlich beachtlicher Kosteneinsparungen gemacht, sondern ebensowenig Qualitätseinbußen in Kauf nehmen müssen.<sup>274</sup>

Bei der Evaluation des Schweizer Gesundheitssystems ist allerdings zu bedenken, daß durch die Schaffung des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern das Problem der adversen Selektion zwar für die nächsten zehn Jahre verhindert wird, nach Ablauf dieser Frist wird aber (insbesondere bei Einheitsprämien) dieser Selektionsprozeß – wie es sich am Beispiel der USA zeigt - nicht aufzuhalten sein.<sup>275</sup>

---

<sup>274</sup> Vgl. Feser, o. JA, S. 1

<sup>275</sup> Vgl. Sommer, 1999, S. 168

## **6 Vergleiche der einzelnen Honorierungssysteme – Skizzierung eines effektiven Honorierungssystems**

### **6.1 Anforderungen an ein effizientes Honorierungssystem**

Wie in den vorangegangenen Kapiteln erläutert wurde, soll durch die optimale Ausgestaltung der einzelnen Elemente eines Honorierungssystems (siehe Kapitel 4) eine erhöhte Effektivität im Sinne der in Kapitel 3 aufgestellten Ziele erreicht werden. Dabei muß insbesondere darauf geachtet werden, daß die unterschiedlichen Zielvorstellungen der im Gesundheitsprozeß involvierten Interessengruppen in einem ausgewogenen Verhältnis berücksichtigt werden.

Nur dann, wenn das Honorierungssystem auch diese Anforderung in bezug auf die Gerechtigkeit (im Sinne der Beachtung sämtlicher Interessen) erfüllt, kann von einem effektiven Honorierungssystem gesprochen werden.

In diesem Sinne möchte ich im folgenden ein dementsprechend effektives Honorierungssystem skizzieren.

### **6.2 Honorarform und Honorartarif**

Wie an den Beispielen der BRD, Österreichs und Frankreichs zu sehen ist, führt eine reine Honorierung der Allgemeinärzte und Fachärzte nach Einzelleistungen letztendlich zu einer Mengenausweitung medizinischer Leistungen und treibt die Kostenexplosion im Gesundheitssektor immer weiter voran. Korrigierende Maßnahmen wie eine Deckelung der Gesamtausgaben, die Einführung von erhöhten Selbstbeteiligungen und das Kostenerstattungsprinzip können kaum dazu beitragen, diese Entwicklung (bei alleiniger Verwendung der Einzelleistungshonorierung) in geeignetem Ausmaß einzubremsen.

Trotzdem wird es kaum möglich sein, gänzlich auf diese Honorarform zu verzichten, da die Erbringung bestimmter Leistungen von Allgemeinärzten (wie z.B. Impfungen, nächtliche Hausbesuche) und insbesondere von Fachärzten (wie z.B. kostspielige

technische Leistungen) nur durch eine Entlohnung nach Einzelleistungen ausreichend sichergestellt werden kann.

### 6.2.1 Honorierung der Allgemeinmediziner

In Anbetracht der Ausführungen im Kapitel 4 und den Erfahrungen in den Niederlanden und Dänemark erscheint eine **Honorierung der Allgemeinärzte nach Kopfpauschalen in Verbindung mit ausgewählten Einzelleistungen** (wie z.B. präventive Maßnahmen, kleine Chirurgie usw. ) am effizientesten zu sein. Wird eine **zusätzliche Deckelung der Gesamtausgaben** für Allgemeinärzte (wie z.B. durch Honorarplafondierung, Begrenzung der Ausgabensteigerungen für ärztliche Hilfe auf das Ausmaß der Steigerung der Beitragseinnahmen), verbunden mit einer Deckelung der Ausgaben für einzelne Ärzte (z.B. durch Beschränkung der jährlichen Einnahmen des einzelnen Arztes) eingeführt, kann der Mengenausweitung ärztlicher Dienstleistungen ein Riegel vorgeschoben werden.

Ein Problem bei der Honorierung nach Kopfpauschalen stellt aber nach wie vor der Anreiz zur unzureichenden Versorgung der Bevölkerung bzw. der mangelnden Qualität ärztlichen Handelns dar. Zudem zeigen die Erfahrungen aus Großbritannien, daß vermehrte Überweisungen zu Fachärzten und stationären Einrichtungen zu Versorgungsengpässen im Gesundheitssektor führen können. Hier können aber vor allem Maßnahmen, wie

- eine **Staffelung der Kopfpauschale**, die sich nach der Praxisausstattung (Ausstattung mit technischen Geräten) und dem Fortbildungsstand des Arztes (Teilnahme an medizinischen Weiterbildungsveranstaltungen) orientiert,
- eine verpflichtende Teilnahme an **Qualitätszirkel** und
- die Befolgung von **Leitlinien** in Diagnostik und Therapie, die in den Qualitätszirkeln entworfen und durch ein wissenschaftliches Komitee evaluiert werden

nicht nur zur Verbesserung der Qualität ärztlicher Leistungserbringung beitragen, sondern auch die Überweisungsrate zu anderen Einrichtungen im Gesundheitssektor senken. Erfahrungen in den Niederlanden bestätigen den Erfolg dieser Maßnahmen.

Eine Selektion der Patienten, die vor allem als Ausprägung der Kopfpauschale zu verstehen ist, könnte durch differenzierte Kopfpauschalen (wie z.B. einer Staffelung nach Alter und Geschlecht der Patienten) vermieden werden. Eine **Begrenzung der Patientenzahlen pro Arzt** bei gleichzeitig **degressiver Gestaltung der Kopfpauschale** bei Überschreiten einer Höchstgrenze würde sich zudem positiv auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirken.

