Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD

Von

Anton Burghardt

Ingolf Metze, Theo Thiemeyer

Herausgegeben von Heinz Lampert

DUNCKER & HUMBLOT / BERLIN

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Schriften des Vereins für Socialpolitik

Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Neue Folge Band 82

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

SCHRIFTEN DES VEREINS FÜR SOCIALPOLITIK
Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Neue Folge Band 82

Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD

DUNCKER & HUMBLOT / BERLIN

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD

Von

Anton Burghardt

Ingolf Metze, Theo Thiemeyer

Herausgegeben von Heinz Lampert

DUNCKER & HUMBLOT / BERLIN

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Alle Rechte vorbehalten
© 1975 Duncker & Humblot, Berlin 41
Gedruckt 1975 bei Berliner Buchdruckerei Union GmbH., Berlin 61
Printed in Germany

ISBN 3 428 03464 3

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Vorwort

Der Ausschuß für Sozialpolitik hat auf seinen Tagungen in Wien im September 1973 und in Hamburg im September 1974 — neben Problemen der Arbeitsmarktpolitik — einige zentrale Fragen der Gesundheitspolitik diskutiert. Im Mittelpunkt dieser Diskussionen standen erstens soziologische Aspekte der Krankheit, zweitens die Arzthonorare und ihre Reform und drittens die Krankenhausfinanzierung.

Der Aufgabe, soziologische Aspekte der Phänomene „Krankheit" und „Gesundheit" zu verdeutlichen, hat sich dankenswerterweise Anton Burghardt unterzogen. In seinem Referat „Die Krankheit als soziologisches Phänomen" hat er die Inhalte der Begriffe „Krankheit" und „Gesundheit" aus medizinischer, sozialpolitischer und rechtlicher Sicht analysiert, Krankheit als soziales Phänomen, d. h. in ihrer Verhaltens- und Umweltbedingtheit, dargestellt, einen Überblick über Interpretationen der Krankheit als Anomie, d. h. als sozial diskriminierte Abweichungen von der Norm, gegeben, krankheitsbedingte Rollen wie die des Patienten, des Arztes und des Krankenhauspersonals durchleuchtet und schließlich Krankheit auch als Gewinnchance behandelt.

Einer der heikelsten Fragen des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik, die ebenso wie der Problemkreis der Arzneimittelmärkte nicht länger einer rationalen, umfassenden ökonomischen Analyse entzogen bleiben sollte, hat sich Ingolf Metze in seinem materialreichen Aufsatz „Probleme der Ärztehonorierung und ihre Reform" angenommen. Metze zeigt zunächst wesentliche Bestimmungsfaktoren des ärztlichen Einkommens auf, vergleicht die Einkommen der niedergelassenen Ärzte mit denen anderer Erwerbstätiger und geht nach einer Analyse der Ursachen hoher ärztlicher Einkommen auf beachtenswerte Möglichkeiten zur Dämpfung des Preisanstiegs für ärztliche Leistungen ein.

Theo Thiemeyer hat das 1972 verabschiedete Krankenhausfinanzierungsgesetz zum Anlaß genommen, um grundsätzliche Fragen der Krankenhausfinanzierung zu untersuchen. Er versucht in seiner Analyse u. a. Gesichtspunkte für eine „optimale" Finanzierung der Krankenhäuser zu gewinnen. Er fragt insbesondere nach dem Einfluß der Finanzierungsverfahren auf die Nachfrage nach und auf das Angebot an Krankenhausleistungen und behandelt verteilungspolitische Aspekte alternativer Fi-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

nanzierungsverfahren. Angesichts der anhaltenden „Kostenexplosion" im Gesundheitswesen der Bundesrepublik kommt der Arbeit von Thiemeyer hohe Aktualität zu.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, den Autoren für ihre Ausarbeitungen im Namen aller Mitglieder des Ausschusses zu danken. Herrn Dietrich Schönwitz, wiss. Assistent am Institut für Volkswirtschaftslehre an der Universität Augsburg, danke ich im Namen des Ausschusses für Sozialpolitik für seine Hilfe bei der Herausgabe dieser Schrift.

Heinz Lampert, Augsburg

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Inhaltsverzeichnis

Die Krankheit als soziologisches Phänomen
Von *Anton Burghardt*, Wien 9

Probleme der Ärztehonorierung und ihre Reform
Von *Ingolf Metze*, Münster 29

Krankenhausfinanzierung
Von *Theo Thiemeyer*, Bochum 95

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Krankheit als soziologisches Phänomen

Von *Anton Burghardt,* Wien

„Wenn der gesunde Mensch eine soziale Erscheinung ist, dann ist es auch der Kranke"
(Robert Musil, in:
Der Mann ohne Eigenschaften)

I. Relevanter Begriffskatalog

1. Krankheitsbegriff

1.1 Laienbegriff

Laien, d. s. im gegebenen Fall Personen ohne medizinisch-fachliche Kompetenz, diagnostizieren ihre eigene Krankheit oder die anderer Personen im Sinn eines überwiegend intersubjektiv angenommenen Krankheitsverständnisses, das in einem wachsenden Umfang kognitiv begründet, jedoch im Kern auch sozial kodeterminiert ist. Jede von Laien gestellte Krankheitsdiagnose über ein Kranksein ist milieugebunden und reicht von einer Bagatellisierung bis zur Hypersensibilisierung[1]. „Die Basis für die Klassifikation eines Zustandes als ‚krank' ist für den Laien ein hypothetischer Normal (‚Gleichgewichts'-)zustand"[2], gleichsam das Normale[3]. Die Abweichung vom Normalen ist jedoch für sich allein noch nicht logisch und sachlich als Krankheit zu klassifizieren, da etwa auch das Pathologische zuweilen normal und andererseits eine andauernde Gesundheit anormal sein kann (wenn nicht eine Anomie, also von Regeln abweichend).

Für jenes Phänomen, das man als Krankheit kennzeichnet, gibt es ein Aggregat von aufeinander keineswegs abgestimmten Nominal- und Realbegriffen, wozu noch kommt, daß es jeweils erforderlich ist, die Krankheit von dem abzugrenzen, was unter Gesundheit verstanden wird, falls man nicht bereit ist anzunehmen, daß Kranksein zur „normalen Gesundheit" gehört[4].

---

[1] *F. Keiter,* Art. „Medizinsoziologie". In: Hwb. der Sozialwissenschaften.
[2] *G. Ganguilhem,* Das Normale und das Pathologische, München 1974, S. 20.
[3] Ebd., S. 90 ff.
[4] *A. J. Ziegler,* Gesundheit als Heiligtum? In: NZZ vom 14. 7. 1974, S. 33.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die gegenwärtig gewichigste Determinante für die Bildung des Krankheitsverständnisses der Laien sind die in den Bestimmungen der obligatorischen Krankenversicherung angelegten Rechte und Pflichten der Versicherten, die auch Fast-Krankheiten und bedingt den Anspruch auf Krankheitsverhütung einschließen.

Durch die von der gesetzlichen Sozialversicherung gebotenen Chancen, die heute einen wesentlichen Teil des Komplexes der öffentlichen Güter bilden, ist die ehedem vorhanden gewesene negative Korrelation der persönlich vom Erkrankten oder seiner Familie zu tragenden Kosten und der Inanspruchnahme kurativer Dienste in ihrer Bedeutung weitgehend vermindert worden. Zwischen Einkommenshöhe und Häufigkeit des Arztbesuches wirken dagegen einkommensneutrale intervenierende Variable. In London besuchen bei Erkrankung 37 % der Versicherten keinen Arzt, obwohl die Inanspruchnahme ärztlicher Dienste kostenlos ist. Vor Einführung des Nulltarifes in der ärztlichen Betreuung waren es freilich 43 % gewesen[5]. Daher kann man trotz einer Selbstdiagnose auf ein Kranksein und einem Nulltarif von einem defizitären Krankenverhalten sprechen, das u. a. mit der Abneigung von Kranken gegen die langen Wartezeiten bei Kassenärzten begründet wird. Das Spürbarwerden (Erkennen) einer Krankheit beim Individuum (Laien) und die Behandlungsneigung des Erkrankten ist daher nicht allein kognitiv, sondern auch soziokulturell und durch Mentalitäten bestimmt; sie stellt vielfach einen Ausweis raumzeitlich eingebundener Sozialisationsformen dar.

1.2 Ärztlicher Krankheitsbegriff

Der ärztlich-kompetente Krankheitsbegriff ist das Ergebnis einer sachlichen Diagnose, d. i. die Subsummation eines an einem Individuum als „krank" klassifizierten signifikanten und manifesten Symptombildes unter das jeweilige, taxonomisch geordnete medizinische Wissenssystem[6]. Dadurch steht die ärztliche Diagnose der Krankheit in einer komplementären, kognitiv begründeten Beziehung zu dem ungleich schwieriger zu formulierenden Begriff der Gesundheit[7], die von der Weltgesundheitsorganisation als Zustand eines vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens verstanden wird und keineswegs als Nicht-Krankheit, d. h. lediglich als Fehlen von Leiden oder Schwächen. Zwischen einem ärztlich deklarierten Kranksein und der Gesundheit liegt ein nicht zu definierender Bereich von Zuständen, einschließlich der nicht erkennbaren oder der vom Kranken unterdrückten Krankheiten, die

[5] *J. Siegrist,* Lehrbuch der medizinischen Soziologie, München - Berlin - Wien 1974, S. 91.

[6] Ebd., S. 114.

[7] s. *J. Kosa / A. Antonowsky,* Poverty and Health, Cambridge/Mass. 1969, S. 36.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

etwa die Folge der Angst eines (meist älteren) Arbeitnehmers sein können, wegen einer Krankheit (z. B. im Sinn des sog. Altersdefizitmodells) gekündigt oder am erwarteten Aufstieg gehindert zu werden. Andererseits ist durch den restriktiven Gesundheitsbegriff, von dem die Weltgesundheitsorganisation ausgeht, gegengleich der Rahmen dessen, was man als Krankheit versteht, erheblich erweitert worden.

1.3 Sozialpolitischer Aspekt

Die Normen der modernen Sozialpolitik legen (ähnlich der mittelalterlichen Almosenlehre) ein Recht auf Kranksein, besser eine Option auf Gesundheit fest, verbunden mit der rechtlich durchsetzbaren Zusicherung auf Tragung der Kosten einer Krankheit durch die Parafisci. Wegen des je soziales System spezifischen normativen Bezugssystems sind die sozialpolitischen Interpretationen der Krankheit und die korrelierenden Maßnahmen systemimmanent. Das gilt auch für die Auslegung der spezifischen Normen durch die Begünstigten, die u. U. im Sinn von mentalitätsbegründeten Vorstellungen davon ausgehen, daß, ähnlich wie beim Urlaub, je Jahr eine bestimmte Anzahl von Krankheitstagen „konsumiert" werden darf.

Der sozialpolitische Aspekt bei Festlegung des Krankheitsbegriffes ist im allgemeinen sowohl ein kurativer Leistungsaspekt im Sinn normativer Wohlfahrtsvorstellungen als auch ein gegenläufiger Kostenaspekt. Die Krankheitsdefinition der Sozialversicherung ist daher eine Synthese von medizinisch-kognitiven Sätzen und einer juristisch-fiskalisch begründeten Bedachtnahme auf Kostenminimierung, die um so größeres Gewicht hat, je höher die Quote der Population eines sozialen Systems ist, welche von der sozialen Krankenversicherung erfaßt ist (1974: BRD ca. 90 %, Österreich 97 %). Aus diesem Grund besteht auch eine Abhängigkeit der jeweiligen sozialversicherungsrechtlichen und anspruchsbegründenden Krankheitsdefinition von der Höhe der für die Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung disponiblen Fonds (bedingt: dem BNP) bzw. von der Definition jener (Standard-) Risiken, die unter den Versicherungsschutz der Träger der Sozialpolitik genommen werden. Erfahrungen lehren jedenfalls, daß sowohl die spontan als auch die obligatorisch Versicherten häufiger einen Unfall erleiden oder eine Krankheit haben, die einen Arztbesuch erforderlich macht als Nichtversicherte (= subjektives Risiko, moral hazard).

Gleichzeitig werden aus praxeologischen Gründen alle mit einer Krankheit korrelierenden Risiken (Behandlungsbedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft) auf das Risiko der Krankheit zurückgeführt (Grundsatz der Einheit des Versicherungsfalles). Gegenüber einer Krankheit im allgemeinen Sinn legt eine Krankheit nach den spezifischen Be-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

stimmungen der Pflichtkrankenversicherung die Notwendigkeit einer kostenden Behandlung zu Lasten der jeweiligen Institution der Sozialversicherung fest[8].

Besondere Probleme im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung sind u. a.

1.3.1 die Fragen um die chronischen („unheilbaren") Krankheiten, d. h. um die gleichsam am Sterben gehinderten Erkrankten[9] (z. B. schweres Asthma, chron. Bronchitis), deren Kostenrelevanz einen hohen Rang hat, weshalb die vielfach praktizierte soziale Exklusion von chronisch Kranken im Bereich primitiver Gesellschaften den Charakter einer latenten Funktion zu haben scheint, um irreversible Kosten zu vermeiden.

Die Quote der chronisch Kranken in der Population wächst permanent, nicht allein wegen der das Überleben fördernden Fortschritte der Medizin, sondern vor allem, weil die Quote der älteren Menschen, also jener Altersschichte, die aus der Natur der Sache für Krankheiten relativ anfällig ist, noch immer ansteigt. Morbidität und Altersschichte korrelieren jedenfalls positiv.

1.3.2 Ebenso bedeutsam ist — angesichts struktureller Vollbeschäftigung in einzelnen Regionen — das Problem der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder zumindest eines Restes an Arbeitsfähigkeit[10]. Auf diese Weise ergänzt die Sozialpolitik die seinerzeit nur-kurativ bestimmt gewesene spontane karitative Kranken-Pflege.

1.3.3 Eindeutig wird die den medizinischen Bereich übergreifende gesellschaftspolitische Orientierung der Sozialversicherung im Rahmen der Rehabilitation sichtbar. Diese geht von einer Funktionsdiagnose aus und stellt einen Komplex von medizinischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen dar, welche bei Mitbestimmung des Kranken (Geschädigten) und seiner aktiven Mitwirkung auf eine zumindest teilweise Wiederherstellung der (einer) beruflichen Arbeitskapazität zielen. Das Ziel einer u. a. an bestimmten Berufsbildern orientierten Sanierung von Krankheits (Unfalls-)folgen im Zusammenhang mit einer funktionellen Wiederertüchtigung und einer angemessenen beruflichen (Wieder-) Eingliederung ist überdies die Sicherung einer sozialen Rezeption des Kranken[11].

---

[8] *v. Weizsäcker,* Soziale Krankheit und soziale Gesundheit, Göttingen 1955, S. 7; vgl. RVA 2140, in: Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamtes 1916, München 1916, S. 241.

[9] *R. S. Mach,* Das Problem der chronischen Krankheiten. In: NZZ vom 19./20. 10. 1974, S. 31.

[10] *W. Auerswald,* Arbeitsphysiologische Kriterien bei der Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. In: Das Recht der Arbeit, Wien 3/4/1973, S. 123 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1.3.4 Ein wesentliches und kostengewichtiges Phänomen in der gesetzlichen Krankenversicherung (ebenso für die Volkswirtschaft) ist der Krankenstand von Arbeitnehmern geworden. Gemeint ist, daß vom zuständigen Arzt eine individuelle Krankheitsdefinition derart formuliert wird, daß der Erkrankte für sich das Recht ableiten kann, seinen Arbeitsverpflichtungen für eine bestimmbare Dauer nicht nachkommen zu müssen. Gleichzeitig besteht nun Anspruch auf eine partielle, wenn nicht eine totale Abgeltung des Einkommensentganges in Form einer Lohnfortzahlung. Diese ist jedoch nicht allein vom Inhalt der gegebenen Diagnose abhängig und dadurch bedingt objektiv bestimmt, sondern auch beeinflußt

— von der sozialen Position (dem innerbetrieblichen Rang)des Erkrankten,
— von der konjunkturellen Situation, vor allem soweit diese auf dem in Frage kommenden Teilarbeitsmarkt sichtbar ist[12], und
— vom Gesetzgeber, der die unter Entlohnungspflicht fallenden Toleranzgrenzen der Absenz festlegt sowie
— davon, wie weit das Milieu (meist: Vorgesetzte) die Krankheit als negative Deviation klassifizieren.
— Im Zusammenhang mit der Frage der Krankheitsdauer spielt das Problem des Absentismus bei Lohnfortzahlung eine Rolle, das mit Krankheit begründete Fernbleiben der Arbeitnehmer vom Arbeitsplatz, welches mit einer offenkundig (aber nicht beweisbar) vorgetäuschten Krankheit gerechtfertigt wird und oft Anzeiger des sog. „Betriebsklimas“ sein kann, zu dessen dominanten Indikatoren die Absentismusquote zählt. Die Krankerklärung durch den Arbeitnehmer ist in diesem Fall eine Ausweichaktion.
— Auch das sog. „Gesundschreiben“ von Arbeitnehmern durch die zuständigen Ärzte erfolgt nicht stets auf Basis einer sachlich konsistenten Diagnose, sondern zuweilen im Rahmen von besonderen Arrangements der Ärzte mit dem Betriebsrat.

1.3.5 Ein offenes Problem sind derzeit jene Krankheitsdefinitionen, die nur-juristisch begründet sind[13].

— Die Medizin stellt Krankheiten, die Leistungsverpflichtungen von Dritten (z. B. von Sozialversicherungsträgern) zur Folge haben, im Sinn einer haftungsausfüllenden Kausalität (subjektive Folgenquali-

---

[11] Vgl. Europäische Sozialcharta, Teil II, Art. 15, wgg. in Gesellschaft und Politik, Wien 3/1973, S. 17 (für Österreich innerstaatliches Recht gem. BGBl. 460/1969).

[12] s. FAZ vom 11. 9. 1973.

[13] *H. Barta,* Keine juristische ohne medizinische Kausalität bei Krankheit und Unfall. In: Z. f. Arbeitsrecht und Sozialrecht, Wien 3/1974, S. 83 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

fikation) und auf diese Weise den wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen einem als schädigend angesehenen Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung fest.

— Die korrespondierende Rechtsprechung geht dagegen von einer haftungsbegründenden Kausalität aus und untersucht diese formell bzw. vom Prinzip her nicht medizinisch, sondern juristisch-normativ. Dabei kann es u. U. zu einem Konflikt zwischen den beiden Definitionen kommen, von denen die zweitangeführte mit wirtschaftlichen (makroökonomischen) Folgewirkungen verbunden ist, vor allem, wenn die Rechtsprechung sich von der medizinischen Diagnose völlig löst und z. B. eine medizinisch festgestellte Nicht-Krankheit (Schwangerschaft) als Krankheit erklärt; und umgekehrt.

2. Bedingte Krankheiten im Sinn der Sozialversicherung

2.1 Körperliche Mängel

In manchen Regionen gewinnen im Sinn von gesellschaftlichen Vorstellungen festgestellte körperliche Mängel den Charakter einer krankheitsähnlichen Anomie und werden bedingt auch in Versicherungsschutz genommen (kosmetische Operationen bei Arbeitnehmern im Verkaufsdienst).

2.2 Das Lebensalter als Krankheit

Das Alt-Werden im Sinn einer Annäherung des durchschnittlichen Lebensalters an dessen biologisch erkennbaren Plafond ist heute zu einer allgemeinen Chance der Menschen in sog. zivilisierten Regionen geworden. Die Tatsache, daß eine relativ hohe Quote der Population „alt" (z. B. im Sinn der Bestimmungen für den Beginn des normalen Rentenbezuges) ist, hat dazu geführt, daß die Alters-Erscheinungen, vor allem in Form von chronischen Erkrankungen, zu einer Massen-Erscheinung geworden sind. Die Entwicklung der altersbedingten Verschleißerkrankungen korreliert jedenfalls positiv mit dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung und erhöht die Krankheitsfrequenz der jeweiligen Population[14].

Das Alt-Sein an sich ist jedoch keine Krankheit, sondern etwa nach den Vorstellungen der Geriatrie eine negative Abweichung des Gesundheitszustandes von alten Menschen gegenüber dem Gesundheitszustand von Nicht-Alten, welcher der Charakter einer Quasikrankheit beigemessen wird. Vielfach besteht auch eine systemimmanente Interdependenz zwischen einem (hohen) Alter und der sozialen Exklusion, die über Regression und eine nicht selten egozentrische Verengung des Gesichtsfel-

[14] *F. Naschold,* Kassenärzte und Krankenversicherung, Freiburg 1967, S. 41.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

des u. U. bis zu einer krankheitsbegründenden sozialen Liquidation führen kann.

3. Der Tod in der Zivilisation

3.1 Der Tod als sozialer Störfaktor

In der sog. modernen Gesellschaft hat das Sterben als Folge einer Erkrankung zuweilen einen Nullcharakter[15]; es ist vom Standpunkt der vor allem an ihrer ökonomischen und biologischen Reproduktion orientierten Gesellschaft für viele ein störendes Intermezzo, das man aus der Öffentlichkeit zu verdrängen sucht. Nur 5 % von untersuchten Kindern werden vom Tod eines ihnen nahestehenden Menschen betroffen, da das Sterben in der Phase der Nur-Primär-Sozialisation noch keinen angemessenen Ort hat[16]. In jenen Zonen, in denen die Mortalitätsrate stark gesunken ist und der Kontakt zwischen der Generation der Alten und den anderen Generationen sich stark verringert hat, wird der Sterbende zu einer sozialmarginalen Figur, zu einer Un-Person, die man nur deswegen noch wie einen Kranken behandelt, weil dies Konventionen (der „Angehörigenrolle") entspricht. „Bestenfalls" wird ihm ein Recht auf Sterben nach seinem Willen zugestanden: les yeux ouverts (d'Aragon)[17].

Im Rahmen eines Entfunktionalisierungsprozesses der Familie gibt diese vielfach den Sterbenden selbst an Institutionen ab, die im Auftrag der Gesellschaft unpersönliche „Sterbehilfe" leisten. Lediglich in Bestattungsriten wird noch angedeutet, daß der zu „Verabschiedende" im Sinn von Kontinuitätsvorstellungen (früher: Geschlechterfolge) in einer sozialen Beziehung zur („hinterbliebenen") Gesellschaft gestanden hatte.

3.2 Euthanasie

Wenn eine Gesellschaft durch ihre gesetzgebenden Organe die Ansicht vertritt, daß Leben ab einem bestimmten Stadium einer Krankheit nicht mehr ein (zu schützendes) Rechtsgut, sondern „lebensunwert" ist, gestattet sie entweder

— das Sterben-Lassen in der Art, daß der Ablauf der Krankheit bis zum Ableben nicht verzögert, sondern u. U. beschleunigt wird, wenn sie nicht sogar

— ärztliche Maßnahmen legitimiert, die bei Vorhandensein einer entsprechenden Krankheitsdiagnose oder einer drastischen sozialen Anomie bewußt auf die Tötung eines Individuums zielen. Graduell kaum

---

[15] *J. Siegrist,* a.a.O., S. 152.

[16] *Aloys Hahn,* zit. bei G. Stiefer, vgl. Fußn. 19.

[17] s. *R. Garaudy,* Sur le droit à la mort. In: Le Figaro, Paris, vom 9. 7. 1974, S. 8.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

von der ärztlich-bewußten Tötung in Einzelfällen unterschieden sind die nach dem Weltkrieg II scheinbar lediglich unter politischen und nicht (wie man mit Recht vermuten konnte) unter humanitären Gesichtspunkten verurteilten Versuche am lebenden Menschen: Nach „Soviet Weekly"[18] schlägt ein Dr. Vladimir Demikov (Experimentalchirurg) vor, bestimmte menschliche Organe für die Transplantationschirurgie in bewußtlosen Menschen, deren Körper noch normal funktioniert, zu speichern. Der als „Bank" dienende „Noch-Lebende" hätte die Aufgabe, für Dritte ihm „aufgepflanzte" Organe abrufbereit zu konservieren.

— In diesem Zusammenhang wird auch die Hypothese eines „Rechtes auf den eigenen Tod", hinter der handgreifliche, auf eine Minimierung von Krankheitskosten (im weitesten Sinn) zielende Intentionen stehen, erörtert, ebenso die Frage, ob es human ist, Sterbende als „Vitalkonserven" in einem Zustand zu stabilisieren, den man kaum noch als Leben kennzeichnen kann[19].

II. Die Krankheit als soziales Phänomen

1. Epidemiologie

Mittels der Epidemiologie als einer Lehre von der Beziehung zwischen einer Krankheit und der Umwelt von Erkrankten (Humanökologie)[20] wird versucht, die Häufigkeit bzw. die Verbreitung von Krankheiten auf die Abhängigkeit von soziokulturellen Variablen zurückzuführen. Vor allem ist die Behandlungsneigung der Erkrankten und ihrer Angehörigen erkennbar eine soziale Variable, bedeutet doch das Krank-Sein in vielen sozialen Systemen oder Subsystemen einen Prestigeverlust oder einen Prestigegewinn des Erkrankten. Die Erkenntnisse der Epidemiologie machen offenkundig, daß die Krankheiten nicht allein endogen, sondern u. a. auch durch exogene, im jeweils relevanten Milieu lokalisierte Faktoren mitbestimmt sind. Die auch im Sinn einer Art Krankheitsgeographie angelegte Epidemiologie vermag u. a. das Entstehen von bestimmten Krankheiten auf lokal angesiedelte Variable zurückzuführen, etwa auf eine unterproportional geringe Ärztedichte, wie dies bei einer Untersuchung über die regionale Verbreitung der Virushepatitis festgestellt wurde[21].

---

[18] Wgg. bei *Th. Roszak,* Gegenkultur, München 1973, S. 402.

[19] *G. Stiefer,* Sterben und Tod im Bewußtsein der Gegenwart. In: Herderkorrespondenz 11/1973.

[20] *M. Pflanz,* Sozialkulturelle, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krankheit. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft (Hrsg. A. Mitscherlich), Köln - Berlin 1967, S. 369.

[21] *O. Hartl,* Zur Epidemiologie der Virushepatitis. In: Österr. Ärztezeitung, Wien 21/1973, S. 129 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

2. Medizinsoziologie[22]

Die Medizinsoziologie untersucht sowohl die Krankheiten, insoweit sie die Folgen gesellschaftlicher Einflüsse sind, als auch die Reaktionen der Gesellschaft auf Krankheiten.

Im besonderen ist die Medizinsoziologie mit dem Studium der Krankheit als einem System von sozial eingebundenen Verhaltensweisen befaßt, die sich etwa in Form von spezifischen, systemangemessenen Rollen der Kranken und der Ärzte erkennen lassen. Gleichzeitig werden auch die korrespondierenden Institutionen untersucht. Unter Verwendung soziologischer Begriffshypothesen ist man bemüht, aus dem Verhalten der typischen Aktoren im Krankheitsbereich als dem relevanten sozialen Feld (Kranke, Ärzte, Pflegepersonal) quasigesetzliche Abläufe herauszulesen.

Zur Sicherung der Transparenz ihres Untersuchungsfeldes muß die Medizinsoziologie zuweilen soziolinguistische (semantische) pilot studies vornehmen, um bei Befragungen im Zusammenhang mit Krankheitssituationen die Bedeutung von Schlüsselbegriffen in einem natürlichen Sprachmilieu zu erfahren[23].

3. Die soziologischen Aspekte der Krankheit

3.1 Krankheit als kollektives Verhalten

Nach soziologischem Verständnis ist das Krank-Sein, insoweit es vom sozialen Milieu mitbestimmt ist, sowohl ein kollektives als auch ein interdependentes Verhalten in einem sozialen Feld.