### 6.2.2 Honorierung der Fachärzte

Im Zusammenhang mit der Honorarform ärztlicher Leistungen stellt sich auch die Frage nach der Honorierung **fachärztlicher Leistungen**. Da bei dieser Arztgruppe eine eindeutige Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Ärzten alleine schon aus organisatorischen Gründen nicht vorgenommen werden kann, ist eine Vergütung nach der Kopfpauschale nicht möglich. Eine erfolgsversprechende Lösung scheint die Kombination der **Honorarformen „Fallpauschale“ und „Einzelleistungshonorierung“** zu sein, wie sie in den Niederlanden eingesetzt wird. Durch eine Grundpauschale je Leistungsfall werden dabei die Kosten der Untersuchung und einer einfachen Behandlung abgegolten, während für technische Leistungserbringungen nach Einzelleistungen abgerechnet wird.<sup>276</sup>

### 6.3 Honorarverfahren

Hinsichtlich der Organisationsform (Nationaler Gesundheitsdienst, Sozialversicherung oder Privatversicherungen) eines Gesundheitssystems einerseits und der Ausgabenentwicklung andererseits sind zwischen den Ländern keine eindeutigen Zusammenhänge erkennbar.<sup>277</sup> Allerdings ist unter Berücksichtigung der im Kapitel 3.7 angeführten Besonderheiten medizinischer Leistungen eine gewisse **Einflußnahme des Staates auf die medizinische Leistungserstellung**

---

<sup>276</sup> Vgl. Schneider, 1995, S. 375

<sup>277</sup> Vgl. Crivelli, 1993, S. 637

**unverzichtbar.** Wie am Beispiel der USA ersichtlich ist, führt eine fehlende staatliche Steuerung im Gesundheitssystem zu Monopolisierungstendenzen einzelner Leistungsanbieter mit negativen Auswirkungen auf die Patienten. Diese haben als Konsequenzen nicht nur einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen, sondern erhöhte Selbstzahlungen (in Form von Leistungsausschlüssen, Selbstbeteiligungskosten etc.) zu erwarten.

Obwohl in allen Ländern die Selbstbeteiligungen der Patienten zur Finanzierung der Gesundheitssysteme beitragen, können die Steuerungseffekte hinsichtlich der Nachfrage, die von Selbstzahlungen erwartet werden, nicht befürwortet werden. Insbesondere wenn sich die Patienten gegen das Risiko hoher Selbstbeteiligungskosten versichern können bzw. aufgrund der Tatsache, daß die Leistungsanbieter in verstärktem Maße die Nachfrage beeinflussen, muß von der Steuerung der medizinischen Nachfrage seitens der Patienten Abstand genommen werden. Ebensowenig kann eine Leistungserstattung nach dem Kostenerstattungsprinzip zu einer Verringerung der nachgefragten Mengen an Gesundheitsleistungen beitragen.

#### **6.4 Gatekeeper-Modelle**

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß vor allem in den **Primärarztssystemen** (Hausarztmodellen) der verschiedenen Länder ein erhebliches Potential zur Effektivitätssteigerung in den Gesundheitssystemen liegt.<sup>278</sup>

Bei diesen Gatekeeper-Modellen handelt es sich aber nicht bloß um eine eigene Form der Vergütung für Allgemeinärzte, sondern um ein System, das in erster Linie die **Arzt-Patienten-Beziehung** und eine möglichst **kontinuierliche Betreuung** der Patienten in den Mittelpunkt stellt .

Wie die Analyse der Gesundheitssysteme der einzelnen Länder gezeigt hat, kann die Implementierung eines Primärarzt-systems sowohl in eher marktwirtschaftlich orientierten Systemen (Beispiel USA und Schweiz) als auch in eher planwirtschaftlich orientierten Systemen (Beispiel Großbritannien) erfolgen.

Alle Gatekeeper-Systeme zeichnen sich durch die vorherrschende Stellung des Allgemeinarztes aus, der eine Koordinationsfunktion im Gesundheitswesen wahrnimmt. In der Ausgestaltung dieser Koordinationsfunktion sind zwischen den einzelnen Ländern erhebliche Unterschiede festzustellen. Während sich die Lotsenfunktion des Arztes in den Niederlanden und in Dänemark im wesentlichen auf die Übernahme der fachlichen Koordination beschränkt (z.B. durch die koordinierte Überweisung an Spezialisten, die in stationären Einrichtungen tätig sind), existieren in anderen Ländern (wie z.B. in der Schweiz und in Großbritannien) Gatekeepermodelle, die neben dieser fachlichen ebenso die finanzielle Verantwortung (z.B. durch die Übertragung der Budgetverantwortung für die gesamte Behandlungskette der Patienten) an die Allgemeinmediziner übertragen.

Ein wichtiger Aspekt für den Erfolg des letztgenannten Konzepts ist allerdings, daß die Übernahme des finanziellen Risikos auf freiwilliger Basis erfolgt (d.h. daß die Möglichkeiten zur Risikoübernahme grundsätzlich besteht, der Arzt aber nicht gezwungen werden kann, die finanzielle Verantwortung zu übernehmen). Eine weitere wichtige Voraussetzung für das Funktionieren dieses Modells ist die Beschränkung des finanziellen Risikos des einzelnen Arztes (z.B. durch den Abschluß von Rückversicherungen) – dadurch wird dem Arzt nicht das gesamte Morbiditätsrisiko übertragen. Um die Allgemeinmediziner vor allem zum ökonomischen Umgang mit den ihnen zur Verfügung gestellten Budgets anzuspornen, wird oftmals die Zahlung von zusätzlichen Prämien – bei entsprechend wirtschaftlichem Umgang mit den Budgets – vereinbart. So z.B. kann in Großbritannien der erwirtschaftete Überschuß für Investitionen in die Praxisausstattung verwendet werden, oder in der Schweiz wird beispielsweise ein Bonus an die Ärzte gezahlt, die ihre Patienten effizient betreuen.