Durch die fortschreitende Psychologisierung der Krankheitsmodelle und das dadurch gewonnene Verständnis für psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen sind die bisherigen Modelle im Sinn einer multifaktoriellen Begründung von Erkrankungen erweitert worden. Krankheit als ein Subsystem des Totalsystems „Gesellschaft" ist von diesem kodeterminiert, ebenso wie Wandlungen der Gesellschaft — vor allem soweit sie in der Art eines Quantensprunges den Charakter einer Mutation haben — zu Wandlungen der Morphologie der Krankheiten (der Diagnosen) führen[24]. Das jeweilige soziale Wertsystem und das gegebene, allgemeine kognitiv begründete Sach-Wissen bestimmen aber

---

[22] *R. Straus,* zit. bei J. J. Rohde, Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1974, S. 21; *J. Siegrist,* a.a.O., S. 6.

[23] *L. v. Ferber,* Macht Arbeit krank? In: Arbeit und Leistung 26, 10/1972, S. 257 ff.

[24] *H. Baier,* Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft, S. 44.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

nicht nur die Krankheit (die Diagnose), sondern auch den sozialen Rang des Kranken und dessen spezifische Rolle in seinem sozialen Milieu.

Was ein medizinisch relevantes Phänomen ist, hängt daher von kulturdeterminierten Definitionen ab[25]. Aus diesem Grund sind Krankheit und Gesundheit, vor allem soweit es sich um den Raum zwischen ihnen und seine begriffliche Erfassung handelt (Kaum-Gesundheit, Noch-Krankheit), jeweils auch aus dem sozialen Kontext heraus definiert. Krankheit wird daher in Beziehungen zu anderen Krankheiten und zum Zustand von Gesunden im gegebenen sozialen System verstanden. Eine intervenierende Variable sind noch die jeweiligen und oft höchst persönliche Interessen verdeckenden Ideologien[26], die u. a. Krankheitsdiagnosen unterdrücken oder zu einkommensfördernden Krankheitssimulationen führen.

3.2 Gegenstand der medizin-soziologischen Analyse

Einzelne Gegenstände der medizin-soziologischen Analyse sind

— die Kranken selbst, aggregiert nach Schichten und davon ausgehend, daß diese eine spezifische Gesundheitsauffassung haben, welche die ihnen jeweils angemessene Modalpersönlichkeit (den Durchschnittstypus) widerspiegelt[27].

— Gleichzeitig werden auch jene gesellschaftlichen Funktionäre, welche ex offo und auf Grund ihrer fachlichen Kompetenz mit der Heilung oder der Milderung von Krankheiten befaßt sind (Ärzte) zum Gegenstand der soziologischen Untersuchung gemacht, einschließlich (und in einem wachsenden Umfang) die Institution des Krankenhauses.

— Schließlich ist die Soziologie auch (etwa im Rahmen der Arbeits- und der Betriebssoziologie) mit jenen Faktoren befaßt, die in der Arbeits- und Lebenssituation der modernen Erwerbsbetriebe angelegt sind und auf die Erwerbstätigen aller Ränge in einer je Positionsrang verschiedenen Weise derart einwirken, daß Krankheiten entstehen. Die Disziplinierungszwänge des arbeitsteiligen Prozesses, ebenso aber die Situation auf dem relevanten Teilarbeitsmarkt, finden ihren Reflex jedoch nicht allein in Krankheitserscheinungen und in ihrer faktorrelevanten Ausformung, sondern auch in krankheitsneutralen Absenzziffern, wie z. B. in Krankheitsstimulationen (s. Absentismus).

---

[25] *P. K. Manning / H. Fabrega,* The Experience of Self and Body. In: Phenomenological Sociology (Hrsg. G. Psathas), New York - London - Sidney - Toronto 1973, S. 260.

[26] *M. Pflanz,* Medizinsoziologie. In: Hb der empirischen Sozialforschung, Stuttgart 1969, S. 1127.

[27] *E. Durkheim,* Regeln der soziologischen Methode, Neuwied - Berlin 1964, S. 148.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

3.3 Soziosomatik von Krankheiten

Die Morphologie von Krankheiten zeigt, daß man vielfach auch von einer Soziosomatik derselben sprechen kann. Das gilt etwa für Koronarerkrankungen. Gesellschaftliche Prozesse werden in die Affekt- und Denkstrukturen der Menschen aufgenommen und z. B. im Cholesterinspiegel angezeigt, der bestimmte Reizsituationen in den Menschen widerspiegelt, u. a. falls diese das Gefühl jener psychischen Enge haben, wie sie die sog. Massengesellschaft, der Straßenverkehr und die Arbeitsorganisation produzieren. Im Rahmen einer ökologisch orientierten Untersuchung kann man jedenfalls unschwer Wechselbeziehungen z. B. zwischen den Geisteskrankheiten und gesellschaftlichen Kriterien feststellen[28].

4. Bedeutungsverlagerung von Krankheitsfaktoren

Die Krankheitsfaktoren ändern sich als Folge der Wandlungen jener sozialen Bedingungen, in denen Krankheitsursachen angelegt sind.

4.1 Konsumchancen

Durch die Anhebung der monetär bestimmten Konsumchancen sind bestimmte Mangelkrankheiten weitgehend verschwunden und gegengleich Krankheiten entstanden oder intensiviert worden, welche die Folge eines inadäquat hohen Konsums sind (s. Wohlfahrtskrankheiten).

4.2 Ökologische Situation

Die Urbanisierung und der Abbau der Erholungslandschaften haben zu einer Änderung der Faktoren der Morbidität geführt, die nunmehr verstärkt z. B. in der Verkehrsdichte bzw. in der Lage des Wohnraumes angelegt sind.

4.3 Karrieristische Zwänge

Im Rahmen einer Entkörperlichung der Erwerbsarbeit ist es zu einer Sublimation der Arbeitszwänge gekommen, ebenso zu einem Strain in karrieristisch organisierten Betrieben, der je nach Aufstiegsneigung verschieden stark ist. Die Entfremdung im Betrieb bzw. das Fehlen einer ergonomischen Organisation im Arbeitsprozeß haben überdies Krankheiten entstehen lassen, die gegenüber dem Arbeitseinkommen und dem physischen Arbeitszwang neutral sind. Auch der Übergang von extensiver Arbeitszeit (48-Stundenwoche) zu intensiver hat (unvermutet) vielfach den Charakter einer Krankheitsvariablen.

---

[28] s. *Ch. Dufrancatel,* La sociologie des maladies mentales. In: Current Sociology, 2/1968, S. 23 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

4.4 Wohlfahrtskrankheiten

Viele Krankheiten sind Anzeiger von Wohlfahrtseffekten wie z. B. Erkrankungen, die eine Folge des unangemessen hohen Konsums von „Genuß"-Gütern (Alkohol, Nikotin, Fettabusus) sind. Während zwischen den beiden Weltkriegen z. B. Hypertonien, Diabetes und Gicht oder koronare Herzerkrankungen selten waren (Situation der wirtschaftlichen Depression), stieg nach dem zweiten Weltkrieg u. a. der Risikofaktor für Herzinfarkte stark an, wobei zu beachten ist, daß etwa zwei Risikofaktoren das Krankheitsrisiko nicht verdoppeln, sondern bereits potenzieren[29]. In der BRD wird ab der Währungsreform ein „explosionsartiger" Anstieg von latenten Infarktanlagen festgestellt[30]. Vor allem die mit dem Nikotinkonsum zusammenhängenden Krankheiten steigen in einem bedenklichen und weitgehend an den Einkommensanstieg gebundenen Umfang. Je 100 000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts hat es in Österreich zwischen 1957 und 1972 einen Zuwachs an Bronchuskarzinomen von 36,4 auf 42,5 gegeben, weitgehend eine Folge des Zigarettenverbrauches, der in Österreich von 1923 auf 1973 von 100 auf 428 Punkte stieg[31].

4.5 Schichtarbeit — Zeitbudget

Eine besonders krankheitsanfällige Gruppe sind die Schichtarbeiter, die z. B. achtmal häufiger als die anderen Arbeiter, welche in normaler Tagesarbeitszeit beschäftigt sind, an Magengeschwüren leiden[32], ganz abgesehen davon, daß das Familienleben der Schichtarbeiter relativ stark gefährdet ist (+ 80 % mehr Scheidungen, relativ stärkere Kriminalität unter den Kindern: + 50 %), ein Umstand, der auf Krankheiten verstärkend wirkt, wenn nicht selbst wieder Krankheiten hervorruft.

III. Die Krankheit — als Anomie verstanden

1. Krankheit als Differenz zwischen Soll- und Ist-Verhalten

Die Interpretation und begriffliche Fassung eines Phänomens als Krankheit ist eine Frage des „Datums" bzw. des sozialen Ortes. Die Relativierung des Krankheitsbegriffes zeigt sich vor allem, sobald das Kranksein als eine negative Deviation sozial diskriminiert wird.

---

[29] *A. R. Couto / H. Mensen,* Infarktgefährdung und Umwelt, Referate, 1971, wgg. bei LVA Hannover.

[30] *H. Mensen,* Psychologische und soziologische Aspekte der Rehabilitation von Sozialversicherten mit Herzinfarkt. In: Deutsche Rentenversicherung, 2/1972, S. 111.

[31] Rauchen und Gesundheit in Österreich, hrsg. vom Institut für Gesundheitswesen. In: Review 2/1974, S. 20 f.

[32] ÖGB-Nachrichtendienst, Wien Nr. 1730 vom 30. 5. 1974, S. 5.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wenn von Krankheit als Deviation bzw. als Anomie die Rede ist, muß freilich vorher festgestellt werden, was gleichsam die Norm (das Soll) ist, von der die Deviation jeweils abgelesen wird.

Der hypothetische Sollzustand ist im allgemeinen die (eine) sozial erwünschte Gesundheit, aus deren Vorhandensein man (d. h. das jeweils relevante Milieu) schließen kann, daß das Individuum seine Funktion im Rahmen des gesellschaftlichen Versorgungsprozesses zu erfüllen vermag, zumindest aber keine unangemessenen sozialen Kosten verursacht.

Durkheim und US-amerikanische Psychologen[33] haben die Abweichung von einer Norm zur eigentlichen Natur der Krankheit erklärt. Die Abweichung, d. h. das Entstehen der Krankheit selbst, kann vom Kranken verschuldet sein oder nicht. Ist ein Verschulden erkennbar, entsteht die marginale Verhaltensfigur gleichsam eines „Täter-Patienten". Die Krankheit wird zu einem moralischen Problem, das eine Art soziales Strafverfahren stimuliert[34]. Das ist vor allem dann der Fall, wenn es sich um eine übertragbare (ansteckende) Krankheit handelt, durch welche es zu einem gewichtigen sozialen Schaden und zu einer Körperverletzung von „Unschuldigen" kommen kann. Als „aussätzig" erklärte Krankheiten führen zu einer negativen sozialen Exklusion der Kranken, die in vielen Kulturbereichen insgesamt eine Form von Nicht-Gesellschaft sind, und zum erwähnten sozialen Tod, der auch meist den physischen zur Folge hat, verurteilt werden.

2. Behandlungsbedürftige psychisch Gestörte — soziale Interpretation

Bei Ermittlung der Ursachen von Krankheiten bestand lange Zeit eine Fixierung auf biologistisch-somatisierende Aspekte. Die sozialen Parameter wurden vernachlässigt. Dieser Umstand zeigte sich auch bei den Geisteskrankheiten.

Die Geisteskranken sind heute innerhalb der Medizinsoziologie ein besonderes Problem, weil in nicht wenigen sozialen Systemen (die keineswegs als „primitiv" in den Stand kultureller „Unschuld" versetzt werden können) die Kranken wie Kriminelle behandelt werden[35]. Kennzeichnend für die mentalitätsmäßig begründete Behandlung von Geisteskranken ist, daß man vielfach versucht, sie zu bewegen, sich vorweg so zu verhalten wie eben Geisteskranke, also diagnosekonform zu handeln. In diesem Fall ist es zu einer Art Prägung, zu einer für den Einzelfall

---

[33] *M. Foucault,* Psychologie der Geisteskrankheit, Frankfurt/M. 1968, S. 97.

[34] *H. Seé,* Die Gesellschaft und ihre Kranken, Reinbek bei Hamburg 1973, S. 37.

[35] *Goffmann,* zit. bei A. Ryan, The Philosophy of the Social Sciences, New York 1970, S. 239.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

irreversiblen Sozialisation der behandelnden Ärzte gekommen, welche die von ihnen praktizierte stereotype Beurteilung des „Falles" als eine arbeitsmäßige Entlastung empfinden. Die einmal gestellte Diagnose kann u. U. den Charakter einer sich selbst erfüllenden Prognose haben: Ein Kranker wird gezwungen, sich an das Diagnose-Soll anzupassen und kann in Einzelfällen dadurch psychisch zusätzlich geschädigt werden, daß er sich an das Soll-Verhalten der Diagnose anzupassen sucht und die Verhaltensweisen der Diagnose, gleichsam unter Aufgabe seiner Identität, verinnerlicht.

Bei Geisteskranken ist für die Gesellschaft vielfach nicht die Krankheit als solche sichtbar, sondern kann im Sinn von Black-box-Modellen nur an der Wirkung erkannt werden; sie stigmatisiert den Kranken vorweg negativ. Die Gesellschaft will sich in dem Kranken nicht selbst erkennen[36]; sein Verhalten scheint ihr bizarr und unverständlich[37]. Daher der Versuch, Geisteskranke auch dann zu internieren, d. h. im „außersozialen" Raum zu isolieren, wenn dies aus medizinischen (bzw. aus Sicherheits-) Gründen nicht erforderlich wäre, etwa, weil man davon ausgeht, daß die Krankheitsschäden größer sein können als dies an den Organen sichtbar ist[38] (= soziale Euthanasie).

3. Behinderte

In der BRD sind mindestens etwa 7 % der Bewohner der Gruppe der körperlich und geistig Behinderten zuzurechnen. Ein Großteil der Behinderten, zu denen auch die Geisteskranken gerechnet werden, hat für die gegenwärtige Erwerbsgesellschaft die Qualität von Sozialpassiven, soweit sie nicht durch Maßnahmen der Rehabilitation bedingt für den Erwerbsprozeß geeignet gemacht und auf sog. geschützten Arbeitsplätzen untergebracht werden können.

IV. Krankheitsbestimmte Rollen

1. Krankenrolle

1.1 Rollenbedürfnis

Meist haben die Kranken das Bedürfnis nach Zuweisung einer Krankenrolle, die ihnen jedoch zuweilen vom Milieu verweigert wird.

---

[36] s. *M. Foucault,* a.a.O., S. 104.

[37] *M. Grunt,* Psychische Erkrankungen. In: Kölner Z. f. Soziologie und Sozialpsychologie, Köln - Opladen 2/1973, S. 261.

[38] s. *P. R. Hofstätter,* Individuum und Gesellschaft, Frankfurt - Basel - Wien 1972, S. 37.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1.2 Rollenzuweisung

Die Gesellschaft weist im allgemeinen den Individuen spezifische Rollen bzw. ein adäquates Rollenverhalten nicht nur auf Grund ihrer Aktivpositionen und/oder als Folge eines demonstrativen und Positionsränge substituierenden Verhaltens zu, sondern auch, sobald sie auf die Nullposition von Sozialpassiven absinken.

Die Rollenzuweisung an Kranke seitens der Gesellschaft erfolgt in Orientierung an einer fachlich-kompetenten Diagnose oder auf Grund einer sozialen Bewertung. Der elementare Bestimmungsgrund für die Rollenzuweisung ist die publik gewordene Unfähigkeit eines Kranken, seine bisherige Gesundenrolle als Sozialaktiver zu spielen und die Krankheit durch eigenes Verhalten in kurzer Zeit zu beseitigen[39]. Daher haben entsprechend utilitaristischen Axiomen vor allem Arbeitsunfähige, sog. Schwerkranke, eine Krankenrolle zu spielen. Die bisherige soziale Partizipation wird als annuliert angesehen.

1.3 Inhalt der Krankenrolle

Der Inhalt der (auch) erlernbaren und schichtspezifisch (Alters-Bildungs-Einkommensschichte) ausgespielten Krankenrolle ist different und weitgehend sozialkulturell bestimmt:

— Das Sollverhalten des Kranken ist dadurch begründet, daß er von seinen bisherigen sozialen Verpflichtungen dispensiert ist. Gegengleich zur Entpflichtung verliert der Kranke die an die Pflichterfüllung gebunden gewesenen Rechte (z. B. soziale berufsrelevante Anerkennung, Teile des Lohnes, Aufstiegschancen). „Krankheit bedeutet überdies meist auch Abhängigkeit“[40].

— Die partielle und sachlich weitgehend unvermeidbare Ent-Rechtung zwingt dem Kranken ein sozial-passives Verhalten auf; er muß sein Anspruchsniveau reduzieren, soweit es von (etwa monetären) Belohnungshoffnungen bestimmt ist.

— Zur Krankenrolle gehört auch, daß der Rollenträger sich erkennbar zu bemühen hat, gesund zu werden, da Kranksein sozial unerwünscht ist[41]. Daher kann vom Kranken auch Gehorsam gegenüber jenen Personen gefordert werden, die seine Gesundheit wiederherstellen können.

---

[39] *T. Parsons,* Definition von Krankheit und Gesundheit. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft, S. 71.

[40] Zur Reform des Gesundheitswesens, Schriftenreihe des Marburger Bundes, Bd. 6, Stuttgart 1974, S. 13.

[41] *M. Pflanz,* Medizinsoziologie, S. 1129.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

2. Arztrolle

Das Rollenverhalten des Arztes ist eine Folge seiner funktionellen Spezifikation bzw. seiner von der Gesellschaft anerkannten technischen Kompetenz[42], deren Wertschätzung etwa im Mittelalter derart war, daß man lediglich in Medizin (und Theologie) ein Doktorat erwerben konnte[43].

Die Arztrolle ist öffentlich-rechtlich begründet („Arztpatent") und durch ein Berufsrecht institutionalisiert; insoweit ist die Arztrolle gleichzeitig bedingt auch eine Amtsrolle („Gesundschreiben"), was besonders eindeutig beim Amtsarzt ausgewiesen ist.

3. Arzt-Patient-Beziehungen[44]

Die vielfach ritualisierten Arzt-Patient-Kommunikationen sind durch die je verschiedene Rolle der beiden Positionsinhaber und die positionskonformen Ränge relativ eindeutig strukturiert und hierarchisiert, vor allem, wenn es sich bei den Arztleistungen um ein öffentliches Gut handelt, das keinen Markt hat. Als Folge seiner Inkompetenz ist der Patient in seinem Rollenverhalten dem Arzt zu Gehorsam verpflichtet, während der Arzt sich ihm gegenüber in einer abgrenzbaren Anordnungsrolle befindet; er kann vermöge seiner Macht ein seinen Anweisungen konformes Verhalten fordern[45]. Soweit durch die besondere Position des Arztes und die fachliche Inkompetenz des Patienten Kommunikationsdefizite entstehen, vermag dies den Heilerfolg zu beeinträchtigen: Sog. „Unterklassler" geben etwa mehr organische Leiden an, obwohl sie nicht weniger psychische Schwierigkeiten haben als andere Staatsbürger (= „Somatisierung der Krankheiten")[46].

4. Krankenhaus

Die systematische Errichtung von Krankenhäusern ist eine Folge der Beschlüsse des Konzils von Karthago (398 n. Chr.), das jeden Bischof verpflichtete, für Arme (Obdachlose) und Kranke Herbergen zu errichten[47]. In der vorindustriellen Gesellschaft ist das Krankenhaus eine Wohlfahrtseinrichtung, die in erster Linie chronisch Kranken („Bresthaften") kostenlos zur Verfügung steht und unter kirchlich-karitativen Aspekten errichtet und geführt wird. Daneben gibt es für die Kranken

---

[42] *J. J. Rohde,* a.a.O., S. 252.

[43] s. *V. H. Green,* Medieval Civilization in Western Europe, London 1971, S. 29.

[44] *P. Lüthi,* Sprechende und stumme Medizin, Frankfurt/M. - New York 1974, S. 21.

[45] *J. Siegrist,* a.a.O., S. 80.

[46] s. *P. Lüthi,* a.a.O., S. 96.

[47] *J. J. Rohde,* a.a.O., S. 64.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

noch die primären Regreßgruppen von Großfamilie und Nachbarschaft (Gemeinde als verrechtlichte Nachbarschaft), welche verpflichtet sind, die Pflege von Kranken zu übernehmen. Erst ab der Industriellen Gesellschaft kommt es zur Kommerzialisierung des Krankenhauses und zu seiner Stratifikation nach Zahlklassen. Die Gesellschaft hat nun die Chance, die sie in der Erfüllung ihrer Funktionen behindernden Kranken z. T. an das Krankenhaus abzugeben. In der BRD gab es 1972 ca. 45 000 Krankenhausärzte (je 1 365 Bewohner einen KH-Arzt) bei ca. 690 000 Betten.

Heute sind die Krankenhäuser als ein arbeitsteiliges System zu verstehen, das bürokratisch verwaltet wird und daher jene spezifischen Spannungen produziert, die stets mit Bürokratie (weil in deren Natur angelegt) verbunden sind[48].

Innerhalb der Gesamtkultur einer Gesellschaft stellt das Krankenhaus eine Subkultur dar, die eine dreigliederige Schichtung aufweist:

— Die dominante („herrschende") Schichte sind die mit exklusiver und unteilbarer Sachautorität ausgestatteten Ärzte, die eine elitäre Rolle spielen. Als Chefärzte haben sie eine Kompetenz-Kompetenz.
— Das Pflege-Personal hat entweder Hilfsdienste zu leisten oder jene Rollen zu spielen, die im Delegationsweg übertragen worden sind.
— Die Kranken im Krankenhaus haben nicht nur die konventionelle und weitgehend natürliche Krankenrolle zu spielen, sondern auch noch eine Insassen-Rolle, die bis zum Verbot des Tragens ziviler Kleider gehen kann. Man denke an die Umkleidung beim „Zugang" (stripping procedure). Das Zeitbudget der Kranken ist fixiert, ebenso wie ihre Kontakte zur Außenwelt („Besuchszeiten") limitiert sind. Die Betonung der Nullposition des Krankenhauspatienten wird auch durch die besondere Bezeichnung der Pflegepersonen augenscheinlich gemacht: „Schwester", „Nurse" (Amme).
— Am stärksten ist die Krankenrolle bei sog. „Unheilbaren" und bei seelisch Kranken ausgewiesen, die bis zu der von den Ärzten jedoch überwiegend abgelehnten „Verwahr-Psychiatrie" gehen kann[49].

Das Krankenhaus ist geeignet, für den dort längere Zeit befindlichen Kranken den Charakter eines sekundären Sozialisators anzunehmen. Dadurch kann es beim Kranken zum Entstehen von Symptomen kommen, die mit der ursprünglichen Krankheit nichts zu tun haben[50], zu klinikspezifischen Sozialisationsprozessen (nach J. J. Rohde 1970), welche sich in der Erscheinungsform des Hospitalismus ausweisen.

---

[48] *E. Freidson,* The Sociology of Medicine. In: Current Sociology, 3/1961 - 62, S. 135.

[49] Zur Reform des Gesundheitswesens, S. 53.

[50] *P. Lüthi,* a.a.O., S. 150.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

V. Sozial- und Anspruchsneurosen

1. Krankheit als Gewinnchance

Auf Grund der gegebenen Normenlage oder erwarteter Belohnungen seitens des sozialen Milieus sehen viele Krankgewordene in „ihrer" Krankheit eine Gewinnchance.

1.1 Primärer Krankheitsgewinn

Der Gewinn als Folge einer Erkrankung kann u. a. die Form eines hypothetischen primären Krankheitsgewinnes haben:

— Vermutete besondere Beachtung durch das Nahmilieu[51] (Mitleidsgewinn), zu welchem in der Vorstellung des Kranken gestört gewesene Beziehungen nunmehr saniert, wenn nicht valorisiert worden sind.

— Einsparung von Arbeitsleistungen (Verringerung des Arbeitsleides).

1.2 Sekundärer Krankheitsgewinn

— Bei einem sekundären Krankheitsgewinn (Krankheitsrente) wird vom Kranken sein Kranksein über eine Kommerzialisierung desselben als geeignet empfunden, der Gewinnung von Freizeit ohne Einkommensminderung zu dienen (Lohnfortzahlung bei Krankheit)[52]. Dieser Vorteil wird vor allem dann angenommen, wenn der Kranke davon ausgeht, daß die ärztlich festgestellte Insuffizienz höher ist als die tatsächliche bzw. von ihm empfundene.

  Auf einen sekundären Krankheitsgewinn zielt auch das bereits erwähnte Simulieren von Krankheiten durch Lohnempfänger, um der Erwerbsarbeit fernbleiben zu können (= Absentismus). Die Absentismusquote (Blue-Monday-Index) hängt vor allem von der Lage auf dem in Frage kommenden Teilarbeitsmarkt ab und korreliert negativ mit der Befürchtung einer Kündigung[53].

2. Aggravation vom Kranksein

Bei Aggravation einer Krankheit wird diese in ihrer Bedeutung von Kranken scheinbar ohne einen besonderen (erkennbaren) Zweck übertrieben. Tatsächlich hat jedoch die Krankheit für einzelne Kranke die latente Funktion, ihm eine besondere soziale Beachtung zu verschaffen, weshalb er die Krankenrolle auf den Rang einer Schlüsselrolle hebt.

---

[51] *A. Malewski,* Verhalten und Interaktion, Tübingen 1967, S. 144.

[52] Österreich: Entgeltfortzahlungsgesetz 1974.

[53] s. u. a. *Chr. v. Ferber / K. Kohlhausen,* Der „Blaue Montag" im Krankenstand. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, 2/1970, S. 25.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ähnlich ist die Hypochondrie, die sachlich unbegründete, wahnhafte Krankheitsfurcht eines Individuums, welche dieses veranlaßt, sich im Sinn einer demonstrativen negativen Deviation zu verhalten. Das tatsächliche Verhalten weicht von jenem der Rolle ab. Es kann zu einem Intrarollenkonflikt kommen, in einer Leistungsgesellschaft zu einem Nonkonformismus. Als Folge eines masochistischen Leidenskultes gewinnt oft die Angst vor einer Krankheit ein größeres Gewicht als diese selbst[54].

3. Krankheit als Ersatzbefriedigung

Im Rahmen neurotischer Entartung sucht das Subjekt zuweilen in der Neurose (Krankheit) ein Mittel, um sich intrasubjektiven Konflikten zu entziehen[55]; es entsteht eine sekundäre Krankheit.

4. Sozialneurosen — Anspruchsneurosen

Wer an Sozialneurosen leidet, empfindet die mit diesen korrespondierenden Handlungen zwar selbst als ichfremd, vollzieht sie aber trotzdem[56]. Andererseits vermag der Neurotiker zwischen seinem neurotisch bestimmten Verhalten und seiner übrigen Persönlichkeit relativ deutlich zu unterscheiden. Daher handelt es sich um Psychoneurosen, die aus einem inneren Konflikt zwischen einem Impuls und dem an sich konstant gebliebenen Rest der Persönlichkeit, dem „Ich", entstanden sind.

Die Sozialneurosen entstehen auf Grund der Annahme von Kranken, gegenüber der Gesellschaft oder bestimmten ihrer Institutionen Ansprüche zu haben, zwar nicht als Folge einer Krankheit, sondern in Verbindung mit ihr.

Die neurotisch begründeten Belohnungshoffnungen sind raumzeitlich eingebunden und hängen etwa mit der Art des sozialpolitischen Segmentes der Infrastruktur oder der Eigenart des Milieus zusammen[57].

5. Rentenneurosen

Wenn die Sozialneurosen, die den Charakter von Anspruchsneurosen haben, sich an Rentenhoffnungen orientieren, nennt man sie auch Rentenneurosen. Im allgemeinen haben die u. a. durch fehlende Rechtskenntnisse begründeten Rentenneurosen einen quasikognitiven Kern,

---

[54] *L. Kolakowski,* Die Gegenwärtigkeit des Mythos, München 1973, S. 114.

[55] *J. Laplanche / J. B. Pontalis,* Das Vokabular der Psychoanalyse, Frankfurt/M. 1972, S. 158.

[56] *R. Waelder,* Die Grundlagen der Psychoanalyse, Bern - Stuttgart 1965, S. 43.