Um eine Unterversorgung der Patienten zu vermeiden, ist in diesen Modellen vor allem ein gewissenhaftes Qualitätsmanagement nötig. Erfahrungen in der Schweiz, in den Niederlanden und in Dänemark bestätigen in dieser Hinsicht den Erfolg berufsständischer Selbstkontrollen. Begleitende Maßnahmen, wie z.B. die Teilnahme an Qualitätszirkeln, tragen zudem zur Verbesserung der Qualität ärztlichen Handelns

---

<sup>278</sup> Vgl. Knieps, 1995, S. 233 und Arnold, 1998, S. 33

bei. Ein weiterer Faktor, der sich positiv auf die Qualität auswirkt, stellt der in Gang gesetzte Wettbewerbsdruck um die Patienten dar. Da der Allgemeinarzt sein zur Verfügung gestelltes Budget vor allem durch die Gewinnung neuer Patienten erhöhen kann, wird er danach trachten, durch die hohe Qualität der angebotenen Leistungen, durch Patientenorientierung und durch eine entsprechende Praxisausstattung seinen Patientenstamm zu erhöhen. Durch eine Differenzierung der zur Verfügung gestellten Budgetmittel pro Patient (die sich z.B. nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Patienten unterscheiden) kann vor allem dem Problem der adversen Selektion von Patienten entgegengewirkt werden.

Daß sich das Gatekeeper-System allerdings auch ohne finanzielle Risikoübernahme seitens des Arztes realisieren läßt, ist vor allem an den Beispielen der Niederlande und Dänemark zu beobachten. In diesen Ländern ist es allein durch die Aufwertung des niedergelassenen praktischen Arztes als Lotse des Patienten im Gesundheitsprozeß und Koordinator der verschiedenen Behandlungen gelungen, zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität, zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit und letztendlich zu Einsparungen im Gesundheitswesen beizutragen.

Begleitende Maßnahmen, wie z.B.

- die Schaffung von Leistungsstandards für praktische Ärzte
- die Errichtung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot
- die Einführung einer laufenden Fort- und Weiterbildung der Ärzte
- die verpflichtende Teilnahme an Qualitätszirkeln

haben zudem zum Erfolg dieses Systems beigetragen.

## 7 Schlußbetrachtungen

In den vorangegangenen Kapiteln wurde entsprechend der Problemstellung und der Zielsetzung untersucht inwieweit die Ausgestaltung der Honorierungssysteme von Ärzten einen Beitrag zur Verbesserung der Effektivität im Gesundheitswesen zu leisten vermag.

Nach wie vor nimmt der Allgemeinmediziner eine Schlüsselposition im Gesundheitssystem ein. Häufig ist er die erste Ansprechperson bei gesundheitlichen Problemen der Menschen und meistens entscheidet er über den Verlauf der Therapie zur Wiederherstellung der Gesundheit. Aus diesem Grunde ist es evident, daß der Allgemeinarzt, insbesondere durch seine Überweisungsaktivität und durch die Verschreibung von Medikamenten, einen wesentlichen Einfluß auf die im Gesundheitssektor verursachten Ausgaben ausübt.

Seine Entscheidungen sind u.a. auch davon geprägt, inwieweit er Auswirkungen auf sein Einkommen zu erwarten hat. Aus diesem Grund vermögen Reformbemühungen, die darauf abzielen, durch Schaffung von Anreizen im Vergütungssystem der Ärzte deren Verhalten hinsichtlich höherrangiger Ziele im Gesundheitssystem zu beeinflussen, einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Effektivität im Gesundheitswesen zu leisten.

Um die Anreizwirkungen, die von den verschiedenen Elementen im Honorierungssystem ausgehen, überprüfen zu können, mußten in der vorliegenden Arbeit zunächst Kriterien festgelegt werden, die eine Beurteilung dieser Anreizwirkungen erlauben.

Angesichts der Tatsache, daß die Anforderungen, die an eine optimale Ausgestaltung eines Vergütungssystems gestellt werden, durchwegs von der subjektiven Betrachtungsweise des Beurteilers abhängen und es bis dato an allgemein gültigen Zielvorstellungen im Gesundheitswesen mangelt, war die Identifizierung der Beurteilungskriterien dieser Honorierungssysteme ein schwieriges Unterfangen.

In Anlehnung an die in der Literatur immer wieder diskutierten Eckpunkte

- ökonomische Effizienz,
- Qualität,
- Berücksichtigung von Patienteninteressen und
- allgemeine Ziele, wie die Verringerung der Morbidität

wurde die Beurteilung der Anreizwirkungen, die von den Vergütungssystemen ausgehen, in dieser Diplomarbeit vorgenommen. Dabei standen vor allem die Kriterien „ökonomische Effizienz“ und „Qualität der medizinischen Leistungserbringung“ im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Im Anschluß an die Definition der Beurteilungskriterien wurden die einzelnen Elemente in Arzt-Honorierungssystemen vorgestellt und deren Anreizwirkungen einer Beurteilung unterworfen. Abgerundet wurde die Analyse durch die Darstellung der in der Praxis vorkommenden Honorierungssysteme. Da allerdings die Erläuterung sämtlicher existierender Vergütungssysteme den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte, wurden stellvertretend nur einige ausgewählte Systeme beschrieben.

Das Hauptaugenmerk lag dabei auf der Darstellung jener Systeme, die auf erfolgversprechende Lösungsansätze zur eingangs erwähnten Bewältigung der Kostenexplosion unter Rücksichtnahme auf die Qualität der medizinischen Versorgung schließen lassen. Bevor allerdings die Gesundheitssysteme von Großbritannien, den Niederlanden, Dänemark, USA und der Schweiz erörtert wurden, wurde auf die Systeme in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und Frankreich eingegangen. Der Grund für die Darstellung dieser Modelle lag nicht darin, daß deren Effektivität aufgezeigt werden sollte, sondern vielmehr die Ineffektivität eines Einzelleistungshonorierungssystems, die sich auch durch zusätzliche Elemente – wie am Beispiel Frankreichs zu sehen war – nicht wesentlich verbessern läßt. Da aber nach wie vor in vielen Ländern die Vergütung nach Einzelleistungen ein zentrales Element in Honorierungssystemen von Ärzten darstellt, war es mir ein besonderes Anliegen, die Ineffektivität, die von dieser Honorarform ausgeht, aufzuzeigen.

Die Skizzierung eines effektiven Arzt-Honorierungssystems entzog sich schließlich nicht der subjektiven Betrachtungsweise der Verfasserin. Aufgrund der Erfolge von Gatekeepermodellen in der Praxis, die sich insbesondere durch positive Auswirkungen auf die Ausgaben, die Qualität und die Arzt-Patienten-Beziehung in Gesundheitssystemen hervortun, kann allerdings davon ausgegangen werden, daß Hausarztmodelle, wie sie in den Niederlanden und in Dänemark praktiziert werden, auch in anderen Ländern zu einer erhöhten Effektivität beitragen können.

# Inhaltsverzeichnis

## Abbildungsverzeichnis

## Abkürzungsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstellung.....	1
1.2	Zielsetzung.....	2
<b>2</b>	<b>Einführung in die Thematik</b> .....	<b>3</b>
2.1	Kostenexplosion.....	3
2.2	Kostenursachen.....	4
2.3	Schlüsselposition des Arztes.....	5
2.4	Anreize durch Honorierung.....	6
<b>3</b>	<b>Grundlagen für die Analyse</b> .....	<b>7</b>
3.1	Allgemeine Ziele.....	8
3.2	Qualität.....	9
3.2.1	Strukturqualität.....	9
3.2.2	Prozeßqualität.....	10
3.2.3	Ergebnisqualität.....	11
3.3	Berücksichtigung von Patientenpräferenzen.....	11
3.4	Ökonomische Effizienz.....	12
3.4.1	Betriebliche Effizienz in der Leistungsproduktion (Stufe 1).....	12
3.4.2	Behandlungseffizienz bei der Produktion von gesundheitlichen Ergebnissen (Stufe 2).....	12
3.5	Allokationseffizienz.....	13
3.6	Weitere Bemerkungen zu den Zieldimensionen.....	13
3.7	Besonderheiten des Gutes Gesundheit/Besonderheiten medizinischer Leistungen.....	14
3.7.1	Externe Effekte.....	14
3.7.2	Unsicherheit.....	15

3.7.3	Asymmetrische Information .....	16
3.7.4	Monopolisierungstendenzen .....	17
<b>3.8</b>	<b>Zusammenfassung Kapitel 3 .....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>Die Elemente eines Honorierungssystems .....</b>	<b>18</b>
<b>4.1</b>	<b>Honorarverfahren.....</b>	<b>18</b>
4.1.1	Honorierungsquelle .....	19
4.1.1.1	Private Versicherungen als Finanzierungsträger - Marktwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme .....	19
4.1.1.2	Der Staat als Finanzierungsträger - Planwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme .....	21
4.1.1.3	Private versus gesetzliche Krankenversicherung.....	23
4.1.1.4	Die optimale Ausgestaltung des Honorierungssystems durch Beteiligung mehrerer Finanzierungsträger .....	25
4.1.1.5	Selbstzahlung der Patienten .....	26
4.1.2	Bezahlungsmodalitäten .....	29
4.1.3	Mechanismus der Preisbestimmung.....	32
4.1.4	Die Stufen des Honorierungsverfahrens.....	33
<b>4.2</b>	<b>Honorartarif .....</b>	<b>34</b>
<b>4.3</b>	<b>Honorarform .....</b>	<b>34</b>
4.3.1	Einzelleistungsvergütung.....	35
4.3.1.1	Allgemeine Ziele .....	35
4.3.1.2	Qualität .....	36
4.3.1.3	Berücksichtigung von Patientenpräferenzen.....	37
4.3.1.4	Produktionseffizienz.....	38
4.3.1.5	Allokationseffizienz .....	39
4.3.2	Faktoreinsatzmengenvergütung .....	39
4.3.2.1	Allgemeine Ziele .....	39
4.3.2.2	Qualität .....	40
4.3.2.3	Berücksichtigung von Patientenpräferenzen.....	40
4.3.2.4	Produktionseffizienz.....	40
4.3.2.5	Allokationseffizienz .....	41
4.3.3	Pauschalhonorierungsformen .....	42
4.3.4	Kopfpauschale.....	42
4.3.4.1	Allgemeine Ziele .....	43
4.3.4.2	Qualität .....	43
4.3.4.3	Berücksichtigung von Patientenpräferenzen.....	45

4.3.4.4	Produktionseffizienz.....	46
4.3.4.5	Allokationseffizienz .....	47
4.3.4.6	Weitere Bemerkungen zur Kopfpauschale.....	48
4.3.5	Fallpauschale .....	48
4.3.5.1	Allgemeine Ziele .....	49
4.3.5.2	Qualität .....	50
4.3.5.3	Berücksichtigung von Patientenpräferenzen.....	52
4.3.5.4	Produktionseffizienz.....	52
4.3.5.5	Allokationseffizienz .....	53
4.3.6	Periodenfixum .....	54
4.3.6.1	Allgemeine Ziele .....	54
4.3.6.2	Qualität .....	55
4.3.6.3	Berücksichtigung von Patientenpräferenzen.....	56
4.3.6.4	Produktionseffizienz.....	57
4.3.6.5	Allokationseffizienz .....	58
4.3.7	Anreizwirkungen reiner Honorarformen im Überblick .....	58
4.3.7.1	Allgemeine Ziele .....	58
4.3.7.2	Qualität .....	59
4.3.7.3	Patientenpräferenzen.....	59
4.3.7.4	Produktionseffizienz.....	60
4.3.7.5	Allokationseffizienz .....	60
4.3.8	Gemischte Honorarformen .....	62
<b>5</b>	<b>Ausgewählte Honorierungssysteme in der Praxis .....</b>	<b>66</b>
<b>5.1</b>	<b>Bundesrepublik Deutschland.....</b>	<b>67</b>
<b>5.2</b>	<b>Österreich .....</b>	<b>71</b>
<b>5.3</b>	<b>Frankreich.....</b>	<b>75</b>
<b>5.4</b>	<b>Großbritannien .....</b>	<b>78</b>
<b>5.5</b>	<b>Niederlande .....</b>	<b>82</b>
<b>5.6</b>	<b>Dänemark.....</b>	<b>85</b>
<b>5.7</b>	<b>USA .....</b>	<b>87</b>
<b>5.8</b>	<b>Schweiz.....</b>	<b>92</b>
<b>6</b>	<b>Vergleiche der einzelnen Honorierungssysteme –</b>	
	<b>Skizzierung eines effektiven Honorierungssystems .....</b>	<b>96</b>
<b>6.1</b>	<b>Anforderungen an ein effizientes Honorierungssystem.....</b>	<b>96</b>