[57] *V. v. Weizsäcker,* a.a.O., S. 44 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

insoweit sie von errechenbaren und pro rata temporis liquidierbaren Geldbeträgen ausgehen, weil die beim Individuum diagnostizierte Krankheit mit Erwerbsunfähigkeit gleichgesetzt und der Krankheit daher eine Erwerbsersatzfunktion zuerkannt wird. Der Trieb zur Vorteilsgewinnung aus der Krankheit tritt mit dem übrigen Ich in Konflikt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Probleme der Ärztehonorierung und ihre Reform[1]

Von *Ingolf Metze,* Münster

I. Ökonomische versus soziale Preisgestaltung

Arzthonorare sind ökonomisch gesehen Preise für ärztliche Arbeitsleistungen. Die Tatsache, daß von Problemen der Arzthonorierung gesprochen wird, bringt zum Ausdruck, daß die Preisbildung auf dem Markt für ärztliche Leistungen zu unbefriedigenden Ergebnissen führt. Eine Untersuchung, die sich mit den Problemen der Arzthonorierung befaßt, sollte zunächst klären, welche Funktion die Preise für ärztliche Leistungen zu erfüllen haben.

Da Arzthonorare eine Entlohnung für geleistete ärztliche Arbeit darstellen, werden sie zum entscheidenden Bestimmungsfaktor des ärztlichen Einkommens. Sie tragen dazu bei, dem Arzt einen „angemessenen" Lebensstandard zu ermöglichen. Auf der anderen Seite stellen die Arzthonorare, ebenso wie die Preise auf anderen Märkten, grundsätzlich ein Mittel dar, Angebot und Nachfrage auf dem Markt für ärztliche Leistungen zu steuern. Hierbei ist allerdings zu beachten, daß die Nachfrage bei dem in der BRD praktizierten System der Gesundheitssicherung von den Preisen der ärztlichen Leistungen weitgehend unabhängig ist. Ein Einfluß des Preises auf die Nachfrage dürfte lediglich bei nicht voll versicherten Privatpatienten gegeben sein. Aber auch bei einer in bezug auf den Preis unelastischen Nachfrage nach ärztlichen Leistungen ist sowohl eine Unterversorgung als auch ein Überangebot an ärztlichen Leistungen möglich. Wegen der unelastischen Nachfrage ist der Preis zwar kein effizientes Mittel mehr, die Nachfrage zu steuern, ihm verbleibt jedoch die Aufgabe, ein ausreichendes Angebot zur Befriedigung der durch andere Faktoren bestimmten Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sicherzustellen.

Geht man von diesen beiden Aufgaben des Preises für ärztliche Leistungen aus, so können grundsätzlich die folgenden Probleme entstehen:

---

[1] Der Verfasser verdankt einen Großteil der in dieser Arbeit verwerteten Informationen seiner Tätigkeit in dem Ausschuß der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V., Bonn, dessen Arbeitsbericht unter dem Titel „Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge" 1974 erschienen ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1. Die Preise für ärztliche Leistungen erfüllen die Funktion einer Steuerung des Angebots an ärztlichen Leistungen unzureichend, da ein zu geringes Angebot nicht erhöht bzw. ein Überangebot nicht abgebaut wird.
2. Die sich aus dem Marktprozeß ergebenden Preise für ärztliche Leistungen führen im Vergleich zu anderen Erwerbstätigen zu unangemessen hohen oder unangemessen niedrigen Einkommen.

Trifft einer dieser beiden Fälle zu, so erscheint entweder aus ökonomischen oder aus gesellschaftspolitischen Gründen eine Einflußnahme auf die Preisbildung auf dem Markt für ärztliche Leistungen erforderlich.

Im ersten Fall wäre zu untersuchen, ob und wie durch eine Veränderung des Preisniveaus und/oder der Preisstruktur sowie eines Abbaus von Marktunvollkommenheiten (geringe Markttransparenz, Existenz von Monopolpositionen, beschränkter Marktzugang) eine bessere Steuerung des Angebots an ärztlichen Leistungen erreicht werden kann. Zwar wird häufig behauptet, daß die Preise für ärztliche Leistungen keinen Einfluß auf die Höhe und die Struktur des ärztlichen Leistungsangebots haben, da die Einkommenschancen für die Entscheidung, Arzt zu werden, ohne Bedeutung und auch die in den Gebührenordnungen ausgewiesenen Preise den meisten Ärzten unbekannt seien. Ob dies tatsächlich der Fall ist, die Preise also als Steuerungselement versagen müssen, wird jedoch erst dann festzustellen sein, wenn die Preise im Hinblick auf bestimmte Zielvorstellungen (Angebotssteuerung) ausgestaltet sind. Von vornherein ist jedoch kaum zu erwarten, daß Ärzte sich hinsichtlich ihrer Einkommensentscheidungen anders verhalten als andere Wirtschaftssubjekte, insbesondere freiberuflich tätige Personen.

Aufgabe einer Reform der Arzthonorierung wäre es also in diesem Falle, die Auswirkung bestehender Marktunvollkommenheiten auf das Angebot an Ärzten zu verringern und dafür zu sorgen, daß die Preise für ärztliche Leistungen so gestaltet sind, daß der gesundheitspolitisch erforderlichen Nachfrage ein ausreichendes Angebot an ärztlichen Leistungen gegenübersteht. Ergeben sich hieraus im Vergleich zu anderen Erwerbstätigen überdurchschnittlich hohe oder überdurchschnittlich niedrige ärztliche Einkommen, so muß allerdings mit sozialen Konflikten gerechnet werden, durch die die Durchsetzung einer ökonomisch sinnvollen Reform verhindert werden kann[2].

---

[2] So werden die gegenwärtigen Arzteinkommen aus gesellschaftlichen Gründen häufig als zu hoch bezeichnet, obwohl sie ökonomisch infolge des bestehenden Ärztemangels gerade richtig sein können. Demgegenüber werden die Einkommen von Lehrern vermutlich in Zukunft infolge eines Überangebots an Lehrern als zu hoch angesehen werden müssen, auch wenn sie bei gesellschaftlicher Betrachtung der Einkommensstruktur richtig erscheinen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Trifft der zweite Fall zu, so wäre es dagegen Aufgabe einer Reform, die Preise für ärztliche Leistungen so zu beeinflussen, daß die ärztlichen Einkommen eine als „angemessen" oder „gerecht" angesehene Höhe erreichen. Ausgangspunkt der Reformüberlegungen sind hier nicht ökonomische Gesichtspunkte, sondern die Vorstellungen über eine „angemessene" bzw. „gerechte" Entlohnung ärztlicher Arbeitsleistungen im Vergleich zu anderen Arbeitsleistungen. Eine Reform der Arzthonorierung hätte sich mit den Möglichkeiten zu befassen, wie diese Preise trotz entgegenwirkender Marktkräfte durchgesetzt werden können.

Hierbei ist zu beachten, daß die ökonomischen Probleme nicht eliminiert, sondern nur verlagert werden. Das ökonomische Problem bestünde dann nicht mehr in der Realisierung des zur optimalen Marktsteuerung notwendigen bzw. erforderlichen Preises, sondern darin, wie sich bei dem gesellschaftlich „gerechten" Preis ein unzureichendes Angebot bzw. Überangebot verhindern ließe. Es müßte also versucht werden, den Markt für ärztliche Leistungen ohne Einsatz des Preises als Lenkungsinstrument ins Gleichgewicht zu bringen. Dies könnte beispielsweise durch eine bessere Anpassung der Zahl der auszubildenden Ärzte an den bestehenden Bedarf erfolgen. Denn je besser die Bedarfsplanung für bestimmte Berufe und je besser die Nachwuchslenkung, desto weniger ist zu erwarten, daß infolge der Kräfte des Marktes gesellschaftlich unbefriedigende Einkommen entstehen.

II. Der Markt für ärztliche Leistungen

Folgt man der in der Diskussion über die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung häufig vertretenen Auffassung über den Umfang der ärztlichen Versorgung, so muß die Gesamtzahl der Ärzte als zu niedrig angesehen werden. Als Beweis für diese Behauptung wird meist die starke zeitliche Beanspruchung der Ärzte angeführt. Ob jedoch tatsächlich von einem Mangel an Ärzten gesprochen werden kann, erscheint fraglich. So ist einerseits die Zahl der Ärzte je 10 000 Einwohner ständig gestiegen, und zwar von 12,9 im Jahre 1955 auf 16,3 im Jahre 1970 (Tabelle 2-1), andererseits liegt in der BRD auch die Zahl der Ärzte je 10 000 Einwohner im internationalen Vergleich relativ hoch. Während 1967 in der BRD 10 000 Einwohner von 14,8 Ärzten versorgt wurden, betrug die Anzahl in Schweden und Norwegen — also in Ländern mit relativ hohem Niveau der Gesundheitsversorgung — nur 11,8 bzw. 13,3 Ärzte je 10 000 Einwohner (Tabelle 2-2).

Ein allgemeiner Mangel an Ärzten kann deshalb nur dann vorhanden sein, wenn der Leistungsbedarf je Einwohner in der BRD infolge hohen Gesundheitsbewußtseins, ungünstiger Altersstruktur der Bevölkerung

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 2-1

Struktur des Marktes für ärztliche Leistungen

Jahr	Berufstätige Ärzte				
	Insgesamt	Niedergelassene Ärzte	Ärzte in Krankenhäusern	Ärzte in verwaltender Tätigkeit	
				insgesamt	darunter im öffentlichen Gesundheitswesen[a]
	1	2	3	4	5
	Anzahl				
1955[b]	67 602	43 382	20 136	5 084	.
1960[b]	74 603	46 654	21 142	6 807	.
1965	85 801	50 215	26 535	9 051	7 052[c]
1970	99 654	50 731	38 655	10 268	7 438[d]
	je 10 000 Einwohner				
1955[b]	12,9	8,1	3,8	1,0	.
1960[b]	13,9	8,7	3,9	1,3	.
1965	14,5	8,5	4,5	1,5	1,2[c]
1970	16,3	8,3	6,3	1,7	1,2[d]
	Anteil in v. H.				
1955[b]	100	62,7	29,8	7,5	.
1960[b]	100	62,5	28,3	9,1	.
1965	100	58,4	30,9	10,5	8,2
1970	100	50,9	38,8	10,3	7,5

a) Ärzte bei Gebietskörperschaften, Sozialversicherung, wissenschaftlichen Instituten.
b) Bundesgebiet ohne Berlin (West).
c) 1966.
d) 1969.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, Reihe 7; Gesundheitswesen, III. Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens. Stuttgart und Mainz 1955 ff.; Materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Der Arzt. Hrsg. v. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Erlangen 1971, Übersicht 3.

und umfangreicherer Leistungen je Behandlungsfall höher liegt als in den Ländern mit geringerer Arztdichte. Auch wenn die ungünstige Altersstruktur der BRD als Erklärung für einen im Vergleich zu anderen Ländern höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen herangezogen werden kann, so erscheint es kaum berechtigt, sie als alleinige Ursache eines Mangels an ärztlichen Leistungen anzusehen. Der beobachtete Mangel scheint zumindest teilweise dadurch bedingt zu sein, daß die Verteilung der Ärzte auf die einzelnen Teilmärkte nicht optimal ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 2-2

Berufstätige Ärzte und Krankenhausbetten im internationalen Vergleich (1967)

Land	Berufstätige Ärzte		Krankenhausbetten	
	Anzahl	Ärzte je 10 000 Einwohner	Anzahl	Betten je 10 000 Einwohner
	1	2	3	4
Italien	91 708	17,5	528 276	101
Österreich	12 958	17,5	78 703	108
USA	305 453	15,4	1 671 125	84
Belgien	14 517	15,2	74 470[a)]	78
BRD	88 559	14,8	649 590	109
Dänemark	6 800	14,1	43 264	89
Schweiz	8 425	13,9	71 742[a)]	120
Norwegen	5 020	13,3	34 885	92
Frankreich	58 300	11,8	397 301[a)]	81
Niederlande	14 774	11,8	64 289[b)]	51
Schweden	9 240	11,8	113 480	145
Großbritannien	64 020	11,6	547 273	99
Kanada	23 353	11,4	210 379	103

a) 1966.
b) Ohne Tuberkulose- und Psychiatrische-Betten.

Quelle: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1969 ff.

Betrachten wir den Markt für ärztliche Leistungen, so ist zunächst darauf hinzuweisen, daß sich dieser Markt in drei Teilmärkte aufgliedert (Tabelle 2-1). Dies sind

— der Markt der freiberuflich tätigen niedergelassenen Ärzte. Hier bieten Ärzte mit ihren Praxen im Rahmen eines Dienstvertrages ärztliche Leistungen an. Durch den für diese Leistungen gezahlten Preis wird jedoch nicht nur der Einsatz ärztlicher Arbeitszeit entgolten, sondern auch die bei Erstellung der betreffenden Leistung eingesetzten Vorleistungen (Praxiskosten). Das ärztliche Einkommen ist damit ein Residualeinkommen. Auf diesem Markt bieten 50 700 Ärzte, i. e. 50,9 v. H. der berufstätigen Ärzte, ärztliche Leistungen an (1970);

— der Markt der Krankenhausärzte. Hier gilt der Krankenhausträger als Unternehmer, bei dem die Residualeinkommen (Überschüsse oder Defizite) entstehen. Die ärztlichen Leistungen werden von angestellten Ärzten erbracht. Das Einkommen der Ärzte wird von der Ausgestaltung des Arbeitsvertrages bestimmt, der sowohl Elemente eines Zeitlohnes als auch eines Leistungslohnes ent-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

halten kann. Auf diesem Markt sind 38 700 Ärzte (38,8 v. H. der berufstätigen Ärzte) hauptamtlich tätig. Außerdem werden auf diesem Markt von 7 000 niedergelassenen Ärzten (13,9 v. H. der niedergelassenen Ärzte), den sogenannten Belegärzten, ärztliche Leistungen erbracht;

— der Markt der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen. Der Anbieter der ärztlichen Leistungen ist hier die öffentliche Hand; die Ärzte sind entsprechend den geltenden Tarifverträgen für Angestellte bzw. Beamte eingestellt. Hier werden ärztliche Leistungen von rund 7 400 Ärzten (7,5 v. H. der berufstätigen Ärzte) erbracht.

Die Verteilung der Ärzte auf diese drei Märkte ist eine Folge der persönlichen Präferenzen der Ärzte und der jeweiligen Einkommenschancen. Zwischen diesen Märkten bestehen große Substitutionsmöglichkeiten. Die Verteilung war demzufolge in der Vergangenheit auch keineswegs konstant (Tab. 2-1).

Außer der dargestellten Aufgliederung des Marktes für ärztliche Leistungen, die sich an der Art der Tätigkeit (ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, öffentliches Gesundheitswesen) sowie an den bestehenden Unterschieden in den Systemen der Honorierung der ärztlichen

Tabelle 2-3

Aufgliederung der Ärzte nach dem Grad der Spezialisierung

Jahr	Berufstätige Ärzte		
	Insgesamt	Ärzte für Allgemeinmedizin	Fachärzte
	1	2	3
	Anzahl		
1955[a)]	67 602	44 231	23 371
1960[a)]	74 603	44 505	30 098
1965	85 801	49 222	36 579
1970	99 654	57 917	41 733
	Anteil in v. H.		
1955[a)]	100	65,4	34,6
1960[a)]	100	59,7	40,3
1965	100	57,4	42,6
1970	100	58,1	41,9

a) Bundesgebiet ohne Berlin (West).

Quelle: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1957 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tätigkeit orientiert, ist bei einer Betrachtung des Angebots an ärztlichen Leistungen noch die Aufteilung des ärztlichen Angebots nach dem Grad der Spezialisierung von Interesse. Diese Entwicklung zeigt Tabelle 2-3. Hiernach hat die Zahl der Fachärzte von 1955 bis 1970 erheblich, nämlich von 34,6 v. H. auf 41,9 v. H. der berufstätigen Ärzte zugenommen; die Zahl der Ärzte für Allgemeinmedizin hat entsprechend abgenommen. Diese Entwicklung ist eine Folge des höheren Sozialprestiges der Fachärzte, der höheren Einkommenschancen, einer geringeren Belastung durch Bereitschaftsdienst sowie der stark von der gegenwärtigen medizinischen Ausbildung beeinflußten Neigung der Ärzte, nach der Approbation im Krankenhaus zu bleiben, um die Anerkennung als Facharzt zu erhalten. Diese Entwicklung wurde durch den Ausbau der Krankenhäuser nicht unerheblich begünstigt.

Daß die gegenwärtig zu beobachtende Aufteilung der Ärzte auf die Märkte für ambulante Behandlung, stationäre Behandlung und den öffentlichen Gesundheitsdienst dem durch die Nachfrage auf den drei Teilmärkten gegebenen Bedarf entspricht, ist fraglich. So wird insbesondere über einen Mangel an Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst geklagt. Aber auch für die ambulante Behandlung durch die niedergelassenen Ärzte scheinen zu wenig Ärzte zur Verfügung zu stehen. Dies ergibt sich aus der rückläufigen Zahl der Ärzte in freier Praxis. Aber auch die Aufteilung der Ärzte in Fachärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin scheint keineswegs der Struktur des Bedarfs zu entsprechen, da immer wieder über einen Mangel an Ärzten für Allgemeinmedizin geklagt wird.

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Vergleich der in der BRD gegebenen Verteilung der Ärzte auf die einzelnen Teilmärkte mit derjenigen in den USA (Tab. 2-4). Bei einer Gesamtzahl von 15,4 Ärzten je 10 000 Einwohnern in den USA gegenüber 16,3 Ärzten in der BRD standen 1970 für die ambulante ärztliche Versorgung in den USA 9,4 Ärzte je 10 000 Einwohner zur Verfügung gegenüber 8,3 Ärzten je 10 000 Einwohner in der BRD. Die ambulante ärztliche Versorgung war demnach in den USA ceteris paribus besser.

Ein entgegengesetztes Bild ergibt dagegen ein Vergleich der Zahl der Krankenhausärzte. Während für die stationäre ärztliche Versorgung in der BRD 6,3 Ärzte je 10 000 Einwohner tätig waren, waren es in den USA nur 4,2 Ärzte. Worauf es zurückzuführen ist, daß die amerikanischen Krankenhausärzte dennoch in der Lage waren, der Bevölkerung eine gesundheitliche Versorgung zu gewähren, die gegenüber der BRD als nicht schlechter angesehen werden kann, ist offen; mögliche Erklärungsgründe sind eine bessere Organisationsstruktur der Krankenhäuser und die zu beobachtende geringere Verweildauer in den USA,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 2-4: **Berufstätige Ärzte in der BRD und den USA**

Land	Jahr	Berufstätige Ärzte: Insgesamt	Niedergelassene Ärzte	Hauptamtliche Krankenhausärzte	Sonstige Ärzte	nachrichtlich: durchschnittliche Krankenhausverweildauer in Tagen
		1	2	3	4	5
		Anzahl				
BRD	1960[a]	74 603	46 654	21 142	6 807	28,7
	1965	85 801	50 215	26 535	9 051	27,4
	1970	99 654	50 731	38 655	10 268	24,9
USA	1960	230 762	165 844	39 302	25 616[b]	
	1965	278 800	185 300[c]	74 100[d]	19 400	7,8
	1970	314 400	192 400[c]	86 100[d]	35 900	8,0
		je 10 000 Einwohner				
BRD	1960[a]	13,9	8,7	3,9	1,3	
	1965	14,5	8,5	4,5	1,5	
	1970	16,3	8,3	6,3	1,7	
USA[e]	1960	12,8	9,2	2,2	1,4[b]	
	1965	14,4	9,6	3,8[d]	1,0	
	1970	15,4	9,4	4,2[d]	1,8	

a) Bundesgebiet ohne Berlin (West). — b) Einschließlich in lehrender und verwaltender Tätigkeit sowie in Dienstleistungen des Federal Government Beschäftigte. — c) Einschließlich in verwaltender Tätigkeit und Industrie Beschäftigte. — d) Einschließlich in Ausbildung befindliche Ärzte (Assistenzärzte). — e) Wohnbevölkerung ohne im Ausland stationierte Streitkräfte; 1960: 179 979 000, 1965: 193 526 000, 1970: 203 810 000.

Quelle: Statistical Abstract of the United States, Washington, D. C. 1963, S. 75; 1972, S. 5, 68; 1973, S. 75. Statistisches Bundesamt, Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen, III. Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens 1971, S. 9.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

die z. T. eine Folge der Entlastung der Krankenhäuser durch reine Pflegefälle darstellt, z. T. aber auch darin gesehen werden kann, daß die in der BRD tätigen Ärzte ceteris paribus eine längere stationäre Behandlung für erforderlich halten[3].

Das Problem des Ärztemangels in der BRD scheint demnach vorwiegend das Problem eines Mangels an niedergelassenen Ärzten zu sein.

Geht man davon aus, daß dies auch in der näheren Zukunft der Fall sein wird, so ist zu fragen

— wie ein Marktgleichgewicht in diesem Bereich ärztlicher Tätigkeit mittels ökonomischer Maßnahmen erreicht werden kann und
— wie verhindert werden kann, daß aufgrund der Knappheit an ärztlichen Leistungen Preise gezahlt werden, die zum Auslöser sozialer Konflikte werden können.

Ehe darauf eingegangen wird, wie dies erreicht werden kann, soll versucht werden, den Markt für ärztliche Leistungen zu analysieren, indem dargestellt wird, welche Einkommen auf diesem Markt erzielt werden und welche Faktoren die Höhe des ärztlichen Einkommens beeinflussen.

III. Die Bestimmungsfaktoren des ärztlichen Einkommens

Das Einkommen der niedergelassenen Ärzte wird vorwiegend bestimmt von dem Umfang der vom Arzt aufgrund von Ausbildung und persönlichen Fähigkeiten innerhalb der ärztlichen Praxis erbrachten Leistungen. Da das dem Arzt für seine Leistungen gezahlte Honorar jedoch nicht nur eine Vergütung des ärztlichen Arbeitseinsatzes darstellt, sondern auch der Abdeckung der in der ärztlichen Praxis entstandenen Kosten dient, ist der Arzt gleichzeitig als Unternehmer anzusehen, der durch Kombination von Produktionsfaktoren bestimmte Produkte, nämlich ärztliche Leistungen erstellt, für die er einen Preis — das Honorar — erhält.

Das ärztliche Einkommen ist somit ein Residualeinkommen, das sich aus der Differenz zwischen dem erzielten Umsatz und den Praxiskosten ergibt. Die Betrachtung des ärztlichen Einkommens als Residualeinkommen erscheint um so notwendiger, je größer die Bedeutung der in Anspruch genommenen Vorleistungen für den Praxisumsatz ist. Der Anteil der Kosten ist mit 35 v. H. des Umsatzes im Durchschnitt der niedergelassenen Ärzte zwar im Vergleich zu anderen freien Berufen relativ gering, es ist jedoch zu vermuten, daß dieser Kostenanteil infolge

[3] Beispiel hierfür ist die Dauer der stationären Behandlung bei Herzinfarkten, die in den USA wesentlich kürzer ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

eines vergrößerten Umfanges der durch Hilfspersonen oder durch Einsatz medizinischer Geräte erstellten Leistungen sowie infolge steigender Spezialisierung (Laborärzte) zunehmen wird, die Unternehmerfunktion also auch im ärztlichen Bereich an Bedeutung gewinnt.

Das ärztliche Einkommen wird bestimmt von

— der Anzahl der erbrachten ärztlichen Leistungen je Praxis, i. e. dem Leistungsvolumen (x),
— dem für diese Leistungen im Durchschnitt erzielten Preis (p) sowie
— den aufgrund des Einsatzes von Hilfspersonal, medizinischen Geräten und anderen Vorleistungen entstandenen Praxiskosten (K).

Auf die Bedeutung dieser Faktoren für das ärztliche Einkommen soll im folgenden eingegangen werden[4].

1. Das ärztliche Leistungsvolumen

In welchem Umfange ärztliche Leistungen von den niedergelassenen Ärzten erstellt werden, hängt ab von der Nachfrage und den Möglichkeiten ihrer Befriedigung. Betrachten wir die Bestimmungsfaktoren der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, so sind vornehmlich folgende Faktoren relevant:

— die Größe der Wohnbevölkerung und
— das Anspruchsniveau, i. e. die Häufigkeit und der Umfang einer Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.

Welche Bedeutung diesen Faktoren zukommt, zeigt die Tabelle 3-1.

Hiernach stieg die Wohnbevölkerung und damit der Leistungsbedarf bei unverändertem Leistungsniveau von 1959 bis 1971 um 13,9 v. H. Erheblich stärker stieg jedoch das Anspruchsniveau, i. e. die Zahl der abgerechneten Leistungen je Einwohner. Betrachten wir die Ergebnisse für die Versicherten in RVO-Kassen, in denen 1971 67,8 v. H. der Bevölkerung versichert waren, als repräsentativ für die Gesamtbevölkerung, so ergibt sich, bezogen auf den Zeitraum 1959 - 1971, ein Anstieg des Leistungsbedarfs von 71,1 v. H. je Einwohner. Dieser Anstieg ist das Ergebnis einer Zunahme der Zahl der Behandlungsfälle je Versicherten um 29,5 v. H. und einer Erhöhung der Zahl der je Behandlungsfall erbrachten Leistungen um 32,1 v. H. (Tabelle 3-1). Während die Zunahme der Behandlungsfälle je Versicherten als Ausdruck eines steigenden

[4] Da die Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes für ärztliche Praxen, die eine wesentliche Grundlage für die quantitative Untersuchung bilden, nur für die Jahre 1959, 1963, 1967 und 1971 vorliegen, mußte sich die Untersuchung auf diese Jahre beschränken.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3-1: **Bestimmungsfaktoren der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen**

Jahr	Wohnbevölkerung	Morbidität (RVO-Kassen) (= Behandlungsfälle je Mitglied)	Mitglieder in RVO-Kassen	Versicherte in RVO-Kassen	Behandlungsfälle je Versicherten (RVO-Kassen)	Leistungsbedarf in RVO-Kassen je Behandlungsfall: bei jeweils geltender Gebührenordnung	Leistungsbedarf in RVO-Kassen je Behandlungsfall: bei Konstanz der Gebührenordnung (GOÄ)[a]	Leistungsbedarf in RVO-Kassen je Versicherten zu konstanten Preisen (GOÄ)	Produktionsvolumen insgesamt zu konstanten Preisen
	1	2	3	4	2 × 3 : 4 → 5	6	7	5 × 7 → 8	8 × 1 → 9
	Anzahl in 1 000	Anzahl	Anzahl in 1 000		Anzahl	in DM			in 1 000 DM
1959[b]	53 845	4,60	21 461	36 884[c]	2,68	15,19	20,20	54,14	2 914 953
1963	57 587	5,13	22 093	39 447[c]	2,87	16,46	21,89	62,82	3 617 863
1967	59 873	5,74	21 937	40 613	3,10	23,38	23,38	72,48	4 339 475
1971	61 302	6,13	23 487	41 537	3,47	28,69	26,69	92,61	5 677 442
	Veränderung in v. H.								
1959 - 63	+ 6,95	+ 11,52	+ 2,94	+ 6,95	+ 7,09	+ 8,36	+ 8,36	+ 16,05	+ 24,11
1963 - 67	+ 3,97	+ 11,89	− 0,71	+ 2,96	+ 8,01	+ 42,04	+ 6,80	+ 15,37	+ 19,95
1967 - 71	+ 2,39	+ 6,79	+ 7,06	+ 2,28	+ 11,93	+ 22,71	+ 14,16	+ 27,78	+ 30,83
1959 - 71	+ 13,85	+ 33,26	+ 9,44	+ 12,62	+ 29,51	+ 88,87	+ 32,13	+ 71,08	+ 94,77

a) Es wurde davon ausgegangen, daß (durch die Änderung der Gebührensätze) beim Übergang von Preugo auf GOÄ ein Anstieg des Leistungsbedarfs von 33 v. H. und beim Übergang von GOÄ auf BMÄ ein Anstieg des Leistungsbedarfs von 7,5 v. H. eingetreten ist. Um den realen Anstieg des Leistungsbedarfs zu erfassen, muß der für 59 und 63 ausgewiesene Leistungsbedarf um 33 v. H. erhöht werden und der für 71 ausgewiesene Leistungsbedarf um 7,5 v. H. vermindert werden. Der reale Leistungsbedarf ist somit in Preisen der 1967 geltenden Gebührenordnung (GOÄ) ausgewiesen. — b) Bundesrepublik ohne Saarland. — c) Errechnet unter der Annahme, daß 86,5 v. H. der Wohnbevölkerung in RVO-Kassen versichert sind.