<b>6.2 Honorarform und Honorartarif .....</b>	<b>96</b>
6.2.1 Honorierung der Allgemeinmediziner .....	97
6.2.2 Honorierung der Fachärzte.....	98
<b>6.3 Honorarverfahren.....</b>	<b>98</b>
<b>6.4 Gatekeeper-Modelle .....</b>	<b>99</b>
<b>7 Schlußbetrachtungen.....</b>	<b>102</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich (in % des BIP)

Quelle: Hofmarcher, 1999, S. 11

Abbildung 2: Der Arzt als Schlüsselfigur im Gesundheitswesen

Quelle: Feser, o. JA, S. 2

Abbildung 3: Komponenten des Zielsystems im Gesundheitswesen

Quellen: Schneider, 1993, S. 613, Überla, 1982, S. 115ff,  
Hellbrück, 1997, S. 128 und Leu, 1978, S.480

Abbildung 4: Der Prozeß der medizinischen Leistungserstellung

Quelle: Schmidt/Galli, 1998, S. 12

Abbildung 5: Die Elemente eines Honorierungssystems

Quelle: Schulenburg, 1981, S. 268

Abbildung 6: Schematische Darstellung der medizinischen Versorgung mit  
verschiedenen Versicherungsmodellen in der Region X

Quelle: Sommer, 1999, S. 119

Abbildung 7: Idealtypische planwirtschaftliche Organisation des  
Gesundheitswesens

Quelle: Sommer, 1999, S. 177

Abbildung 8: Unterschiede zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung

Quelle: Dickinger, 1999, S. 79

Abbildung 9: Vergleich der Kosten für vertragsärztliche Leistungen / Jahr und  
Versicherten 1993

Quelle: Kubka, 1996, S. 35

Abbildung 10: Vergleich der Arztkontakte bei den OÖ Krankenversicherungsträgern  
im Jahr 1993

Quelle: Kubka, 1996, S. 38

Abbildung 11: Übersicht über Honorarformen

Quelle: Schulenburg, 1981, S. 181

Abbildung 12: Übersicht über die Anreizwirkungen reiner Honorarformen

Quelle: Schulenburg, 1981, S. 265

Abbildung 13: Überblick über gemischt-zweistufige Honorarformen

Quelle: Schulenburg, 1981, S. 183

Abbildung 14: Vergleichsdaten für das deutsche Gesundheitswesen

Quellen: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135,  
ÖSTAT, 1999

Abbildung 15: Zweistufiges Honorierungsverfahren in der BRD

Quelle: Schneider, 1995, S. 78

Abbildung 16: Beispielhafte Darstellung des EBM

Quelle: Bundesverband Deutscher Ärzte für Mund-Kiefer-  
Gesichtschirurgie e.V, 1997

Abbildung 17: Vergleichsdaten für das österreichische Gesundheitswesen

Quellen: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135,  
ÖSTAT, 1999

Abbildung 18: Gegenüberstellung einzelner Unterschiede ASVG/B-KUVG/GSVG und  
BSVG

Quelle: Radner, 1996, S. 129

Abbildung 19: Vergleichsdaten für das französische Gesundheitswesen

Quellen: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135,  
ÖSTAT, 1999

Abbildung 20: Vergleichsdaten für das britische Gesundheitswesen

Quellen: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135,  
ÖSTAT, 1999

Abbildung 21: Vergleichsdaten für das niederländische Gesundheitswesen

Quellen: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135,  
ÖSTAT, 1999

Abbildung 22: Vergleichsdaten für das dänische Gesundheitswesen

Quellen: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135,  
ÖSTAT, 1999

Abbildung 23: Vergleichsdaten für das amerikanische Gesundheitswesen

Quellen: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135,  
ÖSTAT, 1999

Abbildung 24: Vergleichsdaten für das schweizerische Gesundheitswesen

Quellen: Schneider, 1995, S. 91, Schneider, 1998, S. 16 und 135,  
ÖSTAT, 1999

- Abholz, H.-H., 1995a  
Qualitätssicherung im ambulanten Bereich – Zerstörung oder Rettung eines ganzheitlichen Arbeitseinsatzes?, in:  
Deppe, H.-U. (Hrsg.), Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 1995
- Abholz, H.-H., 1995b  
Plädoyer für ein Pauschalsystem, in:  
Soziale Sicherheit, Heft 2, 44. Jg., 1995, S. 47-52
- Alber, J., 1992a  
Bundesrepublik Deutschland, in:  
Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B. (Hrsg.), Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien, Frankfurt/Main 1992
- Alber, J., 1992b  
Frankreich, in:  
Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B. (Hrsg.), Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien, Frankfurt/Main 1992
- Alber, J., 1992c  
Großbritannien, in:  
Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B. (Hrsg.), Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien, Frankfurt/Main 1992
- Altmann, A./Theurl, E., 1992  
Budgetkonsolidierung und Krankenhausreform, in:  
Wirtschaftspolitische Blätter 2/92, 39. Jg., Heft 2, 1992, S. 202-215
- Andrae, C.-A., 1981  
Anmerkungen zum Stellenwert ökonomischer Überlegungen im Gesundheitswesen: dargestellt am Beispiel der Nutzen-Kosten-Analyse, Wiesbaden 1981
- Arnold, M., 1986  
Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt, Stuttgart 1986
- Arrow, J. K., 1963  
Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in:  
The American Economic Review, Vol. 53, Nr. 5, Dezember 1963, S. 941-969
- Badelt, C., 1986  
Anreizstrukturen und institutionelle Innovationen im Gesundheitswesen, in:  
Wirtschaftspolitische Blätter 4/86, 33. Jg., Heft Nr. 4, S. 404 – 414
- Bartling, H., 1983  
Bedürfnis und Bedarf im Gesundheitswesen, in:  
Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1983