Quelle: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1973, S. 34. Statistisches Jahrbuch der kassenärztlichen Bundesvereinigung 1971, S. 9, 62, 63. Statistisches Bundesamt, Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, Reihe 6, Erwerbstätigkeit III. Versicherte in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Gesundheitsbewußtseins der Bevölkerung angesehen werden kann, ist die Zunahme der erbrachten Leistungen je Fall das Ergebnis einer qualitativ verbesserten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung.

Wie die ärztliche Behandlung durchgeführt wird, ist weitgehend davon abhängig, welche Leistungen der behandelnde Arzt für erforderlich hält. Damit entsteht die Frage, ob und inwieweit die Entscheidung über den Umfang der Leistungen je Fall von dem geltenden Honorierungssystem beeinflußt wird. Einen Hinweis auf diese Frage gibt die Entwicklung des Leistungsbedarfs je Behandlungsfall nach dem Übergang vom System der Pauschalhonorierung zum System der Einzelleistungsvergütung im Jahre 1965.

Diese Systemänderung hatte nicht nur zur Folge, daß das Morbiditätsrisiko, das vorher bei den Ärzten lag, auf die Kassen bzw. die Versicherten verlagert wurde, so daß eine Zunahme der Behandlungsfälle zu einer Erhöhung der ärztlichen Einkommen und damit der Ausgaben für ärztliche Behandlung führt, sondern gleichzeitig entstand eine unmittelbare Beziehung zwischen der Höhe der je Behandlungsfall erstellten Leistungen und der Höhe des Einkommens des behandelnden Arztes. Zwar verteilten die kassenärztlichen Vereinigungen auch vor Übergang zur Einzelleistungsvergütung die Gesamthonorare unter Berücksichtigung der erstellten Leistungen auf die einzelnen Ärzte, der Zusammenhang war jedoch weniger streng als gegenwärtig. So war dem behandelnden Arzt vor dem Übergang zur Einzelleistungsvergütung die Höhe der Vergütung im Zeitpunkt der Behandlung unbekannt, da die Höhe der ärztlichen Gesamteinkommen von der insgesamt erbrachten Zahl von Leistungen unabhängig war. Weiterhin hatte eine Ausdehnung des Leistungsvolumens aller Ärzte verringerte Vergütungen für einzelne Leistungen zur Folge. Bei dem bestehenden hohen Organisationsgrad der Ärzte kann davon ausgegangen werden, daß den Ärzten diese Zusammenhänge bekannt waren.

Wird dagegen unmittelbar nach Einzelleistungen vergütet, so hat jede Mehrleistung einen Einkommensanstieg zur Folge. Dies führt bei ökonomischem Verhalten der Ärzte dazu, daß so viele Leistungen erstellt werden, wie irgend möglich. Das dürfte unter anderem ein Grund für die ständige Verbesserung der Ausstattung der Praxen niedergelassener Ärzte mit Geräten sein. Da anzunehmen ist, daß nur solche Geräte angeschafft werden, die auch ausgelastet werden können, kann davon ausgegangen werden, daß der Zunahme der apparativen Ausstattung ein entsprechender Anstieg des Leistungsbedarfs gegenübersteht. Welche Bedeutung dem Anstieg des Leistungsbedarfs nach Übergang zur Einzelleistungsvergütung zukommt, wird daran deutlich, daß der Leistungsbedarf je Behandlungsfall in der RVO von 1959 bis 1963 lediglich um

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

8,4 v. H. stieg gegenüber einem Anstieg von 14,2 v. H. in den Jahren 1967 bis 1971 also nach Übergang zur Einzelleistungsvergütung (Tabelle 3-1).

Betrachten wir die Zahl der Behandlungsfälle, so zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg, und zwar von rd. 7,1 v. H. in der Periode 1959 bis 1963 auf 11,9 v. H. in den Perioden 1967 bis 1971. Da dieser Wert angibt, wie oft sich die in den RVO-Kassen Versicherten im Durchschnitt in Behandlung begeben haben, kann dieser Anstieg als eine Erhöhung des Gesundheitsbewußtseins der Versicherten gedeutet werden. Die Ursache des Anstiegs kann jedoch nicht allein darin gesehen werden, daß die Versicherten den Wert ärztlicher Behandlung besser zu schätzen gelernt haben, indem sie einen Arzt häufiger aufsuchen. Hinzu kommt die durch den Gesetzgeber veranlaßte Ausdehnung der Leistungen für Krankheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung. Insbesondere auf diese Maßnahmen dürfte der in den letzten Jahren zu beobachtende beträchtliche Anstieg in der Zahl der Behandlungsfälle je Versicherten zurückzuführen sein.

Unterstellt man, daß der Leistungsbedarf bei allen Versicherten, gleichgültig ob es sich um Versicherte in den RVO-Kassen, den Ersatzkassen oder ob es sich um Privatversicherte handelt, im gleichen Ausmaß gestiegen ist, so ergibt sich ein mengenmäßiger Anstieg der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen von 1959 bis 1971 in Höhe von 94,8 v. H., wobei zu beachten ist, daß der Nachfrageanstieg in den letzten vier Jahren mit 30,8 v. H. beträchtlich über demjenigen in den beiden vorangegangenen Perioden lag (24,1 v. H. und 20,0 v. H.). Dieser enorme Nachfrageanstieg gibt zu der Frage Anlaß, wie dieser Nachfrageanstieg bewältigt werden konnte.

Betrachten wir die Bestimmungsfaktoren des Angebots ärztlicher Leistungen, so sind dies

— die Zahl der Praxen niedergelassener Ärzte,

— die Zahl sowie die Arbeitszeit der in diesen Praxen tätigen Ärzte und

— die Produktivität der Praxen, i. e. die Zahl der erstellten Leistungen je Praxis.

Inwieweit diese Faktoren zur Befriedigung der angestiegenen Nachfrage nach ärztlichen Leistungen beigetragen haben, zeigt die Tabelle 3-2 a. Hiernach hat die Zahl der an der ambulanten ärztlichen Versorgung beteiligten „Vollpraxen" in der Zeit von 1959 bis 1971 um 12,3 v. H. zugenommen. Diesem Anstieg stand ein Anstieg der Wohnbevölkerung von 13,9 v. H. gegenüber, so daß die Zahl der an der ambulanten ärzt-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lichen Versorgung voll beteiligten Praxen je Einwohner in dem betrachteten Zeitraum abgenommen hat.

Ob diesem in bezug auf die Wohnbevölkerung eingetretenen Rückgang der Zahl der Praxen ein Anstieg der Arbeitszeit der in diesen Praxen tätigen Ärzte gegenüberstand, muß bezweifelt werden. So blieb die Zahl der Ärzte je Praxis mit 1,02 während des gesamten Zeitraumes nahezu unverändert. Betrachten wir die Arbeitszeit dieser Ärzte, so erscheint es zwar berechtigt, davon auszugehen, daß die Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte, insbesondere bei den Allgemeinpraktikern über der durchschnittlichen Arbeitszeit der abhängig Erwerbstätigen liegt, betrachtet man den Zeitraum 1959 bis 1971, so ist jedoch eher von einer Verringerung der Arbeitszeit denn von einer Steigerung auszugehen. Dies ergibt sich nicht nur aus der Beobachtung, daß der Bereitschaftsdienst und der Vertretungsdienst der niedergelassenen Ärzte besser geregelt wurde, sondern auch daraus, daß der Wert von Freizeit mit zunehmendem Einkommen steigt, die Bereitschaft zu einer Ausdehnung der Arbeitszeit also sinkt. Eine Bestätigung für die These, daß die unter Berücksichtigung von Urlaub geleistete Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte vermutlich sogar zurückgegangen ist, kann im übrigen darin gesehen werden, daß die Attraktivität[5] der Niederlassung im letzten Jahr (1973) wieder zugenommen hat, obwohl die Einkommen der Ärzte in Krankenhäusern erheblich angestiegen sind. Der mit einer Krankenhaustätigkeit verbundene Vorteil einer geregelten Arbeitszeit und eines festen Urlaubsanspruchs scheint demnach in seiner Bedeutung für die Entscheidung der Ärzte, im Krankenhaus zu bleiben, abgenommen zu haben.

Aufgrund dieser Überlegungen erscheint es berechtigt, für den betrachteten Zeitraum davon auszugehen, daß der beobachtete Anstieg des ärztlichen Produktionsvolumens in Höhe von 94,8 v. H. bei etwa gleicher oder sogar verringerter Arbeitszeit entstanden ist. Berücksichtigt man die Zunahme der ärztlichen „Vollpraxen" um 12,3 v. H., so ergibt sich eine Erhöhung des Leistungsvolumens je Praxis in der Zeit von 1959 bis 1971 um 73,4 v. H. (Tabelle 3-2a). Damit lag der Anstieg des Leistungsvolumens je Praxis sogar über dem Anstieg des Leistungsbedarfs je Versicherten (71,1 v. H.). Dies bedeutet aber nichts anderes, als daß es einer gleich hohen Zahl von niedergelassenen Ärzten bei in etwa unveränderter Arbeitszeit möglich war, sowohl mehr Personen ärztlich zu versorgen als auch die Zahl der ärztlichen Leistungen zu erhöhen.

[5] Wie die Ergebnisse der Ärztestatistik 1974 zeigen, hat die Zahl der niedergelassenen Ärzte je 10 000 Einwohner 1973 wieder zugenommen, und zwar von 8,25 auf 8,33. Auch der Rückgang des Anteils der niedergelassenen Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte von 47,7 v. H. auf 47,0 v. H. ist im Vergleich zum Durchschnitt früherer Jahre ausgesprochen gering (vgl. Tabelle 2-1).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3-2a: **Bestimmungsfaktoren des Angebots von ärztlichen Leistungen**

Jahr	Praxen[a)]	Behandlungsfälle je Versicherten in RVO-Kassen[b)]	Wohnbevölkerung[c)]	Behandlungsfälle insgesamt	Behandlungsfälle je Praxis	Leistungsbedarf je Behandlungsfall in RVO-Kassen bei Konstanz der Gebührenordnung (GOÄ)[d)]	Leistungsvolumen (= Produktionsvolumen) zu konstanten Preisen je Praxis	Leistungsvolumen (= Produktionsvolumen) zu konstanten Preisen insgesamt
	1	2	3	2 × 3 → 4	4 : 1 → 5	6	5 × 6 → 7	7 × 1 → 8
	Anzahl		Anzahl in 1 000		Anzahl	in DM		in 1 000 DM
1959	40 324	2,68	53 845	144 305	3 579	20,20	72 288	2 914 941
1963	43 521	2,87	57 587	165 275	3 798	21,89	83 129	3 617 857
1967	42 792	3,10	59 873	185 606	4 337	23,38	101 409	4 339 494
1971	45 284	3,47	61 302	212 718	4 697	26,69	125 374	5 677 436
	Veränderung in v. H.							
1959 - 63	+ 7,93	+ 7,09	+ 6,95	+ 14,53	+ 6,1	+ 8,36	+ 15,00	+ 24,11
1963 - 67	− 1,70	+ 8,01	÷ 3,97	+ 12,30	+ 14,2	+ 6,80	+ 21,99	+ 19,95
1967 - 71	+ 5,82	+ 11,93	+ 2,39	+ 14,61	+ 8,3	+ 14,16	+ 23,63	+ 30,83
1959 - 71	+ 12,30	+ 29,51	+ 13,85	+ 47,41	+ 31,2	+ 32,13	+ 73,40	+ 94,77

a) Siehe Anmerkung. — b) Aus Tab. 3-1, Sp. 5. — c) Aus Tab. 3-1, Sp. 1. — d) Aus Tab. 3-1, Sp. 7.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anmerkung zu Tabelle 3-2a

Ermittlung der an der ambulanten ärztlichen Versorgung beteiligten Praxen

Die durchschnittlichen Einnahmen je Praxis von Kassenpatienten ergeben sich aus den Ausgaben der GKV für ärztliche Behandlung dividiert durch die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Personen. Dieser Wert muß, sofern man die Ergebnisse der Kostenstrukturerhebung als repräsentativ ansieht, gleich den durchschnittlichen Einnahmen aus Kassenpraxis sein. Auf diese Weise läßt sich ermitteln, wieviel Praxen an der ärztlichen Versorgung beteiligt waren.

Jahr	Einnahmen aus Kassenpraxis nach Kostenstrukturerhebung	Ausgaben der GKV für ambulante ärztliche Versorgung	Praxen	Zugelassene Kassenärzte	Niedergelassene Ärzte
	1	2	2 : 1 → 3	4	5
	in DM	in Mio. DM	Anzahl		
1959	41 337	1 666,9	40 324	36 864	47 813
1963	55 747	2 426,2	43 521	43 667	50 375
1967	94 315	4 036,0	42 792	43 821	49 940
1971	146 804	6 647,8	45 284	45 058	51 159

In der folgenden Untersuchung wird davon ausgegangen, daß die ärztliche Versorgung der Bevölkerung also sowohl der Kassenpatienten als auch der Privatpatienten von den in Spalte 3 ermittelten Praxen vorgenommen wurde. Daß diese Annahme für die Kassenpatienten berechtigt ist, ergibt sich aus der Überlegung, daß die Ausgaben der GKV für ärztliche Behandlung dividiert durch die Zahl der ärztlichen Praxen ex definitione gleich den Einnahmen aus Kassenpraxis je Praxis sind. Sie zeigt sich weiterhin daran, daß die errechnete Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Praxen etwa der Zahl der zugelassenen Kassenärzte entspricht. Für die Privatpatienten ergibt sich die Berechtigung daraus, daß aufgrund von Kontrollberechnungen festgestellt werden konnte, daß die sich aus der Multiplikation von Honorar, Leistungsbedarf je Privatpatient und Zahl der Privatpatienten ergebenden Ausgaben der Privatpatienten für ärztliche Behandlung dividiert durch die Zahl der in Spalte 3 ermittelten Praxen gleich den Einnahmen aus Privatpraxis ist, die in den Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes ausgewiesen wurden. Das bedeutet aber, daß sich auch Privatpatienten vorwiegend von Ärzten behandeln ließen, die gleichzeitig Kassenärzte waren. Die relativ hohe Differenz zwischen der in Spalte 3 ermittelten Zahl der Praxen und der Zahl der niedergelassenen Ärzte ist dadurch erklärbar, daß es sich hier zu einem großen Teil um nicht mehr voll erwerbstätige Ärzte handelt, andererseits aber um solche Ärzte, durch die ein Mehrbedarf befriedigt wird, der nicht von gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird (Ärzte an Kur- und Badeorten).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3-2b: **In ärztlichen Praxen eingesetzte Faktormengen**

Jahr	Beschäftigte Personen je Praxis		Produktionsvolumen		Kapitaleinsatz je Praxis (Wert der Praxiseinrichtung)	Nachrichtlich: Bruttoinlandsprodukt[b] je Erwerbstätigen = gesamtwirtschaftl. Arbeitsproduktivität
	ohne Ärzte	einschl. Ärzte	je Praxis[a]	je Beschäftigten (= Arbeitsproduktivität der ärztl. Praxis)		
	1	2	3	3 : 2 → 4	5	6
	Anzahl		in DM			
1959	2,40	3,42	72 288	21 137	6 922	11 740[c]
1963	2,69	3,70	83 129	22 467	13 836	14 029
1967	3,12	4,13	101 409	24 554	16 358	16 729
1971	3.65	4,66	125 374	26 904	19 626	20 480[d]
	Veränderung in v. H.					
1959 - 63	+ 11,93	+ 8,18	+ 15,00	+ 6,29	+ 99,88	+ 19,50
1963 - 67	+ 16,09	+ 11,62	+ 21,99	+ 9,29	+ 18,22	+ 19,25
1967 - 71	+ 16,48	+ 12,83	+ 23,63	+ 9,57	+ 19,97	+ 22,42
1959 - 71	+ 51,83	+ 36,26	+ 73,40	+ 27,28	+ 183,53	+ 74,45

a) Aus Tab. 3-2 a, Sp. 7. — b) Bruttoinlandsprodukt in Preisen von 1962. — c) Bundesrepublik ohne Saarland und Berlin (West). — d) Vorläufige Ergebnisse.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie C, Unternehmen und Arbeitsstätten, Reihe 1, Die Kostenstruktur in der Wirtschaft, IV. Freie Berufe 1959 ff. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Vollbeschäftigung für Morgen. Jahresgutachten 1974/75. Stuttgart und Mainz 1974, S. 231.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Es ist allerdings kaum anzunehmen, daß die ärztliche Arbeitszeit je Behandlungsfall stark vermindert werden kann, da hier die unmittelbare ärztliche Tätigkeit erfordernde Diagnose sowie die Festlegung und Kontrolle der Therapie im Vordergrund der erstellten Leistungen steht. Das bedeutet aber wiederum, daß der festgestellte Anstieg des Leistungsvolumens je Praxis vornehmlich dadurch entstanden sein muß, daß der ärztliche Arbeitsaufwand für die Erstellung der zur Diagnose und Therapie eingesetzten und abgerechneten medizinischen Leistungen durch eine erhöhte Inanspruchnahme von „Vorleistungen" erheblich verringert wurde. Da in dem betrachteten Zeitraum der Leistungsbedarf je Behandlungsfall um 32,1 v. H. gestiegen ist, während sich die Zahl der Behandlungsfälle je Praxis um 31,2 v. H. erhöhte, ergibt sich, daß es den Ärzten gelungen sein muß, trotz des gestiegenen Leistungsbedarfs je Fall zur Erstellung dieser Leistungen im Jahre 1971 rd. 30 v. H. weniger Zeit aufzuwenden als 1959.

Der beobachtete Anstieg des Leistungsvolumens je Praxis kann durch folgende Faktoren entstanden sein:

— Erhöhung des Einsatzes von Hilfspersonen (Sprechstundenhilfe, med.-technische Assistenten),
— Erhöhung des Kapitaleinsatzes,
— Erhöhung des Einsatzes von Vorleistungen sowie
— technischen Fortschritt.

Welche Bedeutung diesen Faktoren für die Erhöhung des Leistungsvolumens je Praxis zukommt, ist im einzelnen nicht feststellbar. Aus der beträchtlichen Erhöhung des Einsatzes von Hilfspersonal von 2,4 Personen je Praxis im Jahre 1959 auf 3,7 Personen im Jahre 1971, also einer Steigerung um 51,8 v. H. (Tabelle 3-2b) kann jedoch geschlossen werden, daß ein Großteil des Anstiegs des Leistungsvolumens durch Delegation von Arbeiten auf Hilfspersonal ermöglicht wurde.

Bezieht man das insgesamt erstellte Leistungsvolumen auf die Gesamtzahl der in ärztlichen Praxen tätigen Personen (Arbeitsproduktivität der ärztlichen Praxen), so ergibt sich für die Zeit von 1959 bis 1971 lediglich ein Anstieg von 27,3 v. H. Demgegenüber stieg das Leistungsvolumen je Praxis um 73,4 v. H. Dieser Unterschied macht deutlich, daß die Erhöhung des Leistungsvolumens vorwiegend darauf zurückzuführen ist, daß von dem behandelnden Arzt für die eigentliche ärztliche Leistung — Diagnose und Bestimmung der Therapie — in zunehmendem Umfange „Vorleistungen" in Anspruch genommen wurden, die von „ärztlichem" Hilfspersonal in der eigenen Praxis hergestellt wurden. Ob der oben errechnete Anstieg der Arbeitsproduktivität in ärztlichen Praxen von 27,3 v. H. dagegen durch technischen Fortschritt innerhalb

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der ärztlichen Praxis selbst, einen erhöhten Kapitaleinsatz oder gar einen Anstieg des Arbeits- und Kapitaleinsatzes sowie des technischen Fortschritts bei den außerhalb der ärztlichen Praxis erstellten Vorleistungen entstanden ist, läßt sich nicht angeben.

Es ist allerdings zu vermuten, daß die Zunahme der innerhalb der ärztlichen Praxis erstellten Leistungen mit einem Anstieg des Kapitaleinsatzes verbunden war. Hierbei kann es sich sowohl um einen stärkeren Einsatz vorhandener Geräte als auch um den Einsatz von neu angeschafften Geräten handeln. Die Vermutung einer steigenden Kapitalausstattung der Praxen von niedergelassenen Ärzten wird durch die vorliegenden Praxisanalysen bestätigt, wonach die apparative Ausstattung der Arztpraxen ständig zugenommen hat.

Betrachtet man daraufhin die in den Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes ermittelte Entwicklung des Wertes der Praxiseinrichtung, so ergibt sich zwar der erwartete Anstieg, die absolute Höhe des Praxiswertes — 1971: 19 600,— DM — enthält jedoch keinen sinnvollen Aussagewert, da es sich um Werte der Steuerbilanz handelt, die erheblich unter den tatsächlichen Werten liegen. Dies ist dadurch bedingt, daß von historischen Anschaffungskosten ausgegangen wird und die steuerlich zulässige Abschreibungsperiode teilweise beträchtlich unter der tatsächlichen Nutzungsdauer liegt. Des weiteren ist in diesem Wert die Anschaffung nicht aktivierungspflichtiger Einrichtungsgegenstände nicht enthalten. Wie stark der Kapitaleinsatz in ärztlichen Praxen gestiegen ist, läßt sich also kaum ermitteln, da weder die Höhe des investierten Kapitals noch die Auslastung des vorhandenen Kapitals zuverlässig abgeschätzt werden können.

Vergleichen wir die Entwicklung der Arbeitsproduktivität in ärztlichen Praxen mit der gesamtwirtschaftlichen Arbeitsproduktivität, so zeigt sich, daß die gesamtwirtschaftliche Arbeitsproduktivität (reales Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen) in dem betrachteten Zeitraum mehr als doppelt so stark gestiegen ist wie die Arbeitsproduktivität der ärztlichen Praxen. Hieran wird deutlich, daß ein Anstieg der Arbeitsproduktivität im ärztlichen Bereich offenbar schwerer erreichbar ist, als in anderen Wirtschaftsbereichen. Das heißt aber nichts anderes, als daß dem Produktionsfaktor Arbeit in ärztlichen Praxen eine stärkere Bedeutung zukommt als dies im Durchschnitt der Wirtschaft der Fall ist. Zu einem verstärkten Anstieg der Arbeitsproduktivität könnte es allerdings kommen, wenn in der ärztlichen Praxis in vermehrtem Umfange kapitalintensive Leistungen erstellt werden. Das aber würde bedeuten, daß die eigentliche Leistung der Ärzte gegenüber dem zur Erstellung einer Diagnose sowie zur Therapie erforderlichen Sachaufwand noch stärker zurücktritt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

2. Die Preise für ärztliche Leistungen

Welche Preise die niedergelassenen Ärzte im Durchschnitt für die einzelne Leistung erzielt haben, ergibt sich aus der Division des Umsatzes der ärztlichen Praxen durch das je Praxis erstellte Leistungsvolumen. Hiernach stiegen die Preise für ärztliche Leistungen in dem Zeitraum von 1959 bis 1971 um 85,5 v. H., und zwar von 76,8 v. H. der Einfachsätze der GOÄ auf 142,4 v. H. (Tabelle 3-3). Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Preisindex des Bruttosozialproduktes um 55,5 v. H. Daß die Preissteigerungsrate bei ärztlichen Leistungen höher lag, wird verständlich, wenn man berücksichtigt, daß der Anstieg der Arbeitsproduktivität in ärztlichen Praxen mit 27,3 v. H. erheblich unter dem Anstieg der gesamtwirtschaftlichen Arbeitsproduktivität in Höhe von 74,5 v. H. lag (Tabelle 3-2b). Allein aus der überdurchschnittlichen Preissteigerung für ärztliche Leistungen auf einen überdurchschnittlichen Anstieg der ärztlichen Einkommen zu schließen, wäre jedoch voreilig. Hierzu ist es erforderlich, die Entwicklung der Kosten in die Betrachtung mit einzubeziehen.

Der oben ermittelte Preisanstieg für ärztliche Leistungen gibt nur den für eine bestimmte Leistung im Durchschnitt erzielten Preis wieder. Betrachtet man die Preise für ärztliche Leistungen im einzelnen, so gilt nicht nur, daß für unterschiedliche Leistungen auch unterschiedliche Preise gezahlt werden, sondern die Preise für eine gleiche Leistung unterscheiden sich je nach Zugehörigkeit eines Patienten zu einer bestimmten Versichertengruppe.

Entsprechend dem gruppenorientierten Aufbau unseres Systems der sozialen Sicherung ist zwischen folgenden Gruppen zu unterscheiden:

— den Mitgliedern der RVO-Kassen,
— den Ersatzkassenmitgliedern,
— den Privatpatienten und
— bestimmten Gruppen des öffentlichen Dienstes (Soldaten, Polizei, Grenzschutz, Zivildienst).

Zwischen den Versicherungsträgern dieser Gruppen und den kassenärztlichen Vereinigungen werden unterschiedliche Preise vereinbart. Hierbei unterscheiden sich die Preise nicht nur im Niveau, sondern auch in der Struktur, was dadurch bedingt ist, daß bei den einzelnen Gruppen unterschiedliche Gebührenordnungen angewendet werden. So gilt bei den RVO-Mitgliedern der BMÄ, bei den Ersatzkassen die E-Adgo, während bei der Abrechnung mit den übrigen Gruppen die GOÄ zugrundegelegt wird.

Die Möglichkeit unterschiedliche Gebührenordnungen festzusetzen, hat nun einerseits den Vorteil, daß einzelne Kassen ihren Versicherten eine

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3-3

Durchschnittspreis für ärztliche Leistungen

Jahr	Gesamtleistung (Umsatz) je Praxis[a)]	Leistungsvolumen je Praxis in konstanten Preisen nach GOÄ[b)]	Durchschnittliches Honorar (= Preis) je Leistungseinheit nach GOÄ
	1	2	1 : 2 → 3
		in DM	
1959	55 484	72 288	0,7675
1963	74 861	83 129	0,9005
1967	120 889	101 409	1,1921
1971	178 538	125 374	1,4240
		Veränderung in v. H.	
1959 - 63	+ 34,92	+ 15,00	+ 17,33
1963 - 67	+ 61,48	+ 21,99	+ 32,38
1967 - 71	+ 47,69	+ 23,63	+ 19,45
1959 - 71	+ 221,78	+ 73,40	+ 85,50

a) Eigene Berechnung nach Kostenstrukturerhebung.
b) Aus Tab. 3-2 a, Sp. 7.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie C, Unternehmen und Arbeitsstätten, Reihe 1, Die Kostenstruktur in der Wirtschaft, IV. Freie Berufe, 1959 ff.

Gebührenstruktur anbieten können, die ihnen für ihre Versicherten optimal erscheint. Andererseits entsteht aber durch eine bestimmte Sondervorteile sichernde Gebührenordnung ein Sog auf die Gebührenstruktur bei anderen Gruppen. Ein Beispiel hierfür ist der Übergang zur Einzelleistungsvergütung. So waren die Ersatzkassen bereit, zur Einzelleistungsvergütung überzugehen, um ihren Versicherten eine den Privatpatienten ähnliche Behandlung zu sichern, da hier schon immer nach Einzelleistungen vergütet wurde. Es dauerte jedoch nicht lange, bis sich auch die RVO-Kassen gezwungen sahen, dem durch das Einzelleistungssystem entstehenden Sog nachzugeben und auch für ihre Versicherten zur Einzelleistungshonorierung überzugehen. Ein anderes Beispiel ist die von den Ersatzkassen 1970 eingeleitete Änderung der E-Adgo in

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Richtung einer verbesserten Honorierung der eigentlichen ärztlichen Leistungen (Diagnose, ärztliche Untersuchung). Auch hier ist der Zeitpunkt abzusehen, zu dem auch die RVO-Kassen zu einer verbesserten Vergütung der unmittelbaren ärztlichen Leistungen übergehen werden. Das gleiche gilt grundsätzlich auch für die GOÄ, deren Änderung seitens der Ärzte auch angestrebt wird[6].

Wie aus der Tabelle 3-3 hervorgeht, entstand die größte Steigerung der durchschnittlichen Preise in der Periode des Übergangs zur Einzelleistungsvergütung. Der Preisanstieg ist damit die Folge des durch die Einzelleistungsvergütung bei Privatpatienten und dem Übergang der Ersatzkassen zur Einzelleistungsvergütung verstärkt wirksam werdenden Zwangs für die RVO-Kassen, zu einem höhere Durchschnittspreise sichernden Gebührensystem überzugehen. Die starke Marktposition der Ärzte äußert sich hier also weniger in dem Aushandeln höherer Preise bei einzelnen Gruppen, sondern sie ist eine Folge der Interdependenz der Preisstruktur für ärztliche Leistungen.

Welche Bedeutung den Preisunterschieden zwischen RVO-Kassen, Ersatzkassen und Privatpatienten zukommt, zeigt die Tabelle 3-4 a. Hiernach wurden von den RVO-Kassen 1971 lediglich Honorare in Höhe von 125,6 v. H. der Einfachsätze der GOÄ gezahlt. Damit lagen die Honorare der RVO-Kassen um 11,8 v. H. unter dem durchschnittlichen Honorar in Höhe von 142,4 v. H. der Einfachsätze der GOÄ. Demgegenüber wurde von den Ärzten bei Privatpatienten im Durchschnitt ein Honorar von rd. 250 v. H. der Einfachsätze der GOÄ abgerechnet, so daß die Honorare von Privatpatienten um 75,5 v. H. über den von den Ärzten im Durchschnitt erzielten Honoraren lagen. Zwischen diesen beiden Werten lagen die Honorare der Ersatzkassen mit 151,2 v. H. der Einfachsätze der GOÄ. Etwa gleich hohe Honorare werden den Ärzten aufgrund von Sonderverträgen des BMV, des BMI sowie des BMA für die Behandlung der von diesen Ministerien vertretenen Gruppen (Soldaten, Grenzschutz, Zivildienst) gezahlt.

Außer der Honorardifferenzierung zwischen RVO-Kassenmitgliedern, Ersatzkassenmitgliedern und Privatpatienten gibt es unter den RVO-Kassen noch eine Differenzierung der Preise

— nach Kassenarten (OKK, IKK, BKK) sowie

— nach Regionen (Honorarverträge unterscheiden sich nach Landesverbänden der Kassen).

---

[6] Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft. Hrsg. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern), 1973, S. 129.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3-4a

Preise für ärztliche Leistungen bei einzelnen Versichertengruppen (in v. H. der Einfachsätze der GOÄ)

Jahr	Ärztliche Honorare			
	im Durchschnitt je Leistungseinheit[a)]	RVO-Kassen im Durchschnitt[b)]	Ersatzkassen[c)]	Privatpatienten[d)]
	1	2	3	4
	in v. H. der Einfachsätze der GOÄ			
1959	76,75	63,68	·	·
1963	90,05	73,15	100,0	·
1967	119,21	98,87	125,0	ca. 200
1971	142,40	125,58	151,2	ca. 250
	Veränderung in v. H.			
1959 - 63	+ 17,33	+ 14,86	·	·
1963 - 67	+ 32,38	+ 35,17	+ 25,00	·
1967 - 71	+ 19,45	+ 27,01	± 20,96	ca. + 25
1959 - 71	+ 85,50	+ 97,20	·	·

a) Aus Tab. 3-3, Sp. 3 multipliziert mit 100.

b) Aus Hilfstabelle 3-4 a, Sp. 4.

c) Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V. (Bericht eines Arbeitskreises), Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge. Arzteinkommen, Honorierungssystem und ärztliche Tätigkeit. Berlin 1974, S. 66.

d) Nach Schätzung der PKV.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Hilfstabelle zu 3-4a

Berechnung des Honorars für ärztliche Leistungen bei RVO-Versicherten — zu konstanten Preisen —

Jahr	Leistungsbedarf je Versicherten in RVO-Kassen[a)]	Versicherte in RVO-Kassen[b)]	Gesamtvergütung insgesamt[c)]	Honorar bei RVO-Versicherten (Gesamtvergütungsquotient)
	1	2	3	3 : (1 × 2) = 4
	in DM zu konstanten Preisen (GOÄ)	Anzahl in 1 000	in 1 000 zu laufenden Preisen	in v. H. der Einfachsätze der GOÄ
1959	54,14	36 884	1 271 546	63,68
1963	62,82	39 447	1 812 747	73,15
1967	72,48	40 613	2 910 421	98,87
1971	92,61	41 537	4 830 947	125,58

a) Aus Tab. 3-1, Sp. 8.
b) Aus Tab. 3-1, Sp. 4.
c) Eigene Berechnung: Gesamtvergütung je Mitglied und Jahr multipliziert mit der Zahl der Mitglieder.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1971, S. 9, 66.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3-4b: **Preisunterschiede für ärztliche Leistungen**

Jahr	Ärztliche Honorare[a)]						
	im Durchschnitt je Leistungseinheit		RVO-Kassen in v. H. des durchschnittl. Honorars	Ersatzkassen in v. H. des durchschnittl. Honorars	Privatpatienten in v. H. des durchschnittl. Honorars	Differenz zwischen Ersatzkassen und RVO-Kassen	Differenz zwischen Privatpatienten und Ersatzkassen
	in v. H. der GOÄ	Durchschnitt = 100					
	1	2	3	4	5	4-3 → 6	5-4 → 7
1959	76,75	100	82,97	—	—	—	—
1963	90,05	100	81,23	111,05	—	29,82	—
1967	119,21	100	88,94	104,86	167,77	21,92	62,91
1971	142,40	100	88,19	106,18	175,56	17,99	69,38

a) Berechnet nach Tab. 3-4 a.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3-5a: **Preisunterschiede zwischen einzelnen RVO-Kassen**

Jahr	Ärztliches Honorar							
	OKK	LKK	BKK	darunter			IKK	RVO-Kassen insgesamt
				BKK-Bundesbahn[a)]	BKK-Bundespost	BKK-Siemens		
	1	2	3	4	5	6	7	8
	je Leistungseinheit[b)]							
1959	83,2	80,8	89,2	92,0	97,6	98,3	92,8	84,7
1963	96,5	97,6	98,8	99,1	102,9	113,0	102,8	97,2
1967	98,6	99,9	99,2	99,4	98,0	100,5	101,1	98,9
1970	109,2	107,8	110,4	110,0	105,0	114,0	110,7	109,5
	in v. H. des durchschnittlichen, jeweils geltenden Honorars							
1959	98,2	95,4	105,3	108,7	115,2	116,0	109,6	100
1963	99,3	100,4	101,7	102,0	105,9	116,2	105,8	100
1967	99,7	101,0	100,3	100,5	99,1	101,6	102,2	100
1970	99,7	98,5	100,8	100,5	95,9	104,1	101,1	100

a) Nur allgemein Versicherte. — b) Ermittelt aus Gesamtvergütung je Fall dividiert durch Leistungsbedarf je Fall.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1971, S. 69, 75, 77, 80.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3-5b

Preisunterschiede zwischen einzelnen Landesverbänden der Ortskrankenkasse 1972/1973

Kassenärztliche Vereinigung	Honorar			
	in v. H. der Einfachsätze des BMÄ für		in v. H. des durchschnittl. Honorars	
	I. Quartal 1972	I. Quartal 1973	I. Quartal 1972	I. Quartal 1973
	1	2	3	4
Bayern	117	127	94,91	97,37
Berlin	116,7	128	94,67	98,14
Bremen	132	133,5	107,08	102,35
Hamburg	124,5	125,2	101,00	95,99
Hessen	128	133,25	103,84	102,16
Niedersachsen	123,3	130,06	100,02	99,72
Nordrhein	117,93	130	95,67	99,67
Koblenz	119,85	132	97,23	101,20
Rheinhessen	125,5	132	101,81	101,20
Pfalz	125,2	133	101,57	101,97
Trier	125,5	132	101,81	101,20
Südwürttemberg	124	131,25	100,59	100,63
Freiburg	124,25	131,75	100,80	101,01
Saarland	117,96	124,25	95,69	95,26
Schleswig-Holstein	122	128,8	98,97	98,75
Westfalen-Lippe	122,1	129	99,05	98,90
Nordbaden	126,5	133,3	102,62	102,20
Nordwürttemberg	126,5	133,3	102,62	102,20
ungewichteter Durchschnitt	123,27	130,43	100	100

Quelle: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V. (Bericht eines Arbeitskreises), Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge. Arzteinkommen, Honorierungssystem und ärztliche Tätigkeit, Berlin 1974, S. 67.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die hier entstehenden Preisunterschiede betreffen jedoch allein das Preisniveau, da bei den Verhandlungen mit allen RVO-Kassen der BMÄ zugrundegelegt wird. Der Grund für diese Preisunterschiede liegt darin, daß zwischen den RVO-Kassen und der KBV keine bundeseinheitlichen Honorarverträge geschlossen werden, obwohl dies sowohl seitens der Ärzte als auch seitens der RVO-Kassen verschiedentlich vorgeschlagen wurde. Daß diese Anregungen bislang nicht realisiert wurden, ist darauf zurückzuführen, daß die RVO-Kassen regional gegliedert sind und die KBV nach § 368 g Abs. 1 RVO gehalten ist, bei den Honorarvereinbarungen die wirtschaftliche Lage der betreffenden Kasse zu berücksichtigen. Dies hat zur Folge, daß wirtschaftlich schwache Kassen weiterhin an regional und nach Kassenarten unterschiedlichen Honorarverträgen interessiert sind. Bei wirtschaftlich starken Kassen ist die Interessenlage dagegen genau umgekehrt. Andererseits ist aber auch nicht auszuschließen, daß wirtschaftliche Überlegungen der Ärzteseite dazu führen, daß bundeseinheitliche Honorarabschlüsse bislang nicht existieren.

Welche Bedeutung diesen Preisdifferenzen zukommt, zeigen die Tabellen 3-5 a und 3-5 b. Hiernach schwankten die Honorare der niedergelassenen Ärzte bei den RVO-Kassen im Jahre 1959 zwischen 80,8 bei den Landkrankenkassen und 98,3 bei der BKK-Siemens. Vergleichen wir diese Honorare mit dem im Durchschnitt von den RVO-Kassen gezahlten Honorar in Höhe von 84,7 v. H., so lagen also die Honorare der Landkrankenkassen fast 5 v. H. unter und die Honorare der BKK-Siemens 16 v. H. über dem durchschnittlichen Honorar. Die OKKen zahlten Honorare in Höhe von 83,2 v. H., ein Wert, der allerdings immer noch um 1,8 v. H. unter dem durchschnittlichen Honorar lag. Die Honorarunterschiede zwischen den RVO-Kassen haben sich jedoch seitdem beträchtlich verringert, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, daß die RVO-Kassen in verstärktem Umfange bemüht sind, größere Honorarunterschiede zu verhindern. So betrugen die Abweichungen vom durchschnittlichen Honorar 1970 bei der Landkrankenkasse nur noch 1,5 v. H. und bei der BKK-Siemens 4,1 v. H. Gleichzeitig näherte sich auch das von den OKKen gezahlte Honorar dem durchschnittlichen Honorar; die Abweichung vom durchschnittlichen Honorar betrug lediglich 0,3 v. H.

Entsprechende Honorarunterschiede ergeben sich zwischen den einzelnen Landesverbänden der RVO-Kassen. So schwankten die Honorare der niedergelassenen Ärzte bei den einzelnen Landesverbänden der OKKen im 1. Halbjahr 1972 zwischen 116,7 v. H. der Einfachsätze des BMÄ (Berlin) und 132 v. H. (Bremen). Das durchschnittliche Honorar lag bei 123,3 v. H. der Einfachsätze des BMÄ. Damit lagen die in Bremen gezahlten Honorare um 7,1 v. H. über und die in Berlin gezahlten Honorare um 5,3 v. H. unter dem durchschnittlichen Honorar. Wie die Honorar-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

abschlüsse für 1973 zeigen, scheint sich aber auch hier eine Tendenz zur Verringerung der Honorarunterschiede anzubahnen (Tabelle 3-5 b).

Betrachtet man Preisdifferenzen aus der Sicht des Ökonomen, so sind sie grundsätzlich abzulehnen, sofern den Preisunterschieden keine unterschiedlichen Leistungen und damit unterschiedliche Kosten entsprechen. Sind die Leistungen gleich, so handelt es sich um Preisdifferenzierungen. Diese sind aber immer Ausdruck einer Monopolstellung des Anbieters. Ihr einziger Zweck besteht in einer Steigerung des Gewinns bzw. des Einkommens des Anbieters.

Diese rein ökonomische Beurteilung der Preisdifferenzierung vernachlässigt jedoch einen sozialpolitisch nicht unwesentlichen Effekt. Indem von einem Anbieter unterschiedliche Preise für unterschiedliche Käufergruppen festgelegt werden, gelingt dem Anbieter die Abschöpfung von Konsumentenrenten. Zwar entsteht für ihn eine Einkommenssteigerung, indem Personen mit hohem Einkommen einen hohen, Personen mit niedrigem Einkommen jedoch einen niedrigen Preis für eine gleiche Leistung zahlen, gleichzeitig entsteht aber unter den Nachfragern eine Nivellierung der Realeinkommen, also ein sozialpolitisch positiv zu beurteilender Effekt.

Wie eine Preisdifferenzierung zu beurteilen ist, hängt also letztlich davon ab, ob bei dem Anbieter überdurchschnittlich hohe Einkommen eintreten. Dies kann, muß jedoch nicht der Fall sein. Läßt sich nicht nachweisen, daß die Preisdifferenzierung zu überdurchschnittlichen Einkommen führt, so ist vielmehr anzunehmen, daß die betreffende Leistung einem Teil der Nachfrager zu einem unter den Kosten (Stückkosten oder sogar Grenzkosten) liegenden Preis angeboten wurde. Die ökonomisch negativ zu beurteilende Wirkung der Preisdifferenzierung (Monopoleinkommen) entfällt damit, und es verbleibt lediglich der Effekt einer sozialpolitisch erwünschten Einkommensnivellierung.

Bei dieser Betrachtung wurde unterstellt, daß es sich bei den beobachteten Preisunterschieden für ärztliche Leistungen um reine Preisdifferenzierungen handelt, den Unterschieden in den Preisen also keine Unterschiede in den Leistungen entsprechen. Sollten den Preisdifferenzen jedoch unterschiedliche Leistungen und damit unterschiedliche Kosten entsprechen, so wären sie ökonomisch gerechtfertigt. Aus sozialpolitischer Sicht wäre allerdings die Frage zu stellen, ob die betreffenden Leistungsunterschiede erwünscht sind. Ist das nicht der Fall, so ist eine Beseitigung der Preisunterschiede zu fordern. Dies hätte zwangsläufig zur Folge, daß bestehende Leistungsunterschiede abgebaut würden. Der Anbieter würde zu einer einheitlichen Leistung an alle Käufergruppen übergehen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wie die Unterschiede in den Honoraren für die Leistungen der niedergelassenen Ärzte zu beurteilen sind, hängt also entscheidend davon ab, ob es sich um Preisdifferenzierungen, i. e. unterschiedliche Preise für das gleiche Produkt, oder Preisdifferenzen, i. e. unterschiedliche Preise aufgrund von Produktdifferenzen, handelt. Ob sich die ärztlichen Leistungen insbesondere zwischen RVO-Patienten und Privatpatienten unterscheiden, ist fraglich, obwohl dies ab und zu behauptet wird. Unterschiede scheinen lediglich in bestimmten Nebenleistungen zu liegen, indem beispielsweise besser zahlende Patienten ohne größere Wartezeiten behandelt werden, evtl. außerhalb der ärztlichen Beratung ein privates Gespräch geführt wird oder bei einem nicht dringenden Fall ein Privatbesuch gemacht wird.

Diese Unterschiede in den erbrachten Leistungen erscheinen jedoch so gering, daß ihre Abschaffung nicht gefordert zu werden braucht. Auch reichen sie keineswegs aus, die beobachteten Honorarunterschiede zwischen RVO- und Privatpatienten durch entsprechende Kostenunterschiede zu erklären. Das heißt aber, es handelt sich vornehmlich um Preisdifferenzierungen und nicht um Preisdifferenzen. Die Unterschiede in den Honoraren, die den Ärzten von RVO-Mitgliedern, Ersatzkassenmitgliedern sowie Privatpatienten gezahlt werden, sind somit vornehmlich eine Folge der Marktstruktur, die es den Ärzten ermöglicht, die Honorare stärker am Einkommen i. e. an den Nachfrageelastizitäten der verschiedenen sozialen Gruppen zu orientieren, als an den Kosten der Leistungserstellung. Das bedeutet aber wiederum, daß diese Preisdifferenzierungen bei ökonomischem Verhalten der Ärzte die Aufgabe einer Orientierung der ärztlichen Honorare an der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Patientengruppen erfüllt haben könnten. Daß diese Preisdifferenzierungen in der Vergangenheit nicht zu Unzufriedenheit bei denjenigen geführt haben, die überdurchschnittliche Preise zahlten, liegt in der vermeintlichen Heterogenität der Leistungen sowie dem höheren Sozialprestige eines Ersatzkassen- oder gar Privatpatienten.

Betrachtet man das Zustandekommen der Honorarvereinbarungen zwischen Privatpatienten und Ärzten, so könnte man fast von einem „Honorardiktat" sprechen. Hier ist das Honorar Gegenstand einer privaten Vereinbarung zwischen dem Arzt und dem einzelnen Patienten. Zwar rechnet der Arzt nach einer Gebührenordnung ab, innerhalb dieser Gebührenordnung kann aber ein Vielfaches der Einfachsätze als Honorar vereinbart werden. Angesichts der wohl als relativ gering anzusehenden Nachfrageelastizität ist der Arzt weitgehend dazu in der Lage, das Honorar so festzulegen, wie es ihm angemessen erscheint. Daß dies um so leichter möglich ist, je höher die oben erwähnten Nebenleistungen sowie die vermeintlichen Leistungsunterschiede sind, ist dabei ohne Frage. Im

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

übrigen ist auch der sogenannte Privatpatient versichert und setzt einem hohen Honorar deshalb keinen entscheidenden Widerstand entgegen.

Bei den in der GKV-Versicherten ist die Höhe des Honorars dagegen das Ergebnis von Verhandlungen der Ärzteverbände und der jeweiligen Kassen. Aber auch hier bestehen Unterschiede. So verhandeln die Ersatzkassen zentral auf Bundesebene. Marktmorphologisch besteht hier also ein bilaterales Monopol. Daß trotz grundsätzlich gleich starker Verhandlungsposition der Vertragspartner höhere Honorare vereinbart werden als bei den RVO-Kassen, ist historisch bedingt. So waren die Ersatzkassen bemüht, über höhere Honorare ihren Mitgliedern eine bevorzugte Behandlung und ein damit höheres Sozialprestige zu verschaffen.

Daß dieses Ziel immer stärker in den Hintergrund tritt, äußert sich daran, daß sich die Unterschiede in den Honoraren der Ersatzkassen und den RVO-Kassen seit 1970 ständig verringert haben, und von den Ersatzkassenverbänden ein weiterer Abbau der Honorarunterschiede angestrebt wird. Andererseits ist aber festzustellen, daß die Ersatzkassen die Gebühren für die eigentliche ärztliche Leistung im Rahmen einer Änderung der Struktur der Gebührenordnung überdurchschnittlich erhöht, die Vergütungen für Laborleistungen dagegen gesenkt haben. Ob dies zu einer bevorzugten Behandlung von Ersatzkassenpatienten führt, sei dahingestellt. Je weniger dieses Ziel erreichbar ist, desto stärker sind allerdings die gegenüber den RVO-Kassen höheren Honorare als das Ergebnis einer Orientierung der Honorarvereinbarungen an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit anzusehen, und damit als Ausdruck der sozialen Ausgleichsfunktion der Ärzte.

Die Höhe des von den RVO-Versicherten gezahlten Honorars unterscheidet sich sowohl regional als auch nach Kassenart. Daß die RVO-Kassen keine bundeseinheitlichen Honorarverträge abschließen und auch nicht abschließen können, liegt in den Unterschieden in der Leistungsfähigkeit und dem Leistungsbedarf begründet. So schwankte bei den RVO-Kassen der Anteil der Pflichtmitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder im Jahre 1970 zwischen 78,1 v. H. (IKK) und 27,7 v. H. (LKK)[7] und der Anteil der Rentner zwischen 32,1 v. H. (OKK) und 11,7 v. H. (IKK)[8]. Ähnliche Unterschiede bestehen zwischen den Landesverbänden der einzelnen Kassen.

Diese Unterschiede haben zur Folge, daß es den einzelnen Kassen gegenwärtig gar nicht möglich ist, gleiche Honorare zu zahlen. Würden sie dazu gezwungen werden, so müßten sich die Unterschiede in den Beitragssätzen verstärken.

---

[7] Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1971, S. 13.

[8] Ebenda, S. 14.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Da den Versicherten der RVO-Kassen jedoch gleiche Leistungen gewährt werden, ist dies sozialpolitisch unerwünscht. Will man aber aus politischen Gründen einheitliche Leistungen bei für alle Versicherten einheitlichen, vom Einkommen abhängigen Beiträgen und gleichzeitig unterschiedliche Kassen, so ist dies bei unterschiedlicher Struktur der Versicherten der einzelnen Kassen (Einkommen, Alter, Zahl der mitversicherten Familienangehörigen) nur über einen Finanzausgleich möglich. Ein solcher Finanzausgleich kann theoretisch sowohl über eine Differenzierung der Preise vorgenommen werden als auch über direkte Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen nach Maßgabe ihrer Versichertenstruktur (Pflichtmitglieder, Rentner, Familienangehörige), d. h. den Unterschieden in der Leistungsfähigkeit und dem Leistungsbedarf.

Solange es einen solchen direkten Finanzausgleich nicht gibt, werden einheitliche Verhandlungen der Landesverbände der einzelnen Kassen ebenso scheitern wie bundeseinheitliche Verhandlungen der Landesverbände der jeweiligen Kassen. Hieraus folgt aber eine generelle verhandlerische Unterlegenheit der Kassenseite. Der stärkere Marktpartner, die KBV, ist in der Lage, die Honorarverhandlungen bei der wirtschaftlich stärksten Kasse zu beginnen. Infolge des gegenüber anderen Kassen geringeren Widerstandes gegen Honorarerhöhungen sind für die Ärzteseite günstige Honorarabschlüsse leichter zu erreichen. Diese wiederum haben aber einen Ausstrahlungseffekt auf die Verhandlungen mit den übrigen Kassen.

Trotz der schlechten Verhandlungsposition der RVO-Kassen lagen aber sowohl die im Durchschnitt von den RVO-Kassen gezahlten Honorare als auch die Beitragssätze unter denen der Ersatzkassen, die zentral — also auf Bundesebene — mit der KBV verhandeln. So stand einem durchschnittlichen Beitragssatz von 10,7 v. H. bei den OKKen ein durchschnittlicher Beitragssatz von 13,1 v. H. bei den Ersatzkassen für Angestellte gegenüber (1971). Das bedeutet aber, daß die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Mitglieder der jeweiligen Gruppen sowie die unterschiedliche Wertschätzung ärztlicher Leistungen die Honorarvereinbarungen für die einzelnen Versichertengruppen (RVO-Kassen, Ersatzkassen, Privatpatienten) beeinflußt haben dürften. Ob dies mit dem Ziel eines sozialen Ausgleichs erfolgte oder das Ergebnis der Marktstrategie eines Monopolisten mit dem Ziel „Einkommensmaximierung" ist, läßt sich nur durch eine Betrachtung der Höhe der ärztlichen Gesamteinkommen beurteilen.

3. Praxiskosten

Schon weiter oben wurde aufgezeigt, daß die beobachtete Steigerung des Leistungsvolumens der ärztlichen Praxen um 73,4 v.H. in dem Zeitraum von 1959 bis 1971 nur dadurch möglich war, daß zur Erstellung der ärzt-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lichen Leistungen mehr „Vorleistungen" in Anspruch genommen wurden. Dies hatte zwangsläufig einen Anstieg der Praxiskosten zur Folge, und zwar stiegen die Kosten je Praxis in dem betrachteten Zeitraum um 218,9 v.H. Hieraus ergibt sich ein Anstieg der Kosten je Leistungsmenge (Stückkosten) um 83,9 v.H. (Tabelle 3-6). Der Anstieg der Stückkosten lag also nur geringfügig unter dem Anstieg der Preise (85,5 v.H.).

Der größte Kostenanstieg ergab sich mit 419,9 v. H. bei den Personalkosten. Bezogen auf das je Praxis erstellte Leistungsvolumen bedeutet dies eine Erhöhung der Personalkosten um 199,8 v. H. Dieser im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten je Leistungsmenge um das 2 1/2fache größere Kostenanstieg ist eine unmittelbare Folge der notwendig gewordenen Substitution ärztlicher Arbeit durch ärztliches Hilfspersonal — ein Prozeß, der infolge der hohen Arbeitsintensität der von den Praxen der niedergelassenen Ärzte erstellten ärztlichen Leistungen bei einer Ausdehnung des Leistungsvolumens zwangsläufig zu einem Anstieg der Personalkosten je Leistungsmenge führen muß. Beachtung verdient weiterhin der Anstieg der Personalkosten je abhängig Beschäftigten in ärztlichen Praxen. Dieser Anstieg lag mit 241,9 v. H. erheblich über dem Anstieg der Bruttolöhne je abhängig Erwerbstätigen im Durchschnitt der Wirtschaft, der lediglich 170 v. H. betrug. Durch diesen überdurchschnittlich hohen Anstieg der Personalkosten je Beschäftigten kommt zum Ausdruck, daß die Delegation von Arbeiten auf ärztliches Hilfspersonal es erforderlich machte, in zunehmendem Umfange höher besoldete, i. e. besser qualifizierte Hilfskräfte einzustellen.

Ein unter dem durchschnittlichen Anstieg der Gesamtkosten je Praxis (218,9 v. H.) liegender Kostenanstieg ergab sich dagegen bei den Kapitalkosten und den sonstigen Kosten (Miete, Strom, Beiträge, Versicherungen, Kfz.-Kosten etc.), die um 151,8 v. H. bzw. um 147,5 v. H. anstiegen. Bezogen auf das erstellte Leistungsvolumen je Praxis stiegen diese Kostenkategorien lediglich um 45,2 v. H. bzw. um 42,7 v. H. Dieser Kostenanstieg entsprach also etwa dem Preisanstieg.