- Berenson, R.A., 1991  
 Payment Approaches and the Cost of Care, in:  
 Moreno, J. (Hrsg.), Paying the doctor: health policy and physician reimbursement,  
 Auburn House 1991
- Bernardi-Schenkluhn, B., 1992  
 Politischer Problemdruck und aktuelle Reformstrategien im Vergleich, in:  
 Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B. (Hrsg.), Westeuropäische Gesundheitssysteme im  
 Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien,  
 Frankfurt/Main 1992
- Breyer, F., 1984  
 Moral Hazard und der optimale Krankenversicherungsvertrag, in:  
 Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Heft 140, 1984, S. 288-307
- Breyer, F./Zweifel, P., 1997  
 Gesundheitsökonomie, 2., überarb. und erw. Auflage, Berlin Heidelberg 1997
- Bundesverband Deutscher Ärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie e.V., 1997  
 Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen – Stand 1.7.1997,  
<http://www.mkg-chirurgie.de/mkg-chirurgie/ordnungen/ebm/ebm.htm>
- Crivelli, L., 1993  
 Das Schweizer Gesundheitswesen, in:  
 Wirtschaftspolitische Blätter 6/93, 40. Jg. , Heft Nr. 6, 1993, S. 637 – 649
- Deppe, H.-U., 1995  
 Auswirkungen der europäischen Wirtschaftsintegration auf die Gesundheitspolitik in  
 der Bundesrepublik Deutschland, in:  
 Isenberg, T./Malzahn, J. (Hrsg.), Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten?:  
 Kritische Bewertung aktueller Reformvorstellungen zur gesetzlichen  
 Krankenversicherung, Frankfurt/Main 1995
- Dickinger, G., 1999  
 Vom Krankenversicherer zum Gesundheitssicherer, Linz 1999
- Dinkel, R., 1985  
 Mortalitätsindikatoren und ihre Eignung zur Beurteilung der Effizienz von  
 Gesundheitsmaßnahmen, in:  
 Gäfgen, G. (Hrsg.), Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für  
 Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Neue Folge,  
 Band 159, Berlin 1985
- Eastaugh, S., 1991  
 Financial Methods for Paying the Doctor: Issues and Options, in:  
 Moreno, J. (Hrsg.), Paying the doctor: health policy and physician reimbursement,  
 Auburn House 1991

Eberle, G., 1997

Bleibt uns die soziale Krankenversicherung erhalten? – Von der Bismarck'schen Konzeption zur 3. Stufe der Gesundheitsreform, Sankt Augustin 1997

Feldstein, M. S., 1970

The Rising Price of Physicians' Services, in:

The Review of Economics and Statistics, Vol. 52, Nr. 2, Mai 1970, S. 121 - 133

Feser, C., o. JA

Erste positive Erfahrungen mit Gatekeeper-Modellen in der Schweiz, McKinsey & Company Inc., Zürich, Schweiz

Gäfgen, G., 1980

Leistungsmessung im Gesundheitswesen – ein Beispiel für die Ökonomie des Dienstleistungssektors, in:

Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 25. Jg. , 1980, S. 177 – 196.

Gäfgen, G., 1984

Die optimale Gesundheitsquote: Ein Problem der Verwendungsstruktur des Sozialprodukts, in:

Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Band 35, 1984, S. 282 – 297.

Gäfgen, G., 1990

Gesundheitsökonomie – Grundlagen und Anwendungen, Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd.8, Baden-Baden 1990

Gäfgen, G., 1993

Ethische Fundierung der Gesundheitsökonomie, in:

Wirtschaftspolitische Blätter 6/93, 40. Jg. , Heft Nr. 6, S. 584 – 590.

Gerlinger, T., 1995

Zwischen Verweigerung und Pragmatismus – Honorarpolitik im innerärztlichen Interessenkonflikt, in:

Deppe, H.-U. (Hrsg.), Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 1995

Glaeske, G., 1998a

Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich, in:

Dr. med. Mabuse, <http://www.oeko-net.de/mabuse.zeitschrift/mab114d.htm>

Glaeske, G., 1998b

Strukturverträge und Modellvorhaben – neue Tätigkeitsfelder für die GKV, in:

Wille, E./Albring, M. (Hrsg.), Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 1998

Griesewell, G., 1985

Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in:

von Ferber, Chr. u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen:

Gedenkschrift für Ulrich Geissler, München 1985

- Grillberger, K., 1995  
Der Honoraranspruch des Vertragsarztes, in:  
Strasser, R. (Hrsg.), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung, Wien 1995
- Hellbrück, R., 1997  
Qualität und Ausgaben in der medizinischen Versorgung: von Qualitätssicherung und Kosteneffizienz zu Konkurrenz im Gesundheitswesen?, Volkswirtschaftliche Schriften, Heft Nr. 473, Berlin 1997
- Hemingway, H., 1997  
Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen Englands: Das Vermächtnis Archie Cochrane's, in:  
Abholz, H.-H. u.a. (Hrsg.), Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 27: Gesundheit, Bürokratie, Managed Care, Hamburg 1997
- Henke, K-D., 1985  
Gesundheitsausgaben in der Bundesrepublik Deutschland: Ein zu hoher Preis für die Gesundheitsversorgung?, in:  
von Ferber, Chr. u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen: Gedenkschrift für Ulrich Geissler, München 1985
- Herder-Dornreich, P., 1983  
Gesetzliche Krankenversicherung heute: Erfahrungen aus der Kostenexplosion und Steuerungsaufgaben in den 80er Jahren, Köln 1983
- Hofmann, U., 1995  
Kopfpauschalen in der ambulanten Versorgung: Erfahrungen in England, den Niederlanden und Dänemark, in:  
Soziale Sicherheit, Heft 2, 44. Jg., 1995, S. 53-57
- Hofmarcher, M., 1999  
Cross-Section Analysis of Health Spending with Special Regard to Trends in Austria, Institut für Höhere Studien (Hrsg.), Wien 1999
- Holland, W./Breeze, E., 1985  
Inanspruchnahme ärztlicher Dienste in Großbritannien, in:  
von Ferber, Chr. u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen: Gedenkschrift für Ulrich Geissler, München 1985
- Ivansits, H./Streissler, A., 1999  
Das österreichische Gesundheitswesen – Eine ökonomische Analyse aus interessenpolitischer Sicht, Wirtschaftswissenschaftliche Abteilung der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien (Hrsg.), Wien 1999
- Karsch, C., 1993  
Die Nachfrage nach Gesundheit, in:  
Wirtschaftspolitische Blätter 6/93, 40. Jg., Heft Nr. 6, 1993, S. 578 – 584

Knappe, E./Fritz, W., 1985  
Direktbeteiligung der Patienten: Auswirkungen eines absoluten Selbstbehalts, in:  
Gäfgen, G. (Hrsg.), Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für  
Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Neue Folge,  
Band 159, Berlin 1985

Knappe, E./Leu, R./Schulenburg, J.-M. Graf von der, 1988  
Der Indemnitätsstarif, Berlin 1988

Knieps, F., 1995  
Das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK: Ein Beispiel für neue  
Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in:  
Isenberg, T./Malzahn, J. (Hrsg.), Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten?:  
Kritische Bewertung aktueller Reformvorstellungen zur gesetzlichen  
Krankenversicherung, Frankfurt/Main 1995

Konitzer, M., u.a., 1998  
Primärmedizin in Großbritannien, in:  
ZFA, Heft 74, S. 1027-1030, Stuttgart 1998

Kraft, K./Schulenburg, J.-M. Graf von der, 1986  
Co-insurance and Supplier-induced Demand in Medical Care: What do we have to  
Expect as the Physician's Response to Increased Out-of-pocket Payments?, in:  
Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Heft 142, 1986, S. 360-379.

Krauth, C./Schwartz, F. u.a., 1997  
Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten Versorgung,  
Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Abteilung  
Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische  
Hochschule Hannover, <http://www.epi.mh-hannover.de/gruene.htm>

Krejci, H., 1992  
Kassenärzte: Honorarordnungen rechts- und sittenwidrig?, Wien 1992

Kubka, G., 1996  
Der Zusammenhang zwischen Ärztehonorierung und Hospitalisierung, in:  
Flemmich, G. (Hrsg.), Deregulierung, EU und Gesundheitswesen, Wien 1996

Kühn, H., 1995  
Gesundheitspolitik ohne Ziel: Zum sozialen Gehalt der Wettbewerbskonzepte in der  
Reformdebatte, in:  
Deppe, H.-U. (Hrsg.), Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen,  
Frankfurt/New York 1995

Kühn, H., 1997  
Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter  
Versorgung am Beispiel USA, in:  
Abholz, H.-H. u.a. (Hrsg.), Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 27: Gesundheit,  
Bürokratie, Managed Care, Hamburg 1997

Leu, R., 1978

Ansätze zur empirischen Messung der relativen Effizienz im Gesundheitswesen, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, 114. Jg., 1978, S. 479-503

Lichte, T. u.a., 1998

Die Allgemeinmedizin in Dänemark, in: ZFA, Heft 74, S. 1031-1033, Stuttgart 1998

Lübbert, J., 1985

Die Diskussion um die Neugestaltung der Sicherung im Krankheitsfall in den USA – Grundlagen und Bestimmungsfaktoren der bestehenden Situation, in: von Ferber, Chr. u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen: Gedenkschrift für Ulrich Geissler, München 1985

Luft, H., 1994

Health Maintenance Organizations: Is the United States Experience applicable elsewhere?, in: OECD (Hrsg.), Health: Policy Studies No. 4, Paris 1994

Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft (Hrsg.), 1990

Alternative Formen der Selbstbeteiligung, Bonn 1990

Metze, I., 1982

Gesundheitspolitik: Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart 1982

Metze, I., 1985

Honorierung der Ärzte und Effizienz der Behandlung, in: von Ferber, Chr. u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen: Gedenkschrift für Ulrich Geissler, München 1985

Mildenstein, K. u.a., 1998

Das niederländische Primärarztsystem, in: ZFA, Heft 74, S. 1022-1026, Stuttgart 1998

Münnich, F., 1986

Gesundheitsökonomik, in: Wirtschaftspolitische Blätter 4/86, 33. Jg., Heft 4, 1986, S. 388-395

Munte, A., 1997

Neues Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte (Teil 1), Herz 22, S. 117 – 122, [http://www.bnk.de/herz/herzdeu/herz97\\_2d/verguet1.htm](http://www.bnk.de/herz/herzdeu/herz97_2d/verguet1.htm)

Neudeck, W., 1988

Zur ökonomischen Analyse der österreichischen Krankenversicherung: Marktversagen und Arzthonorierung, in: Holzmann, R. (Hrsg.), Ökonomische Analyse der Sozialversicherung: Ergebnisse für Österreich, Schriftenreihe des Ludwig Boltzmann-Instituts für ökonomische Analysen wirtschaftspolitischer Aktivitäten, Wien 1988

Neudeck, W., 1993  
Deregulierung im Gesundheitswesen, in:  
Wirtschaftspolitische Blätter 6/93, 40. Jg., Heft Nr. 6, 1993, S. 591 – 601