Schaltet man Preissteigerungen aus, so ergibt sich — vermutlich infolge des Auftretens von economies of scale — bei den sonstigen Kosten eine annähernde Konstanz der Kosten je Leistungsmenge. Ob dies auch der Grund für die zu beobachtende Konstanz der realen Kapitalkosten je Leistungsmenge ist, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Zwar ist es denkbar, daß die Kapazitätsauslastung vorhandener medizinischer Geräte mit dem Anstieg des Leistungsvolumens verbessert wurde, so daß die Kapitalkosten unterdurchschnittlich stark anstiegen, andererseits ist aber zu berücksichtigen, daß der in den Kostenstrukturstatistiken ausgewiesene Kapitaleinsatz nicht den tatsächlichen Kapitaleinsatz wiedergibt, so daß der Anstieg der Kapitalkosten möglicherweise zu niedrig ausgewiesen wird.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3-6: **Kosten der ärztlichen Leistungserstellung**

Jahr	Insgesamt	Personalkosten	Kapitalkosten (= Abschreibungen und Anschaffungen)	Sonstige Kosten	darunter		
					Verbrauch an Medikamenten	sonst. laufende Kosten	sonstige Kosten[a)]
	1	2	3	4	5	6	7
				je Praxis in DM			
1959	19 730	5 134	2 270	12 326	1 133	2 491	8 702
1963	26 593	8 158	2 845	15 590	1 633	3 488	10 469
1967	40 712	14 367	4 198	22 147	2 830	4 771	14 546
1971	62 913	26 692	5 716	30 505	4 532	6 511	19 462
				Veränderung in v. H.			
1959 - 63	+ 34,78	+ 58,90	+ 25,33	+ 26,48	+ 44,13	+ 40,02	+ 20,31
1963 - 67	+ 53,09	+ 76,11	+ 47,56	+ 42,06	+ 73,30	+ 36,78	+ 38,94
1967 - 71	+ 54,53	+ 85,79	+ 36,16	+ 37,74	+ 60,14	+ 36,47	+ 33,80
1959 - 71	+ 218,87	+ 419,91	+ 151,81	+ 147,49	+ 300,00	+ 161,38	+ 123,65
				je Leistungsmenge[b)]			
1959	0,2729	0,0710	0,0314	0,1705	0,0157	0,0345	0,1204
1963	0,3199	0,0981	0,0342	0,1875	0,0196	0,0420	0,1259
1967	0,4014	0,1417	0,0414	0,2184	0,0279	0,0470	0,1434
1971	0,5018	0,2129	0,0456	0,2433	0,0361	0,0519	0,1552

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

	Veränderung in v. H.						
1959 - 63	+ 75,22	+ 38,18	+ 8,99	+ 9,97	+ 24,8	+ 21,7	+ 4,6
1963 - 67	+ 25,47	+ 44,36	+ 21,04	+ 16,48	+ 42,3	+ 11,9	+ 13,9
1967 - 71	+ 25,01	+ 50,28	+ 10,15	+ 11,40	+ 29,4	+ 10,4	+ 8,2
1959 - 71	+ 83,88	+ 199,76	+ 45,19	+ 42,70	+ 12,99	+ 50,4	+ 28,9
	je abhängig Beschäftigten						
1959	8 221	2 139	946	5 136	472	1 038	3 626
1963	9 886	3 033	1 058	5 796	607	1 297	3 892
1967	13 049	4 605	1 346	7 098	907	1 529	4 662
1971	17 236	7 313	1 566	8 358	1 242	1 784	5 332
	Veränderung in v. H.						
1959 - 63	+ 20,25	+ 41,77	+ 11,8	+ 12,85	+ 28,60	+ 24,95	+ 7,34
1963 - 67	+ 31,99	+ 51,83	+ 27,2	+ 22,46	+ 49,42	+ 17,89	+ 19,78
1967 - 71	+ 32,09	+ 58,80	+ 16,4	+ 17,75	+ 36,93	+ 16,68	+ 14,37
1959 - 71	+ 109,67	+ 241,85	+ 65,57	+ 62,73	+ 163,14	+ 71,87	+ 47,05

a) Miete, Strom, Versicherungen, Beiträge usw. — b) Vgl. Tab. 3-2a, Sp. 7.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie C, Unternehmen und Arbeitsstätten, Reihe 1; Die Kostenstruktur in der Wirtschaft, IV. Freie Berufe 1959 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

IV. Die Einkommen der niedergelassenen Ärzte

Aus der in den Jahren 1959 - 1971 entstandenen Steigerung der Preise für ärztliche Leistungen um 85,5 v. H. und der Steigerung des Leistungsvolumens je Praxis um 73,4 v. H. ergibt sich ein Anstieg der Praxiseinnahmen von 221,8 v. H. Da die Praxiskosten mit 218,9 v. H. etwa gleich stark gestiegen sind, erhöhte sich der Anteil des Reinertrages der ärztlichen Praxen am Umsatz lediglich geringfügig von 64,4 v. H. auf 64,8 v. H. Dies bedeutet, daß der Reinertrag je Praxis von 1959 bis 1971 um 223,4 v. H. angestiegen ist (Tabelle 4-1). Bezieht man den Anstieg des Reinertrages auf die Zahl der in den ärztlichen Praxen tätigen Ärzte, so ist der Einkommensanstieg mit 217,8 v. H. allerdings etwas niedriger (Tabelle 4-2).

1. Vergleich mit anderen Erwerbstätigen

Der Anstieg der ärztlichen Einkommen lag mit 217,8 v. H. nicht nur über dem Anstieg der Bruttoeinkommen je Arbeitnehmer in dem betrachteten Zeitraum in Höhe von 176,4 v. H., sondern auch über dem Einkommensanstieg aller übrigen Berufe mit freiberuflicher Tätigkeit (Tabelle 4-2). Während die Einkommensrelation zu den abhängig Erwerbstätigen 1959 noch 1 : 5,5 betrug, erreichten die ärztlichen Einkommen 1971 das 6,4fache des durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommens. Da sich die Streuung der ärztlichen Einkommen außerdem kaum verändert hat, kann davon ausgegangen werden, daß dieser Einkommensanstieg bei allen niedergelassenen Ärzten in etwa der gleichen Höhe eingetreten ist.

Betrachten wir die Entwicklung der Einkommen der niedergelassenen Ärzte während einzelner Jahre, so zeigt sich, daß der beobachtete Einkommensanstieg keineswegs stetig eingetreten ist. Die Verbesserung der Einkommensrelation der niedergelassenen Ärzte ist ausschließlich auf die Einkommenssteigerungen in den Jahren von 1963 - 1967 zurückzuführen. So betrug der Anstieg der Einkommen der niedergelassenen Ärzte in der Periode 1963 - 1967 66,1 v. H. gegenüber einem Anstieg des Bruttoeinkommens aus abhängiger Tätigkeit je Arbeitnehmer von 31,5 v. H. Von entscheidender Bedeutung hierfür dürfte der in diesen Jahren vorgenommene Übergang von der Pauschalhonorierung zur Einzelleistungsvergütung gewesen sein. In den übrigen Perioden, also sowohl 1959 bis 1963 als auch 1967 - 1971 lag der Anstieg der Einkommen der niedergelassenen Ärzte dagegen unter dem Anstieg der Einkommen der abhängig Erwerbstätigen. Die von 1963 - 1967 erzielte Verbesserung der Einkommensrelation konnte nicht aufrechterhalten werden.

Betrachten wir den gesamten Zeitraum von 1959 - 1971, so war nicht nur der Anstieg der ärztlichen Einkommen überdurchschnittlich, sondern auch absolut lagen die ärztlichen Einkommen über den Einkommen an-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 4-1: **Ärztliche Einkommen und seine Bestimmungsfaktoren**

Jahr	Durchschnittliches Honorar (= Preis) je Leistungseinheit nach GOÄ[a] p	Leistungsvolumen je Praxis in konstanten Preisen nach GOÄ[b] x	Umsatz je Praxis[a] U	Kosten je Praxis[c] K	Einkommen je Praxis (Reinertrag) $Y = p \cdot x - K$
	1	2	3	4	5
			DM		
1959	0,7675	72 288	55 484	19 730	35 754
1963	0,9005	83 129	74 861	26 593	48 265
1967	1,1921	101 409	120 889	40 712	80 184
1971	1,4240	125 374	178 538	62 913	115 620
			Veränderung in v. H.		
1959 - 1963	+ 17,33	+ 15,00	+ 34,92	+ 34,78	+ 35,00
1963 - 1967	+ 32,38	+ 21,99	+ 61,48	+ 53,09	+ 66,13
1967 - 1971	+ 19,45	+ 23,63	+ 47,69	+ 54,53	+ 44,19
1959 - 1971	+ 85,50	+ 73,40	+ 221,78	+ 218,87	+ 223,38

a) Aus Tab. 3-3, Sp. 1 und Sp. 3. — b) Aus Tab. 3-2 a, Sp. 7. — c) Aus Tab. 3-6, Sp. 1.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 4-2: **Einkommen in ausgewählten freien Berufen nach den Ergebnissen der Kostenstrukturerhebungen**

Jahr	Ärzte	Rechtsanwälte u. Notare	Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, Steuerberater	Architekten	Beratende Ingenieure	Nachrichtlich: Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit je Arbeitnehmer	Nachrichtlich: Relation der Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit zum ärztlichen Einkommen
	1	2	3	4	5	6	7
	Durchschnittliches Einkommen pro Jahr[a) b)]						
1959	35 741	29 416	37 795	—	—	6 460[c)]	1 : 5,5
1963	47 574	44 548	50 627	50 676	84 892	8 957	1 : 5,3
1967	79 033	61 112	69 722	62 543	98 490	11 774	1 : 6,7
1971	113 570	76 480	101 826	79 734	123 602	17 856[d)]	1 : 6,4
	Veränderung in v. H.						
1959 - 1963	+ 33,1	+ 51,4	+ 34,0	—	—	+ 38,65	—
1963 - 1967	+ 66,1	+ 37,2	+ 37,7	+ 23,4	+ 16,0	+ 31,45	—
1967 - 1971	+ 43,7	+ 25,1	+ 46,0	+ 27,5	+ 25,5	+ 51,66	—
1959 - 1971	+ 217,8	+ 160,0	+ 169,4	—	—	+ 176,41	—

a) Reinertrag je Praxisinhaber. — b) Einzelpraxen und Sozietäten. — c) Ohne Saarland und Berlin (West). — d) Vorläufige Ergebnisse.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie C, Unternehmen und Arbeitsstätten, Reihe 1, Die Kostenstruktur in der Wirtschaft, IV. Freie Berufe, 1959 ff. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Vollbeschäftigung für Morgen, Jahresgutachten 1974/75, Stuttgart und Mainz 1974, S. 231.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 4-3: **Einkünfte aus selbständiger Arbeit in ausgewählten freien Berufen nach den Ergebnissen der Einkommensteuerstatistik 1968**

Berufsgruppe	Einkünfte in DM/Jahr	Einkünfte Streuung in v. H.	Einkommensrelation in v. H.
	1	2	3
Ärzte	84 766	58	100,0
Zahnärzte	75 929	57	89,6
Wirtschaftsprüfer	62 706	82	74,0
sonstige freie Berufe	61 390	.	72,4
Rechtsanwälte und Notare	57 741	87	68,1
Chemiker	48 017	135	56,6
Ingenieure	46 470	112	54,8
Architekten	42 239	100	49,8
Tierärzte	38 025	60	44,9
sonstige Wirtschaftsberater	37 080	142	43,7
Steuerbevollmächtigte	36 997	72	43,6
Heilpraktiker	23 210	110	27,4
Durchschnitt insgesamt	56 240	—	66,3

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie L, Finanzen und Steuern, Reihe 6, Einkommen- und Vermögensteuern, I. Einkommen- und Körperschaftsteuer 1968.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

derer vergleichbarer gesellschaftlicher Gruppen, mit Ausnahme der beratenden Ingenieure. Dieses Ergebnis folgt nicht nur aus den Kostenstrukturerhebungen. Es wird durch die vorliegenden Einkommensteuerstatistiken voll bestätigt.

Wie die Tabelle 4-3 zeigt, betrug das Einkommen der freiberuflich tätigen niedergelassenen Ärzte nach den Ergebnissen der Einkommensteuerstatistik für 1968 durchschnittlich 84 766,— DM. Dieses Einkommen war über 50 v. H. höher als das Durchschnittseinkommen aller freiberuflich tätigen Steuerpflichtigen. Gleichzeitig lagen die Einkommen der Ärzte an der Spitze der Einkommen aller erfaßten Gruppen der freiberuflich tätigen Steuerpflichtigen. Wie die aus den Kostenstrukturerhebungen ermittelten Ergebnisse zeigen, kann davon ausgegangen werden, daß dieser Einkommensvorsprung auch gegenwärtig noch besteht. So wurde das Durchschnittseinkommen der niedergelassenen Ärzte, das 1971 eine Höhe von 113 570,— DM erreichte, lediglich geringfügig von den Einkommen der Gruppe der beratenden Ingenieure übertroffen. Alle anderen vergleichbaren freien Berufe hatten jedoch teils beträchtlich geringere Einkommen. So lagen die Einkommen von Rechtsanwälten und Notaren 1968 mit 57 741,— DM bei etwa 2/3 der ärztlichen Einkommen und die Einkommen der Tierärzte erreichten mit 38 025,— DM weniger als die Hälfte der Einkommen der niedergelassenen Ärzte (Tabelle 4-3).

Interessant erscheint weiterhin die im Vergleich zu den anderen freien Berufen relativ geringe Streuung der ärztlichen Einkommen. Hieraus geht hervor, daß zwischen den niedergelassenen Ärzten entweder erheblich geringere Unterschiede hinsichtlich des Umfanges der Arbeitszeit sowie der Arbeitsqualität bestehen als bei anderen freien Berufen oder sich derartige Unterschiede nicht in dem Maße wie bei anderen freien Berufen in entsprechenden Unterschieden in der Höhe des Einkommens niederschlagen.

2. Vergleich mit anderen Arztgruppen

Erheblich schlechter als für die niedergelassenen Ärzte sind die Informationen über die Einkommen der im Krankenhaus und im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Ärzte. Zwar ist es möglich, aus der Tarifstruktur der Ärzte deren Einkommen abzuschätzen. Dieses Einkommen enthält jedoch nur einen — oft sogar nur geringen Teil — des ärztlichen Gesamteinkommens.

Betrachten wir die Einkommen der Ärzte in Krankenhäusern, so kommen zu den tariflichen Einkommen hinzu

— Vergütungen für Überstunden und Bereitschaftsdienst,
— außertarifliche Zulagen,
— Einnahmen aus Gutachten sowie

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

— Einnahmen aus Privatliquidation bzw. Beteiligung an Privatliquidation.

Aufgrund dieser neben dem eigentlichen Gehalt anfallenden Einkünfte können nach den geltenden Tarifverträgen gezahlte Einkommen nicht als repräsentativ für das Gesamteinkommen angesehen werden. Im übrigen ist zu berücksichtigen, daß sich ein großer Teil der in Krankenhäusern tätigen Ärzte in der Ausbildung zum Facharzt befindet.

Die einzig bekannte Information über die Einkommen der Ärzte in Krankenhäusern geht auf Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft zurück. Hiernach betrugen die Gesamteinnahmen eines Arztes mit Facharztausbildung 1970 etwa 47 000,— DM/Jahr und eines Oberarztes ohne Beteiligung an Erlösen aus Privatliquidation etwa 50 000,— DM/Jahr[9]. Erhöht man diese Werte um den durchschnittlichen Anstieg der Einkommen im öffentlichen Dienst im Jahre 1971, so ergibt sich für das Bruttoeinkommen eines im Krankenhaus tätigen Facharztes für 1971 ein Wert von etwa 50 700,— DM (Tabelle 4-4). Damit betrug die Einkommensrelation zum Durchschnittseinkommen der niedergelassenen Ärzte[10] etwa 1 : 2,2.

Auch für die Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen ist die Tarifstruktur des öffentlichen Dienstes maßgebend, wonach für Ärzte grundsätzlich die gleichen Tarifkriterien gelten, wie für Akademiker anderer Fachgebiete. Da es weder einen Bereitschaftsdienst gibt, noch regelmäßige Überstunden geleistet werden, ist eine allgemeine Aufbesserung der Besoldung analog dem bei Krankenhausärzten gewählten Verfahren nicht möglich. Wie die Praxis zeigt, hat der Ärztemangel im öffentlichen Gesundheitswesen allerdings bewirkt, daß andere Wege zur Verbesserung der Einkommenssituation ermöglicht wurden.

Eine Erhöhung der Zahl der Ärzte entsprechend dem Anstieg des Bedarfs im öffentlichen Gesundheitswesen konnte jedoch nicht realisiert werden. Die durch die Genehmigung von Nebentätigkeiten als Belegarzt sowie von privater Gutachtertätigkeit geschaffenen Möglichkeiten zum Nebenverdienst dürften aber bewirkt haben, daß der Rückgang des Anteils der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen in Grenzen gehalten werden konnte.

Diese Nebenverdienstmöglichkeiten und ihre Nutzung haben nicht nur zur Folge, daß die eigentliche Arbeitszeit, die für den Dienstherrn erbracht wird, teilweise beträchtlich unter 40 Stunden absinkt — anders wäre der zu beobachtende Umfang an Nebentätigkeiten auch gar nicht möglich —, sondern bei der Erzielung der Nebeneinnahmen werden oft

[9] „Die Welt" vom 2. September 1971.

[10] Einkommen der niedergelassenen Ärzte dividiert durch das Einkommen eines Facharztes im Krankenhaus.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 4-4: **Ärztliche Einkommen nach Art der Tätigkeit (1971)**

	Niedergelassene Ärzte Einkommen in DM/Jahr	Facharzt am Krankenhaus (ohne Privatliquidation) Einkommen in DM/Jahr	Einkommensrelation zu niedergelassenen Ärzten	Beamteter Arzt im öffentl. Gesundheitswesen (A 14) Einkommen in DM/Jahr	Einkommensrelation zu niedergelassenen Ärzten
	1	2	1 : 2 → 3	4	1 : 4 → 5
Bruttoeinkommen	113 600[a]	50 700[b]	1 : 2,2	38 000[c]	1 : 3,0
Wert des Anspruchs auf Pension im Alter und bei Invalidität	—	9 000		11 400	
Bruttoeinkommen einschl. des Wertes des Anspruchs auf soziale Sicherung	113 600	59 700	1 : 1,9	49 400	1 : 2,3
Steuern[d]	38 100	11 000		6 700	
Nettoeinkommen unter Berücksichtigung des Wertes der sozialen Sicherung	75 500	48 700	1 : 1,6	42 700	1 : 1,8
Nettoeinkommen bei durchschnittl. Arbeitszeit	60 000[e]	39 000[e]	1 : 1,6	42 700	1 : 1,4

a) Das Durchschnittseinkommen eines Allgemeinmediziners lag mit 103 600,— DM etwa 8 v. H. niedriger (vgl. Kostenstrukturerhebung 1971). — b) Angabe nach „Die Welt" vom 2. September 1971. Für 1970 wurden 47 000,— DM angegeben. Für 1971 (berechnet) wurde eine Steigerung von 7,8 v. H. angenommen. — c) Unter Berücksichtigung von Urlaubs- und Weihnachtsgeld bei einem Verheirateten mit 2 Kindern, im Alter von 50 Jahren. — d) Verheirateter mit 2 Kindern. — e) Errechnet unter der Annahme einer im Vergleich zum öffentlichen Dienst um 25 v. H. höheren Arbeitszeit.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

noch vom Dienstherrn kostenlos bereitgestellte Vorleistungen in Anspruch genommen (Schreibkräfte, Personal, Nutzung von Apparaturen und Räumen etc.). Diese großzügige Handhabung der Nebentätigkeitsverordnung bei Ärzten kann als eine Konzession an die Knappheit von Ärzten im öffentlichen Gesundheitswesen angesehen werden. Sie ist eine unmittelbare Folge der Interdependenz der Einkommen auf den einzelnen Teilmärkten für ärztliche Leistungen. Ein echter Vergleich des Einkommens von Ärzten im öffentlichen Gesundheitswesen mit demjenigen der niedergelassenen Ärzte ist jedoch aufgrund fehlender Informationen über die Bedeutung der Nebeneinnahmen nicht möglich. Geht man vom Einkommen nach Tarifvertrag aus, so erhielt ein Amtsarzt (A 14) im Jahre 1971 ein Bruttoeinkommen von 38 000,— DM/Jahr[11]. Damit betrug die Einkommensrelation zu den niedergelassenen Ärzten 1 : 3,0.

Der Vergleich der Bruttoeinkommen der Ärzte auf den einzelnen Teilmärkten ärztlicher Tätigkeit ergibt jedoch ein falsches Bild, da beamtete und angestellte Ärzte einen Pensionsanspruch bzw. einen Anspruch auf Altersrente sowie einen Anspruch auf Pension bzw. Rente im Falle von Invalidität haben. Da der Wert dieser Ansprüche im laufenden Einkommen überhaupt nicht oder doch nur zum Teil zum Ausdruck kommt, muß die Einkommensdifferenz zu den niedergelassenen Ärzten zwangsläufig sehr hoch erscheinen. Bewertet man den Anspruch beamteter Ärzte auf Sicherung im Alter und bei Invalidität mit rd. 30 v. H. des Einkommens — ein Wert, der bei einer Pension in Höhe von 75 v. H. des Einkommens vor Pensionierung sowie einer entsprechenden Invaliditätsrente sogar noch zu niedrig zu sein scheint —, so erhöht sich das Einkommen eines Amtsarztes im Vergleich zu demjenigen der niedergelassenen Ärzte real um rd. 11 400,— DM/Jahr. Das Bruttoeinkommen eines Amtsarztes unter Berücksichtigung des Anspruches auf soziale Sicherung ist damit für das Jahr 1971 mit rd. 49 400,— DM zu veranschlagen, so daß sich die Einkommensdifferenz zu den niedergelassenen Ärzten auf 1 : 2,3 verringert.

Ein entsprechender Zuschlag zum Einkommen müßte bei den Ärzten in Krankenhäusern vorgenommen werden, sofern es sich um beamtete Ärzte handelt. Lediglich bei den nichtbeamteten Ärzten wäre infolge des auf den Arbeitnehmer entfallenden Beitragsanteils zur sozialen Sicherung ein etwas geringerer Zuschlag vorzunehmen. Aus diesem Grunde soll in der Beispielsrechnung lediglich ein Zuschlag von 24 v. H. des Tarifgehaltes berücksichtigt werden. Hiernach erhalten wir einen Betrag von etwa 9 000,— DM/Jahr, so daß das Gesamteinkommen eines nicht beamteten Facharztes im Krankenhaus mit 59 700,— DM für das Jahr 1971 veranschlagt werden kann. Die Einkommensrelation zu den niedergelassenen Ärzten verringert sich damit auf 1 : 1,9.

[11] Verheiratet, 2 Kinder, Alter 50 Jahre, unter Berücksichtigung von Urlaubs- und Weihnachtsgeld.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Weiterhin darf bei einem Einkommensvergleich die Auswirkung der Steuerprogression nicht vernachlässigt werden. Wenden wir den 1971 geltenden Einkommensteuertarif auf die jeweiligen Bruttoeinkommen vor Berücksichtigung des Wertes des Anspruchs auf soziale Sicherung an, so ergeben sich die in Tabelle 4-4 ausgewiesenen Steuerbeträge. Die Einkommen nähern sich also noch weiter einander an. Die Einkommensrelation beträgt damit für den beamteten Arzt nur noch 1 : 1,8 und für den Facharzt im Krankenhaus 1 : 1,6. Hierbei ist noch nicht einmal berücksichtigt, daß ein großer Teil der Nebeneinnahmen aus wissenschaftlicher Tätigkeit stammt, die mit dem halben durchschnittlichen Steuersatz zu versteuern sind.

Ein Einkommensvergleich ist jedoch so lange unvollständig, wie Unterschiede in der Arbeitszeit, die von den auf den einzelnen Teilmärkten tätigen Ärzten im Durchschnitt geleistet werden, nicht in die Analyse eingehen. Die Berücksichtigung dieser Unterschiede erscheint insbesondere deshalb erforderlich, weil der Wert von Freizeit, geregelter Arbeitszeit und festem Urlaubsanspruch mit steigendem Wohlstand steigt und damit ihr Einfluß auf die Berufswahl zunimmt.

Wie hoch die Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte ist, läßt sich kaum exakt feststellen, da ihre Ermittlung nur über Befragungen möglich ist. Hierbei erhalten subjektive Bewertungen eine erhebliche Bedeutung, so daß die ermittelten Werte möglicherweise zu hoch sind. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Befragungen (Tabelle 4-5) zeigen, scheint es jedoch auch unter Berücksichtigung subjektiver Einflüsse berechtigt zu sein, bei den niedergelassenen Ärzten von einer Arbeitszeit auszugehen, die über der Arbeitszeit der im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Ärzte liegt. Dieses Ergebnis entspricht im übrigen den Erfahrungen, wonach die Arbeitszeit von Freiberuflern in der Regel über der Arbeitszeit von Angestellten und Beamten liegt.

Untersuchungen über die Arbeitszeit von Ärzten in Krankenhäusern sind nicht verfügbar. Es ist jedoch zu vermuten, daß die einschließlich Überstunden geleistete Arbeitszeit nicht wesentlich unter derjenigen der niedergelassenen Ärzte liegt. Bei dem vorliegenden Einkommensvergleich wird in Anlehnung an die in Tabelle 4-5 wiedergegebenen Befragungsergebnisse unterstellt, daß die wöchentliche Arbeitszeit sowohl der niedergelassenen Ärzte als auch der Ärzte in Krankenhäusern um 25 v. H. über derjenigen der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen liegt. Hält man diese Annahme für realistisch, so lassen sich 15 000,— DM des Einkommens der niedergelassenen Ärzte und 9 700,— DM des Einkommens der Krankenhausärzte aus der im Vergleich zu einer Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen höheren Arbeitszeit erklären. Damit verringert sich die Einkommensrelation zwischen den niedergelassenen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 4-5: **Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte**

Befragung	Allgemeinärzte	Fachärzte	Insgesamt
	1	2	3
	in Wochenstunden		
KV-Hessen	61,3	56,0	58,9
KV-Schleswig-Holstein	48,3	44,6	—
KV-Niedersachsen	64,8	59,6	—
Roth (1970)	50	—	—
Behme	51 - 70[a)]	—	—

a) Etwa 70 % der Ärzte, etwa 30 % über 71 Stunden.

Quelle: Gerhard Löwenstein, Die Analyse der Kassenärztlichen Versorgung in Hessen. „Deutsches Ärzteblatt — Ärztliche Mitteilungen", Köln, Jg. 69 (1972). F. Roth, Beitrag zur Versachlichung der Diskussion über die ärztlichen Leistungen und ihre marktgerechte honorarmäßige Bewertung. „Der Kassenarzt", Heft 12/1970. R. Behme, Analytische Untersuchung einer Reihe ärztlicher Allgemeinpraxen. „Der praktische Arzt" 1967.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ärzten und den Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst auf 1 : 1,4, während sie zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhausärzten infolge der Annahme einer gleichen wöchentlichen Arbeitszeit mit 1 : 1,6 unverändert bleibt.

Die tatsächliche Einkommensdifferenz zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Ärzten im öffentlichen Gesundheitswesen dürfte unter Berücksichtigung der Arbeitszeit demnach zumindest nicht so groß sein, wie allgemein vermutet wird. Dies gilt insbesondere dann, wenn man die vielfach vom Arbeitgeber gezahlten außertariflichen Zulagen sowie die teilweise beträchtlichen Nebeneinkünfte mit berücksichtigt. Die Auswirkungen auf den Markt für ärztliche Leistungen dürften jedoch deshalb nicht unerheblich sein, weil sich ein Großteil der Ärzte bei der Entscheidung über die Wahl der Tätigkeit nicht an der tatsächlichen Einkommensdifferenz orientiert, sondern an den Unterschieden im Bruttoeinkommen.

Dies gilt insbesondere für junge Ärzte, die sowohl den Wert von Pensionsansprüchen als auch die Unterschiede in der Steuerbelastung und die geringere Arbeitszeit bei ihren Entscheidungen nur unzureichend berücksichtigen. Hinzu kommt, daß die ärztliche Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen sehr stark von dem ärztlichen Ausbildungsziel abweicht und ein geringes Sozialprestige genießt.

Aber auch die zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten verbleibende Einkommensdifferenz ist als ausgesprochen niedrig anzusehen. Da die neben dem eigentlichen Gehalt bei den Krankenhausärzten anfallenden Einnahmen in den letzten Jahren teilweise erheblich zugenommen haben, ist zu vermuten, daß die tatsächliche Einkommensdifferenz sogar noch geringer ist, als die in der Rechnung ausgewiesene (Tabelle 4-4).