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt), 1999  
Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1997 – Beiträge zur österreichischen Statistik,  
Heft 1299, Wien 1999

o.V., 1995  
Selbstbehalt in der sozialen KV, in:  
Gesundheit aktuell, OÖGKK, 2a/1995

Pauly, M.V., 1992  
Paying physicians: options for controlling cost, volume, and intensity of services, Ann  
Arbor 1992

Pearson, S./Sabin, J./Emanuel, E., 1998  
Ethical Guidelines for Physician Compensation based on Capitation, in:  
The New England Journal of Medicine, Vol. 339, Nr. 10, 3.9.1998, S. 689-693

Peet, J., 1991  
Some ABCs of mediconomics, in:  
The Economist, 6.7.1991, S. 5

Peters, N., 1998  
Krankenversicherungssysteme im Ausland (I): Instrumente der Kostensteuerung, in:  
Versicherungswirtschaft, 53. Jg., 1998, S. 100-102

Pfaff, M., /Nagel, F., 1995  
Vergütungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung: Ein Überblick über  
Honorierungsmodelle und ihre Steuerungswirkungen, in:  
Soziale Sicherheit, Heft 2, 44. Jg., 1995, S. 41-46

Pieper, C., 1999  
Kopfpauschale statt Capitation – US-Ärzten drohen deutsche Probleme, in:  
Ärzte Zeitung, 9.2.1999 <http://www2.aerztezeitung.de/de/htm/gp/usa/024a0902.htm>

Popp, E., 1997  
Manage-Care und die Gesetzliche Krankenversicherung, in:  
Schulenburg, J.-M. Graf von der, (Hrsg.), Allokation der Ressourcen bei Sicherheit  
und Unsicherheit: Festschrift für Professor D. Leonhard Männer, Baden-Baden 1997

Potthoff, P., 1983  
Anwendungsmöglichkeiten medizinischer Erfolgsmessung, in:  
Medizin-Mensch-Gesellschaft, Heft 1, 1983, S. 10 – 17

Radner, A., 1996  
Sozialversicherungsrecht – kurz gefaßt: Übersicht in Schaubildern und Grafiken über  
ASVG – B-KUVG – GSVG – FSVG und BSVG, 2. aktualisierte und erw. Auflage,  
Linz, 1996

Reinhardt, U.W., 1985

Honorierungssysteme in anderen Ländern – Internationaler Vergleich, in:  
von Ferber, Chr. u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen:  
Gedenkschrift für Ulrich Geissler, München 1985

Reintjes, R./Reiche, R./Wenk-Lang, A., 1997

Das Gesundheitssystem: Der Markt und/oder staatliche Steuerung, in:  
Jahrbuch für kritische Medizin, Band 27: Gesundheit, Bürokratie, Managed Care,  
Hamurg 1997

Sandier, S., 1985

Honorierungssystem in Frankreich, in:  
von Ferber, Chr. u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen:  
Gedenkschrift für Ulrich Geissler, München 1985

Schmid, H., 1987

Finanzielle Anreize und fehlender Markt im Gesundheitswesen: Ein Schweizer  
Modell, Stuttgart 1987

Schmidt, S./Galli, H., 1998

Prozessorientierte Strategieschöpfung im Gesundheitswesen, in:  
Schmidt, S./Galli, H. (Hrsg.), Neuorientierung im Gesundheitswesen: innovative  
Strategien zur Verbesserung des Gesamtleistungsprozesses, Wiesbaden 1998

Schneider F., 1993

Anreizorientierte Systeme im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung  
des stationären Sektors, in:  
Wirtschaftspolitische Blätter 6/93, 40. Jg. , Heft Nr. 6, 1993, S. 613 – 620

Schneider, M. u.a. (Hrsg.), 1995

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1994, Augsburg 1995

Schneider, M. u.a. (Hrsg.), 1998

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998

Schulenburg, J.-M. Graf von der, 1981

Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen,  
Tübingen 1981

Schulenburg, J.-M. Graf von der, 1984

Möglichkeiten und Probleme der Steuerung der Nachfrage nach  
Gesundheitsleistungen, in:  
Medizin-Mensch-Gesellschaft, Heft 4, 1984, S. 251 – 259

Schwartz, F.-W./Busse, R., 1995

Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen, in:  
Isenberg, T./Malzahn, J. (Hrsg.), Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten?:  
Kritische Bewertung aktueller Reformvorstellungen zur gesetzlichen  
Krankenversicherung, Frankfurt/Main 1995

Siegrist, J., 1995  
Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland, in:  
Isenberg, T./Malzahn, J. (Hrsg.), Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten?: Kritische Bewertung aktueller Reformvorstellungen zur gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt/Main 1995

Sommer, J., 1999  
Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt, Stuttgart 1999

Steinmaßl-Wirrer, M., 1999  
Der Hausarzt als Schleusenwärter, in:  
ÄrzteWoche, 13. Jg., Ausgabe Nr. 24, 23.6.1999, S. 10

Theurl, E., 1993  
Ärztlichonierung und optimale medizinische Versorgung, in:  
Wirtschaftspolitische Blätter 6/93, 40. Jg., Heft Nr. 6, 1993, S. 602 – 612

Thiemeyer, T., 1985  
Honorierungsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland (Ärzteeinkommen, Steuerungsprobleme usw.), in:  
von Ferber, Chr. u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen: Gedenkschrift für Ulrich Geissler, München 1985

Überla, K., 1982  
Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsbeeinflussung in der Medizin, in:  
Medizin-Mensch-Gesellschaft, Heft 7, 1982, S. 115 – 121

Verdross, H., 1988  
Effizienz und Effektivität am Beispiel Medizinischer Diagnostik, in:  
Berner, P./Zapotoczky, K. (Hrsg.), Gesellschaft & Gesundheit: zur Diskussion neuer Wege im Gesundheitswesen, Linz 1988

Wieland, K., 1988  
Ökonomische Aspekte einer ärztlichen Ethik, München 1988

World Health Organisation, 1958  
Annex I, Constitution of the World Health Organisation