Die hier vorgebrachte These relativ geringer Einkommensdifferenzen auf den einzelnen Teilmärkten ärztlicher Tätigkeit wird dadurch unterstützt, daß auch nach ärztlicher Auffassung die unterschiedlichen Einkommenschancen für die Entscheidung eines Arztes, sich niederzulassen, ohne große Bedeutung geworden sind. Dies wird durch die zu beobachtende ständige Abnahme des Anteils der Ärzte in freier Praxis an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte bei gleichzeitiger erheblicher Zunahme des Anteils der Ärzte in Krankenhäusern (Tabelle 2-1) bestätigt. Hiernach hat es in der Tat den Anschein, daß die verbleibenden Einkommensdifferenzen nicht mehr ausreichen, um die mit einer Niederlassung verbundenen tatsächlichen oder vermeintlichen Nachteile auszugleichen. Dies sind insbesondere das durch eine Niederlassung in den ersten Jahren entstehende Einkommensrisiko, das um so größer ist, je geringer die Bereitschaft, sich auf dem Lande niederzulassen, die höhere und vor

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

allem ungeregelte Arbeitszeit sowie die im Vergleich zum Krankenhaus als weniger interessant angesehene Tätigkeit.

Daß unter Berücksichtigung der Unterschiede in der Arbeitsbelastung zwischen den einzelnen Teilmärkten ärztlicher Tätigkeit nur relativ geringe Unterschiede in der Höhe des Einkommens vorhanden sein können, folgt im übrigen schon aus der hohen Substitutionalität zwischen den drei Teilmärkten. Interessant ist hierbei, daß die Anpassung der Einkommensrelation nicht die Folge einer Abnahme der im Vergleich zu anderen freiberuflichen Erwerbstätigen überdurchschnittlichen hohen Einkommen der niedergelassenen Ärzte war, sondern vornehmlich darauf zurückzuführen ist, daß die Einkommenschancen der in Krankenhäusern und im öffentlichen Gesundheitswesen angestellten Ärzte durch die Vergütung von Überstunden und Bereitschaftsdienst, Beteiligung an der Privatliquidation sowie durch die Möglichkeit zu Nebenverdiensten durch Gutachten und anderer Nebentätigkeit erhöht wurden. Diese von dem Arbeitgeber Staat ermöglichten oder tolerierten Maßnahmen (Vergütung von Überstunden und Bereitschaftsdienst, großzügige Auslegung der Nebentätigkeitsverordnung), die aus sozialen Gründen (Gerechtigkeit) sicherlich zu begrüßen waren, hatten andererseits jedoch zur Folge, daß der Mangel an niedergelassenen Ärzten nicht behoben werden konnte, der Preis bzw. das Einkommen als Steuerungselement also außer Kraft gesetzt wurde.

V. Die Ursachen hoher ärztlicher Einkommen

Für die Entstehung überdurchschnittlich hoher ärztlicher Einkommen kommen vor allem zwei Ursachen in Frage, nämlich die Existenz von Knappheit und die Ausnutzung von Marktunvollkommenheiten. Um die Auswirkung dieser Einflußfaktoren auf das ärztliche Einkommen festzustellen, soll zunächst ermittelt werden, wie sich die Preise für ärztliche Leistungen hätten entwickeln müssen, wenn die ärztlichen Einkommen im gleichen Ausmaß gestiegen wären wie die Einkommen der übrigen Erwerbstätigen, die Einkommensrelation also unverändert geblieben wäre. Sollte sich hierbei zeigen, daß die Preise stärker gestiegen sind, als zur Erhaltung der Einkommensrelation erforderlich, so ist dies entweder das Ergebnis einer gestiegenen Knappheit des Angebots an Ärzten, das in einem marktwirtschaftlichen System zwangsläufig zu steigenden Preisen führt oder aber die Folge einer stärkeren Marktmacht der Anbieter ärztlicher Leistungen. Während hohen Preisen beim Auftreten von Knappheit jedoch eine aus ökonomischer Sicht positiv zu beurteilende Lenkungsfunktion zukommt, haben hohe Preise infolge der Ausnutzung einer Machtposition lediglich die Funktion einer Erhöhung des Einkommens der Anbieter.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wie weiter oben ermittelt wurde (Tabelle 3-3), stiegen die Preise für ärztliche Leistungen von 1959 bis 1971 im Durchschnitt um 85,5 v. H. Der Preisanstieg lag damit erheblich unter dem Anstieg des Bruttoeinkommens der abhängig Erwerbstätigen von 184,8 v. H. Da die in ärztlichen Praxen entstandenen Kosten je Leistungsmenge in etwa im gleichen Umfange gestiegen sind wie die Preise ärztlicher Leistungen, wären also die ärztlichen Einkommen erheblich geringer gestiegen als die durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen, wenn nicht gleichzeitig eine Erhöhung des Leistungsvolumens je Praxis um 73,4 v. H. eingetreten wäre. Erst hierdurch wurde es den niedergelassenen Ärzten möglich, ihr Einkommen von 1959 bis 1971 um 223,4 v. H. zu steigern. Das bedeutet aber, daß es den Versicherten bzw. ihren Kassen bei den Honorarverhandlungen nicht gelungen ist, den durch vermehrten Einsatz von Personal und Kapital sowie den technischen Fortschritt eingetretenen Anstieg des Leistungsvolumens je Praxis bei den Honorarvereinbarungen ausreichend stark zu berücksichtigen.

Die Ärzte konnten in dem betrachteten Zeitraum also stärkere Preiserhöhungen durchsetzen als dies unter Berücksichtigung der Steigerung des Leistungsvolumens bei Konstanz der Relation der ärztlichen Einkommen zu denjenigen der übrigen Erwerbstätigen erforderlich gewesen wäre. Dies ist aber ein Anzeichen für eine verbesserte Marktposition der Ärzte bei den Honorarverhandlungen, die durch zunehmende Knappheit an Ärzten und/oder der verbesserten Verhandlungsstrategie entstanden sein kann.

Welche Preiserhöhungen notwendig gewesen wären, um die Einkommensrelation zwischen den ärztlichen Einkommen und den Einkommen der abhängig Erwerbstätigen unverändert zu lassen, läßt sich wie folgt ermitteln. Aus der Gleichung

(1) $$U = p \cdot x$$

wobei U = Praxisumsatz
p = Höhe des durchschnittlichen Honorars je Leistungseinheit
x = Leistungsvolumen je Praxis

folgt die Gleichung

(2) $$1 + w_p = \frac{1 + w_U}{1 + w_x}$$

wobei mit w die jeweiligen Wachstumsraten bezeichnet sind.

Weiterhin folgt aus der Gleichung

(3) $$U = Y + K$$

wobei Y = Reinertrag je Praxis (Einkommen)
K = Praxiskosten

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

die Gleichung

$$1 + w_U = (1 + w_Y) + (w_K + w_Y) \cdot \frac{K}{U} \text{ und} \tag{4}$$

$$w_U = w_Y + (w_K - w_Y) \cdot \frac{K}{U} \tag{4a}$$

Fassen wir beide Gleichungen zusammen, so erhalten wir nach einigen Umformungen für w_p

$$w_p = \frac{w_Y - w_x + (w_K - w_Y) \cdot \frac{K}{U}}{1 + w_x} \tag{5}$$

Setzen wir in diese Gleichung für w_y die angestrebte Wachstumsrate der ärztlichen Einkommen, für w_x und w_K die Wachstumsrate des Leistungsvolumens bzw. der Praxiskosten und für K und Y die Praxiskosten bzw. den Praxisumsatz in der Ausgangsperiode ein, so erhalten wir mit w_p die Preissteigerungsrate, die notwendig ist, damit bei den gegebenen Ausgangsdaten die angestrebte Wachstumsrate der ärztlichen Einkommen erreicht wird.

Bei Konstanz der Einkommensrelation der ärztlichen Einkommen zu den Einkommen der abhängig Erwerbstätigen hätten die ärztlichen Einkommen von 1959 bis 1971 um 184,8 v. H. steigen müssen. Setzen wir diesen Wert in die obige Gleichung ein, so erhalten wir bei der beobachteten Wachstumsrate des Leistungsvolumens je Praxis um 73,4 v. H., der Praxiskosten um 218,9 v. H. sowie einem Praxisumsatz von 55 484,— DM und Praxiskosten von 19 730,— DM im Jahre 1959 eine notwendige Steigerung der durchschnittlichen Honorare um 71,2 v. H. (Tab. 5-1). Demgegenüber sind die Preise für ärztliche Leistungen von 1959 bis 1971 jedoch um 85,5 v. H. angestiegen. Der tatsächliche Preisanstieg lag somit um etwa 20 v. H. höher als der zur Erhaltung der Einkommensrelation notwendige Preisanstieg. Die Marktposition der Ärzte hat sich demnach in dem betrachteten Zeitraum infolge einer zunehmenden Knappheit an Ärzten und/oder einer stärkeren Ausnutzung der Marktmacht der Ärzteverbände bei den Honorarverhandlungen erheblich verbessert.

Betrachten wir die einzelnen Perioden (Tabelle 5-1), so wird deutlich, daß es den Ärzten insbesondere in der Periode 1963 bis 1967 gelungen ist, Honorarerhöhungen durchzusetzen, die zu einer Verbesserung der relativen Einkommensposition führten. Die Honorarerhöhungen waren in dieser Periode nahezu doppelt so hoch wie die zur Erhaltung der Einkommensrelation notwendigen Honorarsteigerungen. Die in der davor liegenden Periode 1959 bis 1963 erzielten Honorarsteigerungen hatten hingegen dazu geführt, daß sich die Einkommensrelation zuungunsten

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 5-1: **Zur Erhaltung der relativen Einkommensposition der Ärzte notwendige Erhöhung des durchschnittlichen Honorars**

Jahr	w_y-Soll	w_x	$w_{\bar{K}}$	K	U	w_p-Soll	w_p-Ist
	1a)	2b)	3c)	4d)	5d)	6e)	7f)
		Veränderung in v. H.		in DM der Ausgangsperiode		Veränderung in v. H.	
1959 - 1963	42,8	15,00	34,78	19 730	55 484	21,69	17,33
1963 - 1967	31,5	21,99	53,09	26 593	74 861	14,03	32,38
1967 - 1971	51,8	23,63	54,53	40 712	120 889	23,52	19,45
1959 - 1971	184,8	73,40	218,87	19 730	55 484	71,20	85,50

a) Tab. 4-2, Sp. 6. — b) Tab. 3-2 a, Sp. 7. — c) Tab. 3-6, Sp. 1. — d) Tab. 4-1, Sp. 3 u. 4. — e) Berechnung nach Gleichung (5). — f) Tab. 3-4 a, Sp. 1.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der Ärzte verschob. Wie die Honorarsteigerung in der Periode 1967 bis 1971 zeigt, ist es den Ärzten in dieser Periode ebenfalls nicht gelungen, die davor erreichte Einkommensposition zu halten. Die bei den Honorarverhandlungen durchgesetzten Honorarsteigerungen lagen mit 19,5 v. H. beträchtlich unter dem Wert von 23,5 v. H., der zur Erhaltung der Einkommensrelation erforderlich gewesen wäre.

Einen Hinweis auf die Frage, ob der für die gesamte Periode von den Ärzten realisierte, unter Berücksichtigung des Anstiegs des Leistungsvolumens je Praxis als überdurchschnittlich zu bezeichnende Preisanstieg die Folge zunehmender Knappheit an Ärzten ist, gibt die Entwicklung der Zahl der niedergelassenen Ärzte je Einwohner. Dieser Wert (vgl. Tabelle 2-1) zeigt für den betrachteten Zeitraum eine stetige Abnahme. Demgegenüber stiegen die Honorare der niedergelassenen Ärzte nur in zwei Perioden überdurchschnittlich stark an. In der Periode 1967 - 1971 dagegen ergab sich trotz weiter abnehmender Zahl der niedergelassenen Ärzte je Einwohner sogar ein unter dem Durchschnitt liegender Anstieg der Honorare. Dies läßt vermuten, daß die zunehmende Knappheit niedergelassener Ärzte nicht der für die erzielten Honorarsteigerungen ausschlaggebende Faktor gewesen ist. Bei weiter abnehmender Zahl der niedergelassenen Ärzte je Einwohner hätte zumindest eine Konstanz der Einkommensrelation erreicht werden können.

Im übrigen zeigt der internationale Vergleich, daß die Zahl der Ärzte je Einwohner in den meisten anderen Ländern mit etwa gleichem Niveau der Gesundheitsversorgung nicht höher liegt als in der BRD (vgl. Tabelle 2-2). Auch hieraus ist zu entnehmen, daß die Knappheit an Ärzten vermutlich nicht der entscheidende Faktor gewesen ist, durch den der in dem betrachteten Zeitraum insgesamt entstandene überdurchschnittliche Honoraranstieg erklärt werden kann. Von erheblich größerer Bedeutung dürfte sein, daß es den Ärzten infolge des gruppenorientierten Aufbaus der sozialen Sicherung möglich war und ist, wegen der Konkurrenz unter den Versichertengruppen allmählich ein für die ärztliche Einkommensentwicklung günstigeres Honorierungssystem durchzusetzen und gleichzeitig die Preise für ärztliche Leistungen je nach Zugehörigkeit eines Patienten zu einer bestimmten Gruppe zu differenzieren.

Um festzustellen, welche Wirkung infolge der Preisdifferenzierung auf das Einkommen der Ärzte entsteht, wurde versucht, das Einkommen zu ermitteln, das sich ergeben hätte, wenn alle Patienten Honorare entsprechend den durchschnittlichen Honoraren der RVO-Kassen also der untersten Preisgruppe gezahlt hätten. Diese Honorare hatten 1971 eine Höhe von 125,58 v. H. der Einfachsätze der GOÄ. Bei einem Leistungsvolumen in Höhe von 125 374,— DM zu konstanten Preisen (Tabelle

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

3-2a) hätte 1971 der Umsatz je Praxis 157 445,— DM betragen. Unter Berücksichtigung der Praxiskosten in Höhe von 62 913,— DM (Tabelle 3-6), hätte sich ein Reinertrag je Praxis von lediglich 94 531,— DM ergeben. Diesem bei gleichen Honoraren für alle Versichertengruppen entstehenden Reinertrag stand 1971 ein effektiver Reinertrag je Praxis von 115 620,— DM gegenüber. Die infolge der Preisdifferenzierung zwischen den Versicherten in den RVO-Kassen, den Versicherten in Ersatzkassen und den Privatpatienten entstandenen Mehreinnahmen betrugen demnach 1971 je Praxis 21 089,— DM. Damit lagen die effektiven Reinerträge infolge der Preisdifferenzierung um 22,3 v. H. über den Reinerträgen, die sich ergeben hätten, wenn alle Patienten Honorare in der Höhe gezahlt hätten, die die Gruppe zahlt, für die die niedrigsten Honorare vereinbart wurden.

Vergleichen wir diese Reinerträge, die bei einheitlichen Honoraren entstanden wären mit den Reinerträgen bei Angehörigen anderer freier Berufe, so liegen die ärztlichen Einkommen immer noch über den Einkommen der meisten übrigen Freiberufler. Die ärztlichen Einkommen hätten etwa denen der Gruppe der Wirtschaftsprüfer entsprochen. Sie hätten allerdings immer noch um etwa 23 v. H. über den Einkommen von Rechtsanwälten und Notaren gelegen (vgl. Tabelle 4-2). Dieses verbleibende Mehreinkommen dürfte durch die Knappheit niedergelassener Ärzte erklärbar sein. Etwa die Hälfte der überdurchschnittlichen ärztlichen Einkommen ist allem Anschein nach die Folge der Differenzierung der Preise ärztlicher Leistungen zwischen verschiedenen Versichertengruppen, nicht dagegen eine Folge der Knappheit ärztlicher Leistungen.

VI. Möglichkeiten zur Dämpfung des Peisanstiegs für ärztliche Leistungen

Überdurchschnittlich hohe Preise für Leistungen der niedergelassenen Ärzte sind, wie festgestellt wurde, nur zum Teil durch die Knappheit an Ärzten bedingt. Zum überwiegenden Teil sind sie jedoch vermutlich darauf zurückzuführen, daß es den Ärzten aufgrund der bestehenden Marktform nicht nur möglich war, bei einzelnen Patientengruppen unterschiedliche Preise durchzusetzen, sondern daß zwischen einzelnen Patientengruppen ein Wettbewerb um bevorzugte ärztliche Behandlung besteht, der sich in unterschiedlichen Honorierungssystemen niederschlägt. Andererseits ist der beobachtete Preisanstieg jedoch nicht nur durch die Entwicklung der ärztlichen Einkommen, sondern durch den Anstieg der Praxiskosten beeinflußt worden.

Wird der Anstieg der Preise für ärztliche Leistungen als zu hoch angesehen, so gibt es drei Möglichkeiten der Einflußnahme:

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

— die Kosten zu senken,
— die Knappheit an niedergelassenen Ärzten zu vermindern und
— die Differenzierung der Preise zwischen verschiedenen Nachfragergruppen zu beseitigen.

Es muß also versucht werden, den technischen Fortschritt bei der Erstellung ärztlicher Leistungen zu fördern, das mengenmäßige Angebot an Ärzten zu steigern und die Marktform so zu ändern, daß Preisdifferenzierungen nicht mehr möglich sind. Erst wenn dies erreicht ist, werden Knappheitsgewinne und Monopolrenten nicht mehr auftreten.

1. Senkung der Kosten

Ein Anstieg der Preise für ärztliche Leistungen kann dadurch verhindert werden, daß die Ärzte die jeweils kostengünstigste Behandlungsmethode anwenden. Daß dies durch die geltenden Honorierungssysteme nicht garantiert ist, liegt daran, daß die ärztliche Vergütung nicht dazu führt, die kostengünstigste Behandlung anzuwenden. Der Arzt wird nicht für das Ergebnis seiner Behandlung entlohnt, sondern er erhält die Kosten der von ihm für die Behandlung als notwendig angesehenen Leistungen erstattet. Juristisch gesprochen handelt der Arzt aufgrund eines Dienstvertrages und nicht aufgrund eines Werkvertrages.

In welcher Höhe die durch eine Behandlung entstandenen Kosten erstattet werden, hängt von der Art der Kosten ab. So wird der Einsatz von Medikamenten entsprechend den tatsächlich entstandenen Kosten erstattet. Das gleiche gilt für bestimmte Praxiskosten wie z. B. Versand- und Portokosten, Kosten für Impfstoffe, Verbandmaterial (§ 5 GOÄ). Alle übrigen Leistungen werden dagegen zu einem Satz vergütet, der sich aus dem zu erwartenden Sachaufwand und dem angenommenen Aufwand an ärztlicher Arbeitszeit ergibt. Das bedeutet aber, daß das ärztliche Einkommen um so höher ist, je größer die Zahl der abgerechneten Einzelleistungen, je geringer der Zeitaufwand zur Erstellung dieser Leistungen verglichen mit dem angenommenen Zeitaufwand und je geringer der tatsächliche Sachaufwand.

Um einen Anstieg der Zahl der abgerechneten Leistungen über das für eine Behandlung erforderliche Maß zu verhindern, enthält § 368 e RVO die Bestimmung, daß die erstellten Leistungen „zweckmäßig, ausreichend, notwendig und wirtschaftlich“ sein müssen. Zwar sind diese Begriffe dehnbar und erfordern eine ständige Anpassung an den Stand der medizinischen Technik, es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß das Wirtschaftlichkeitsgebot unterstützt durch die daraus folgenden Kontrollmöglichkeiten dazu beiträgt, daß nur solche Leistungen erstellt

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

und abgerechnet werden, die für die jeweilige Behandlung erforderlich oder doch zumindest vertretbar sind. Andererseits ist das Wirtschaftlichkeitsgebot aber auch die einzige Möglichkeit, die Nachteile der Einzelleistungsvergütung, nämlich die Orientierung der ärztlichen Vergütung an dem entstandenen Aufwand (Zeit- und Sachaufwand) statt am Behandlungserfolg zu überwinden. Der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ist deshalb gerade beim System der Einzelleistungsvergütung eine besondere Rolle beizumessen. Es ist deshalb erstaunlich, daß die Krankenkassen den Übergang zum Einzelleistungshonorierungssystem nicht mit der Forderung einer Stärkung ihrer Stellung in den Prüfungsausschüssen verbunden haben.

Ein weiterer Nachteil der kostenorientierten Vergütung besteht darin, daß bei Festlegung der Vergütungssätze offenbar nicht davon ausgegangen wird, welche Kosten bei voller Anwendung des verfügbaren technischen Fortschritts entstehen würden, sondern man sich an den in den Praxen der niedergelassenen Ärzte tatsächlich entstehenden Kosten orientiert. Die bei einzelnen Leistungen erstatteten Gebührensätze sind demnach teilweise höher als es unter Berücksichtigung des technischen Fortschritts notwendig wäre. Dies zeigt sich besonders deutlich im „Fall Bräuer". Hier hatte der Münchner Arzt Bräuer ein Labor aufgebaut, durch das er den frei praktizierenden Ärzten Laborleistungen zu einem erheblich unter den betreffenden Positionen der Gebührenordnung liegenden Preis anbot. Diese Leistungen wurden von den niedergelassenen Ärzten entsprechend den jeweiligen Positionen der Gebührenordnung abgerechnet. Statt den Aufbau entsprechender Labore in anderen Städten zu fördern, die Inanspruchnahme durch Erhöhung der Markttransparenz zu steigern und eine Senkung der betreffenden Gebührenpositionen vorzunehmen, wurde den frei praktizierenden Ärzten jedoch untersagt, Laboruntersuchungen durch Spezialinstitute vornehmen zu lassen. Als Begründung wurde dabei angeführt, daß „der Kassenarzt nur eigene und solche Leistungen abrechnen darf, die unter seiner Verantwortung und fortlaufenden Aufsicht von fachlich weisungsgebundenem Hilfspersonal erbracht werden"[12]. Diese Entscheidung hatte zur Folge, daß die über eine zunehmende Spezialisierung und Arbeitsteilung erreichbare Ausnutzung des technischen Fortschritts im ärztlichen Bereich rigoros verhindert wurde.

Aus ökonomischer Sicht muß die Bewertung der Gebührenpositionen auf der Grundlage der in der ärztlichen Praxis entstehenden Kosten als verfehlt angesehen werden. Zwar mag dies vorübergehend gerechtfertigt sein, um den Anreiz zur Inanspruchnahme von Spezialinstituten zu fördern, ist dies erreicht, so ist es jedoch erforderlich, die betreffenden

[12] Berliner Ärzteblatt vom 16. 2. 1973.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Gebührenpositionen entsprechend zu senken. Die Gebührensenkung ist dabei um so eher möglich, je höher die Gewinne durch die Inanspruchnahme des neuen Produktionsweges im Anfangsstadium und je größer die Markttransparenz.

Aufgrund der auch bei den niedergelassenen Ärzten infolge des technischen Fortschritts sinkenden Kosten für Laborleistungen ist sowohl von den Ersatzkassen als auch von den RVO-Kassen eine Veränderung der Struktur der Gebührenordnung eingeleitet worden, durch die die eigentliche ärztliche Leistung, i. e. der Zeitaufwand zur Bestimmung der Diagnose und der Therapie besser honoriert wird. Es ist jedoch kaum anzunehmen, daß diese Maßnahme zu einer Erhöhung des Arbeitseinsatzes der Ärzte und damit einer verbesserten ärztlichen Behandlung führt. Eine bessere Entlohnung des Zeitaufwandes für Diagnose hat jedoch zur Folge, daß der Arzt keine „Mischkalkulation" mehr betreiben muß, so daß der Anreiz oder sogar die Notwendigkeit zur Ausdehnung technischer Leistungen sinkt.

Im Extremfall könnte eine bessere Entlohnung der eigentlichen ärztlichen Leistungen dazu beitragen, daß auch ein „reiner Diagnosearzt" ein ausreichendes Einkommen erzielt. Die Verabreichung rein technischer Leistungen sowie die Erstellung von Laboruntersuchungen könnte damit anderen Institutionen bzw. Abteilungen übertragen werden, in denen auch kostspielige Geräte kapazitätsmäßig besser ausgelastet werden können, als bei dem jeweils behandelnden Arzt. Die Verordnung technischer Leistungen allein aus dem Grund, weil die Mischkalkulation insgesamt ausreichende Erträge bringt, würde eingedämmt. Gleichzeitig würde der Anreiz zur Spezialisierung durch Gründung von Gemeinschaftspraxen oder Apparategemeinschaften verstärkt. Die eingeleitete Entwicklung ist also insofern zu begrüßen, als hierdurch eine Entlastung der niedergelassenen Ärzte durch verstärkte Spezialisierung und Arbeitsteilung möglich wird. Dieser Entwicklung steht jedoch der oben geschilderte „Fall Bräuer" entgegen.

2. Beseitigung von Knappheitsgewinnen

Die Beseitigung von Knappheitsgewinnen erfolgt auf einem funktionierenden Markt quasi automatisch, da ein hoher Preis eine Ausweitung des Angebots und eine Einschränkung der Nachfrage zur Folge hat. Diese Steuerungsfunktion kann der Preis auf dem Markt für ärztliche Leistungen jedoch aus zwei Gründen nur unvollkommen erfüllen, da

— die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen für den einzelnen Nachfrager vom Preis unabhängig ist und

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

— eine Erhöhung des Preises für ärztliche Leistungen infolge eines geringen Arbeitskräfte- und Arbeitszeitreservoirs, der Existenz des numerus clausus sowie der langen Ausbildungszeit von Ärzten zumindest kurzfristig nicht zu einer Erhöhung des Angebots an Ärzten führt.

Hat man das Ziel, einen durch die Knappheit an niedergelassenen Ärzten entstehenden oder entstandenen Anstieg der Einkommen der niedergelassenen Ärzte zu verhindern bzw. zu beseitigen, so muß man Maßnahmen ergreifen, die die Marktkräfte schneller wirksam werden lassen, Maßnahmen also, durch die das Angebot an niedergelassenen Ärzten steigt und/oder die Nachfrage sinkt.

Von entscheidender Bedeutung für die *Nachfrage* nach Leistungen der niedergelassenen Ärzte ist

— der Leistungskatalog der einzelnen Krankenkassen bzw. -versicherungen;
— der Umfang der durch gesetzliche Bestimmungen notwendigen Nachfrage (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Jugendschutzgesetze);
— das Gesundheitsniveau sowie das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung sowie
— die Abgrenzung der Aufgaben der niedergelassenen Ärzte.

Betrachten wir die Auswirkungen, die diese Faktoren auf die Entwicklung der Nachfrage der letzten 15 Jahre hatten, so kommt der Ausdehnung des Leistungskatalogs wohl die entscheidende Bedeutung zu. Die Ursache hierfür ist einerseits in dem Wunsch der Bevölkerung nach zusätzlichen Leistungen zu sehen, die sich aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie des steigenden Wohlstands ergeben, andererseits aber auch in den vom Gesetzgeber veranlaßten Erweiterungen des Leistungsrechts (Krankheitsfrüherkennung). Gleichzeitig führt die Tatsache, daß der Umfang der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen von den individuellen Versicherungsbeiträgen unabhängig ist (quasi Null-Preis), zu einer nicht unerheblichen Belastung der Ärzte durch Bagatellfälle.

Von großer Bedeutung für die Entwicklung der Nachfrage dürfte weiterhin gewesen sein, daß es den niedergelassenen Ärzten gelungen ist, die neu in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommenen Aufgaben zur Krankheitsfrüherkennung und -vorsorge an sich zu ziehen. Hier hätte es nahe gelegen, zu prüfen, ob diese Aufgaben nicht von anderen Institutionen hätten erfüllt werden können (Krankenhäuser, medizinisch technische Zentren, Gesundheitsämter), so daß der aus diesen Maßnahmen resultierende Nachfrageanstieg bei den schon

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

vorher als überlastet geltenden niedergelassenen Ärzten vermieden worden wäre.

Im übrigen wäre zu überlegen, ob sich die Knappheit an niedergelassenen Ärzten nicht durch einen Ausbau der Polikliniken verringern ließe. Soweit diese Polikliniken wie bisher Krankenhäusern angegliedert sind, könnte insbesondere die Nachbehandlung nach Operationen von ihnen übernommen werden. Würde man Polikliniken verstärkt in die allgemeine ambulante Versorgung einbeziehen, so entstünde nicht nur der Vorteil einer arbeitsmäßigen Entlastung der niedergelassenen Ärzte, sondern die in diesen Polikliniken tätigen Ärzte würden auch besser auf eine Tätigkeit als niedergelassener Arzt vorbereitet werden.

Neben der Möglichkeit, die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen bei den niedergelassenen Ärzten zu vermindern, könnten Maßnahmen ergriffen werden, die das Angebot an niedergelassenen Ärzten erhöhen. In ökonomischen Untersuchungen wird im Regelfalle unterstellt, daß das Angebot um so höher sei, je höher der Preis. Dies gilt grundsätzlich auch für den Markt für ärztliche Leistungen. Hohe Preise und damit hohe Einkommen steigern die Attraktivität eines Berufes. So wird der starke Andrang zum Medizinstudium sicherlich nicht unwesentlich von den bei der späteren Tätigkeit zu erwartenden hohen Einkommen mit beeinflußt. Daß andererseits schlechte Einkommenschancen dazu beitragen, Abiturienten vom Medizinstudium abzuhalten, zeigt die Situation in den Jahren um 1950, in denen die Studentenzahlen bei den Medizinern stark rückläufig waren. Die Kräfte des Marktes scheinen auch im medizinischen Bereich wirksam zu sein, das gilt insbesondere dann, wenn die Einkommenschancen bekannt sind. Daß trotz hoher Einkommen der niedergelassenen Ärzte auch in den nächsten Jahren kaum mit einer nennenswerten Erhöhung des Angebots zu rechnen ist, hat zwei Gründe. Der erste Grund liegt in der Existenz des numerus clausus. Hier ist dem Staat der Vorwurf zu machen, nicht schnell genug auf den Anstieg der Nachfrage, der schon in den Jahren 1963 - 1967 zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Preise für ärztliche Leistungen sowie der ärztlichen Einkommen führte, reagiert zu haben. Zwar haben die Aufwendungen für medizinische Ausbildung in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Trotzdem mußte der numerus clausus ausgedehnt werden.

Der zweite Grund für eine unzureichende Ausdehnung des Angebots an niedergelassenen Ärzten ist darin zu sehen, daß der Einkommensvorsprung der niedergelassenen Ärzte im Vergleich zu den Ärzten in Krankenhäusern und im öffentlichen Gesundheitswesen ständig verringert wurde. Die infolge der hohen und ungeregelten Arbeitszeit sowieso schon geringe Neigung der Ärzte, sich in freier Praxis niederzu-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lassen, wurde damit noch weiter verringert. Da die Verringerung der Einkommensrelation zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärzten in Krankenhäusern bzw. im öffentlichen Gesundheitsdienst das Ergebnis von Einkommenserhöhungen der angestellten Ärzte ist, muß festgestellt werden, daß es gerade staatliche Maßnahmen waren, durch die die Attraktivität der Niederlassung vermindert wurde, so daß eine Ausdehnung des Angebots nicht eintrat und auch nicht zu erwarten ist.

Dem Staat ist es demnach noch nicht einmal gelungen, bei den von ihm angestellten Ärzten seine Vorstellungen über „angemessene" ärztliche Einkommen durchzusetzen. Statt Maßnahmen zu treffen, durch die ein überdurchschnittlicher Anstieg der Einkommen der niedergelassenen Ärzte verhindert wird — Ausdehnung des Angebots —, wurden die Einkommen der Ärzte auf anderen Märkten für ärztliche Leistungen überdurchschnittlich stark erhöht. Die aus sozialen Gesichtspunkten vertretbare Erhöhung des Einkommens von Ärzten in Krankenhäusern — vergleichbare Einkommen für gleichen Arbeitseinsatz — ist in ihren ökonomischen Wirkungen negativ zu beurteilen, da infolge der Interdependenz der Märkte die Attraktivität der freien Praxis verringert wurde.

Es verbleibt jetzt noch die Frage, ob von einem hohen Preis für ärztliche Leistungen wenigstens eine Ausdehnung der Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte zu erwarten ist. Über den Verlauf der Arbeitsangebotskurve eines niedergelassenen Arztes liegen empirische Untersuchungen nicht vor. Es erscheint jedoch berechtigt, davon auszugehen, daß Ärzte bestimmte Vorstellungen über ein „angemessenes" Einkommen haben. Auch sie werden sich irgendwie in das Einkommensgefüge einordnen und ihre Einkommen mit denjenigen anderer gesellschaftlicher Gruppen vergleichen. Hieraus folgt, daß die Arbeitsangebotskurve in Form einer gleichseitigen Hyperbel verlaufen dürfte, die im übrigen um so näher zum Ursprung liegt, je geringer das zur Erreichung des angestrebten Lebensstandards erforderliche Einkommen ist. Das Arbeitsangebot ist demnach um so geringer, je höher der Preis und je höher das Vermögen bzw. die bei einer Niederlassung kostenlos zur Verfügung gestellten Sachleistungen[13].

Betrachten wir die Wirkungen eines Anstiegs der Preise für die von niedergelassenen Ärzten erstellten Leistungen auf das mengenmäßige Leistungsangebot, so ist also festzustellen, daß eine Ausdehnung des Leistungsangebots nicht zu erwarten ist, denn:

1. wegen des numerus clausus führen hohe ärztliche Einkommen nicht zu einer Erhöhung des Angebots,

[13] Beispiel hierfür sind die Vermittlung einer Dienstwohnung oder die verbilligte Beschaffung eines Grundstücks zum Bau eines Wohnhauses oder einer Praxis durch die Gemeinden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

2. die Einkommenserhöhungen auf den übrigen Teilmärkten haben eine Erhöhung der Attraktivität einer Tätigkeit in freier Praxis verhindert und
3. die Realisierung des von den Ärzten angestrebten Lebensstandards ist bei einem um so geringeren Arbeitsaufwand möglich, je höher die Vergütung der ärztlichen Leistungen ist.

Hohe Preise für ärztliche Leistungen tragen demnach nicht dazu bei, die Knappheit an ärztlichen Leistungen zu verringern. Dies liegt allerdings vorwiegend daran, daß die Ausbildungskapazitäten dem Anstieg der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen nicht schnell genug angepaßt werden konnten. Eine Verringerung der Knappheit ist demnach allein dadurch zu erwarten, daß Maßnahmen getroffen werden, durch die die ärztliche Arbeitsproduktivität steigt.

Um die Arbeitsproduktivität der Ärzte zu steigern, müßte versucht werden, die Struktur der Gebührenordnung so zu verändern, daß ein Anreiz zu einer überhöhten Inanspruchnahme von Vorleistungen bzw. Vorproduzenten entsteht. Auf welche Weise dies erreicht werden kann, ist durch entsprechende Praxisanalysen zu untersuchen. Es erscheint im Interesse einer Senkung des Anstiegs der Aufwendungen zur Gesundheitssicherung geboten, daß die Krankenkassen die Erstellung derartiger Untersuchungen fördern und die Ergebnisse bei der Bewertung der einzelnen Gebührenpositionen berücksichtigen, indem sie versuchen, auf einen möglichst schnellen Anstieg der ärztlichen Arbeitsproduktivität hinzuwirken.

3. Beseitigung der Preisdifferenzierung

Die Differenzierung der Preise für ärztliche Leistungen nach dem Einkommen der Patienten bzw. der Zugehörigkeit eines Patienten zu einer bestimmten sozialen Gruppe, die sich infolge des gruppenorientierten Aufbaus der sozialen Sicherung in der Mitgliedschaft bei einer bestimmten Krankenkasse manifestiert, hatte ursprünglich eine vorwiegend soziale Funktion. Einerseits ermöglichte sie es den Ärzten, auch Gruppen mit niedrigem Einkommen zu behandeln, andererseits sorgte die Orientierung der Preise an der Leistungsfähigkeit der Patienten für eine Nivellierung der Realeinkommen.

Wie oben gezeigt wurde, hat die Differenzierung der Preise für ärztliche Leistungen gegenwärtig jedoch überdurchschnittlich hohe ärztliche Einkommen zur Folge. Selbst wenn alle Patienten Preise entsprechend der untersten Preisgruppe zahlen würden, würden die ärztlichen Einkommen nicht unter die Einkommen anderer vergleichbarer Berufsgruppen absinken. Im übrigen erscheint es aber auch aus grundsätzli-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

chen Überlegungen fraglich, ob eine Ausrichtung der Preise am Einkommen der Patienten nicht ihre Berechtigung verloren hat, wenn man bedenkt, daß die Masseneinkommen bisher nicht gekannte Höhen erreicht haben, die Einkommensverteilung gleichmäßiger geworden ist und zur Korrektur der Einkommensverteilung ein ausgereiftes Einkommensteuersystem zur Verfügung steht.

Die Beseitigung der Preisdifferenzierung erfordert zwei Voraussetzungen, die beide gleichermaßen schwer zu realisieren sind, nämlich

1. eine gleichmäßige Verteilung der durch den Solidarausgleich innerhalb der GKV entstehenden Belastungen und
2. die Schaffung einer Marktform, die zu einheitlichen Preisen führt.

Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, schwindet sowohl die Notwendigkeit als auch die Möglichkeit, die Preise entsprechend der Leistungsfähigkeit festzulegen.

Die Notwendigkeit von Honorardifferenzierungen wird häufig damit begründet, daß diese Unterschiede erforderlich seien, um Unterschiede in der Leistungsfähigkeit der Kassen auszugleichen. Die Leistungsfähigkeit einer Kasse wird nun insbesondere durch folgende Faktoren beeinflußt: der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen je Mitglied, dem Anteil der Rentner an den Kassenmitgliedern und dem Einkommen der Mitglieder (Grundlohnsumme). Die Auswirkung dieser Faktoren auf die Leistungsfähigkeit der Kasse ist als zufällig anzusehen, da sie weder von der Kasse noch von ihren Mitgliedern zu beeinflussen ist. Einheitliche Honorare würden demnach, wie häufig geäußert wird, zu sozial nicht tragbaren und zu nicht zu rechtfertigenden Unterschieden in den Beitragssätzen führen.

Der von den gesetzlichen Krankenversicherungen angestrebte Solidarausgleich kann also nur dann befriedigend funktionieren, wenn die bei den einzelnen Kassen auftretenden Risikofaktoren (Familienangehörige, Rentner) und die Einkommensstruktur der Mitglieder (Grundlohnsumme) annähernd gleich sind. Soll eine Korrektur der bestehenden Unterschiede über die Preise für ärztliche Leistungen ausgeschlossen werden, weil dies bei sozialer Betrachtung zu überhöhten ärztlichen Einkommen führt, so verbleibt nur noch die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen den einzelnen Krankenkassen.

Grundsätzlich erscheint es angebracht, Belastungen der Krankenkassen, die durch die Mitversicherung von Familienangehörigen, die gesundheitliche Versorgung der Rentner sowie Mitglieder mit geringem Leistungseinkommen entstehen, gleichmäßig auf die Gesamtbevölkerung zu verteilen. Hierbei tritt das Problem auf, daß die nicht in der GKV

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

versicherten Personen nicht an den Kosten dieses Solidarausgleichs beteiligt werden können. Es muß also selbst bei Einführung eines Finanzausgleichs zwischen den Kassen noch entschieden werden, ob die nicht in der GKV versicherten Teile der Bevölkerung ihren Solidaranteil quasi über höhere Honorare für ärztliche Leistungen entrichten sollen — wobei wieder das Problem entsteht, daß die Preisdifferenzierung zu höheren ärztlichen Einkommen führt — oder ob hierfür eine Sonderabgabe gezahlt werden sollte. Damit tritt aber gleichzeitig die Frage auf, ob die Finanzierung des in der GKV realisierten Solidarausgleichs, soweit er mit dem Ziel „Sicherung bei Krankheit" unmittelbar nichts zu tun hat, über die Beiträge zur Krankenversicherung das geeignete Instrument ist und ob es nicht besser wäre, die hieraus resultierenden Lasten aus dem allgemeinen Haushalt bzw. eine alle Staatsbürger in gleicher Weise treffende Abgabe zu finanzieren.

An der Schwierigkeit, einen solchen Finanzausgleich, an dem alle Staatsbürger beteiligt sind, zu realisieren, zeigt sich, daß eine baldige Beseitigung der Preisdifferenzierung nicht zu erwarten ist. Bestenfalls dürfte es gelingen, einen Finanzausgleich innerhalb der GKV zu realisieren und damit eine Voraussetzung für einheitliche Honorarvereinbarungen für die gesetzlichen Krankenkassen zu erreichen.

Die Entlastung der Krankenkassen von den Kosten des Solidarausgleichs bzw. die gleichmäßige Verteilung dieser Kosten ist jedoch nur eine Voraussetzung, die erfüllt werden muß, wenn man einheitliche Honorare fordert. Obwohl eine Angleichung der Leistungsfähigkeit eine Verringerung der Honorarunterschiede zur Folge haben dürfte, werden Preisdifferenzierungen möglich sein, solange ein oder zumindest wenige gemeinsam handelnde Anbieter vielen isoliert handelnden, nicht kooperierenden Nachfragern gegenüberstehen. Genau dieses Bild zeigt der Markt für ärztliche Leistungen. Das bedeutet aber für den Anbieter insofern eine Marktüberlegenheit, als er die Verhandlungen über Honorare mit dem schwächsten Marktpartner beginnen kann, eine Strategie, die sich bei Tarifverhandlungen häufig beobachten läßt.

Betrachten wir die historische Entwicklung des Marktes für ärztliche Leistungen, so bilden sich nach einer Phase polypolistischer Konkurrenz zunächst regionale Kassenverbände. Erst zur Ausschaltung der hierdurch entstehenden Marktmacht der Kassen, die sich nach Meinung der Ärzte in zu niedrigen Honoraren äußerte, bildeten die Ärzte regionale Zusammenschlüsse. Der hohe Organisationsgrad der Ärzte und die Gleichheit der Interessen erleichterte die Bildung eines überregionalen Verbandes und damit die Entwicklung gemeinsamer Marktstrategien. Diesem zentralen Verband konnten die Nachfrager bis heute keine entsprechende Gegenmacht gegenüberstellen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Während die Ersatzkassen zentral auf Bundesebene mit der KBV verhandeln, führen die RVO-Kassen die Honorarverhandlungen grundsätzlich dezentral nach Landesverbänden und Kassenarten. Für Privatpatienten schließlich gibt es überhaupt keine Honorarverhandlungen. Hier wird das Honorar von dem einzelnen behandelnden Arzt zwar teils auch unter Beachtung des von anderen Ärzten geforderten Honorars festgelegt, vorwiegend richtet es sich jedoch danach, welches Honorar bei der Einkommenslage des Patienten als „angemessen" angesehen wird. Marktmorphologisch betrachtet haben wir also bei den Ersatzkassen ein bilaterales Monopol vor uns, während bei den RVO-Kassen einem Anbietermonopol ein Nachfrageroligopol gegenübersteht. Bei den Privatpatienten schließlich finden wir den Zustand heterogener atomistischer Konkurrenz.

Will man die Preisdifferenzierung und ihre Auswirkungen auf das ärztliche Einkommen verhindern, so muß man also versuchen, die Marktform so zu ändern, daß eine Preisdifferenzierung nicht mehr möglich ist. Da die Herstellung vollkommener Konkurrenz auf der Anbieterseite infolge der geringen Markttransparenz, tatsächlicher oder vermeintlicher Produktdifferenzen sowie des für die in der GKV-Versicherten geltenden „Null-Preises" bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen als Mittel ausscheidet, verbleibt nur noch die Möglichkeit, dem Monopol der Anbieter ein Monopol der Nachfrager gegenüberzustellen.

Der hierfür erforderliche Zusammenschluß der RVO-Kassen dürfte dabei noch relativ einfach zu erreichen sein. Daß bundeseinheitliche Verhandlungen bei den RVO-Kassen bislang nicht existieren, ist vornehmlich eine Folge der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit der Kassen, die in der Tat zur Folge hat, daß einzelne Kassen für sich günstigere Honorarvereinbarungen treffen. Der inzwischen erkannte und weitgehend ins Bewußtsein gedrungene Nachteil dezentraler Verhandlungen besteht jedoch darin, daß das Honorarniveau u. U. höher liegt, als bei zentralen Verhandlungen.

Erheblich schwieriger als eine Zentralisierung der Honorarverhandlungen auf RVO-Ebene ist es jedoch, ein Zusammengehen von RVO-Kassen und Ersatzkassen zu erreichen. Hier scheinen Prestigegesichtspunkte sowie der Wunsch der Ersatzkassen, ihren Versicherten eine bevorzugte Position zu sichern, noch von zu starker Bedeutung zu sein. So ist es sicherlich kein Zufall, daß sich die Ersatzkassen bei der Weiterentwicklung der Gebührenordnungen als Vorreiter betätigt haben und auch weiter betätigen. Solange die Ersatzkassen jedoch nicht bereit sind, die Honorarverhandlungen mit den RVO-Kassen gemeinsam zu führen und einer gemeinsamen Gebührenordnung für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen zuzustimmen, werden sich unterschiedliche Preise für gleiche ärztliche Leistungen kaum verhindern lassen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Aussichten für die Bildung eines Nachfragemonopols der gesetzlichen Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen sind jedoch langfristig nicht schlecht. So hat die Verringerung der Unterschiede in der Leistungsfähigkeit zwischen RVO-Kassen und den Ersatzkassen schon zur Folge gehabt, daß sich die Unterschiede in den Honorarniveaus beträchtlich verringert haben (Tabelle 3-4b). Dieser Trend dürfte sich angesichts der sich weiter verringernden Unterschiede in der Leistungsfähigkeit sowie des zur Diskussion stehenden Finanzausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen weiter fortsetzen, so daß die Ersatzkassen in Zukunft immer weniger in der Lage sein werden, höhere Honorare zu zahlen als die RVO-Kassen.

Eine solche Entwicklung führt letztlich dazu, daß nur noch von Privatpatienten überdurchschnittliche Honorare gezahlt werden. Dies ließe sich verhindern, wenn die von den Kassen der GKV ausgehandelten Honorare auch für die Privatpatienten als verbindlich erklärt werden. Hierbei ist es gleichgültig, ob dies durch die Ärzte geschieht oder ob der Gesetzgeber den Honorarvereinbarungen mit der GKV ähnlich den Gebührenordnungen anderer freier Berufe allgemeine Verbindlichkeit zukommen läßt. Die immer wieder zu hörende Behauptung, daß die höheren Honorare von Privatpatienten eine bessere gesundheitliche Versorgung zur Folge haben, würde damit gegenstandslos.

Aber auch für die Mitglieder der Kassen ergäben sich Vorteile. Da über den Preis keine Behandlungsvorteile tatsächlicher oder vermeintlicher Art mehr erreichbar sind, ist der Preiswettbewerb unter den Nachfragern ausgeschaltet. Damit könnten die Kassen sich verstärkt Aufgaben zuwenden, die ihrem Gestaltungsbereich unterliegen sollten, so könnten sie insbesondere die Versicherungsleistungen stärker entsprechend den Bedürfnissen ihrer Mitglieder gestalten, indem beispielsweise für Beitragszuschläge Leistungen gewährt werden, die über eine gesetzliche Mindestsicherung hinausgehen oder indem eine Übernahme der Kosten von Bagatellfällen durch die Mitglieder zu einer Verminderung der Beiträge führt. Die Gestaltungsmöglichkeiten des Versicherungsverhältnisses würden also erhöht und der Freiheitsspielraum ausgeweitet werden. Gleichzeitig würde sich der Wettbewerb zwischen den Kassen stärker auf Maßnahmen zur Senkung der Behandlungskosten konzentrieren, da bei Existenz eines Finanzausgleichs und einheitlicher Honorare für ärztliche Leistungen Kosten- und damit Beitragsunterschiede nur dann auftreten können, wenn das Anspruchsverhalten der Mitglieder unterschiedlich ist oder der Behandlungserfolg unterschiedliche Kosten verursacht.

Die aufgeführten Bedingungen für eine Beseitigung der Preisdifferenzierung für ärztliche Leistungen muten bei einer realistischen Be-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

trachtung der Gegenwart nahezu utopisch an. Was erreichbar erscheint, ist bestenfalls ein beschränkter Finanzausgleich innerhalb der GKV und eine verstärkte Kooperation zwischen RVO-Kassen und Ersatzkassen bei weiterhin getrennten Honorarverhandlungen. Das bedeutet aber, daß Preisdifferenzen für ärztliche Leistungen auch in Zukunft zu erwarten sind.

Ist die Preisdifferenzierung schon nicht zu beseitigen, so sollte jedoch wenigstens versucht werden, ihre Auswirkungen auf das ärztliche Einkommen bei den Honorarverhandlungen mit zu berücksichtigen. Welche Beziehungen zwischen dem durchschnittlichen Preisanstieg und dem Anstieg der Preise bei den einzelnen Gruppen, dem Anstieg der von diesen Gruppen abgerechneten Leistungen bestehen, zeigen die folgenden Überlegungen.

Aus der Existenz unterschiedlicher Patientengruppen ergibt sich der Praxisumsatz mit

$$U = \Sigma U_i \tag{6}$$

wobei U_i den Praxisumsatz aufgrund von Leistungen an die Gruppe i angibt. Die Wachstumsrate des gesamten Praxisumsatzes ist das gewogene arithmetische Mittel der Wachstumsrate des Umsatzes mit einzelnen Gruppen.

$$w_U = \Sigma w_{U_i} \cdot \frac{U_i}{U} = \Sigma w_{U_i} \cdot \frac{p_i}{p} \cdot \frac{x_i}{x} \tag{7}$$

Der Anstieg des Praxisumsatzes hängt also ab von der Wachstumsrate des Umsatzes mit den einzelnen Gruppen und der Bedeutung dieser Gruppe, also dem Anteil der Gruppe an den abgerechneten Leistungen $\frac{x_i}{x}$ und dem für diese Leistungen gezahlten Preis bezogen auf den Durchschnittspreis $\frac{p_i}{p}$.

Sind die Veränderungsraten des Praxisumsatzes nicht allzu groß, so kann man für Gleichung (7) schreiben

$$w_U = w_p + w_x = \Sigma \left(w_{p_i} + w_{x_i}\right) \cdot \frac{p_i}{p} \cdot \frac{x_i}{x} \tag{8}$$

woraus folgt

$$w_p = \Sigma \left(w_{p_i} \cdot \frac{p_i}{p}\right) \cdot \frac{x_i}{x} + \Sigma \left(w_{x_i} \cdot \frac{x_i}{x}\right) \frac{p_i}{p} - w_x \tag{9}$$

Diese Gleichung zeigt, wie sich das durchschnittliche Honorar ändert, wenn sich die Honorare von einzelnen Gruppen (w_{p_i}) sowie der Umfang der mit diesen Gruppen abgerechneten Leistungen (w_{x_i}) ändern.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Soll nun das durchschnittliche Honorar (w_p) in dem Ausmaß steigen, daß die Relation der ärztlichen Einkommen zu den Einkommen der übrigen Erwerbstätigen konstant bleibt (vgl. Gleichung 5), so wird dies bei einem gleich hohen Honoraranstieg bei allen Gruppen nur dann zu erreichen sein, wenn die Veränderung der abgerechneten Leistungen in allen Gruppen gleich ist, denn in diesem Falle gilt

$$w_p = \sum\left(w_{p_i} \cdot \frac{p_i}{p}\right) \cdot \frac{x_i}{x} + \sum\left(w_{x_i} \cdot \frac{x_i}{x}\right)\frac{p_i}{p} - w_x \tag{10}$$

$$= w_{p_i} \sum \frac{p_i}{p} \cdot \frac{x_i}{x} + w_{x_i} \sum \frac{x_i}{x} \cdot \frac{p_i}{p} - w_x \tag{10a}$$

Da nun

$$\Sigma\, p_i \cdot x_i = p \cdot x$$

und

$$w_{x_i} = w_x$$

ergibt sich

$$w_p = w_{p_i}$$

Ist der Anstieg des Leistungsvolumens in einzelnen Gruppen dagegen unterschiedlich, entweder infolge unterschiedlicher Veränderungen der Gruppenstärke oder unterschiedlicher Veränderungen des Anspruchsverhaltens, so ist der Anstieg des durchschnittlichen Honorars selbst bei gleichem Anstieg der Honorare in allen Gruppen niedriger, wenn $\frac{p_i}{p}$ in Gruppen mit überdurchschnittlichem Wachstum der abgerechneten Leistungen kleiner als 1 ist.

In diesem Falle ist nämlich

$$\sum\left(w_{x_i} \cdot \frac{x_i}{x}\right)\frac{p_i}{p} < w_x$$

woraus bei gleichem Honoraranstieg in allen Gruppen folgt

$$w_p < w_{p_i}$$

Um einen bestimmten Anstieg des durchschnittlichen Honorars zu erreichen, muß der Anstieg des Honorars der einzelnen Gruppen also größer sein als w_p, wenn die abgerechneten Leistungen in Gruppen mit unterdurchschnittlichen Honoraren überdurchschnittlich zunehmen. Aus Tabelle 3-4a ist zu entnehmen, daß dieser Zusammenhang in dem der Untersuchung zugrundeliegenden Zeitraum vermutlich gegeben war.

Ist nun weiterhin der Anstieg des Honorars in einzelnen Gruppen unterschiedlich, so gilt, daß ein überdurchschnittlicher Honoraranstieg

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

einer Gruppe sich um so stärker auf das durchschnittliche Honorar auswirkt, je höher das Honorarniveau und je höher der Anteil der abgerechneten Leistungen dieser Gruppe an den Gesamtleistungen, also $\frac{p_i}{p}$ und $\frac{x_i}{x}$. Um so größer wird nämlich der Wert

$$\sum\left(w_{p_i} \cdot \frac{p_i}{p}\right)\frac{x_i}{x}$$

und damit w_p. Ist also in Zukunft damit zu rechnen, daß der Honoraranstieg in Gruppen mit hohem Honorarniveau nicht überdurchschnittlich hoch sein wird und ist außerdem zu erwarten, daß die Steigerungsrate der abgerechneten Leistungen dieser Gruppe unterdurchschnittlich zunehmen oder sogar abnehmen wird, so müssen die Honorare der Gruppe mit unterdurchschnittlichem Honorar überdurchschnittlich stark ansteigen.

Betrachten wir die gegenwärtige Entwicklung, so zeigt sich nicht nur eine ständige Verringerung der Honorarunterschiede, der Honoraranstieg in Gruppen mit hohem Honorarniveau ist demnach geringer als in Gruppen mit niedrigem Honorarniveau, sondern auch der Anteil der Bevölkerung in Gruppen mit hohen Honoraren nimmt ständig ab (Privatpatienten). Setzt sich diese Entwicklung fort, so muß das von den RVO-Kassen gezahlte Honorar aber auch weiterhin überdurchschnittlich stark ansteigen. Die weiter oben entwickelte Gleichung (5) für den zur Erhaltung der Einkommensrelation der Ärzte notwendigen Honoraranstieg stellt demnach nur eine erste Orientierungshilfe dar.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Krankenhausfinanzierung*

(Untersuchung aus Anlaß des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Bundesrepublik Deutschland vom 29. Juni 1972)

Von *Theo Thiemeyer*, Bochum

1. Das Finanzierungsproblem im Rahmen einer Theorie gemeinnütziger Betriebe

Die Frage nach der in irgendeinem Sinne „optimalen" Finanzierung der öffentlichen und freigemeinnützigen Betriebe der Krankenhauswirtschaft zielt auf völlig andere Aspekte ab, als sie üblicherweise in der neueren Literatur zur betrieblichen Finanzwirtschaft erörtert werden. In der betriebswirtschaftlichen Literatur zu Finanzierungsfragen stehen vor allem der optimale Verschuldungsgrad und die optimale Selbstfinanzierungsquote im Vordergrund des Interesses. Dabei stellt „Optimalität" nicht auf gesamtwirtschaftliche oder gesamtgesellschaftliche Aspekte ab, sondern ausschließlich auf betriebsinterne Ziele: Ziele der Gewinnerzielung, der Kapitalakkumulation, des Wachstums usw. Die Theorie der gemeinnützigen Unternehmen sieht dagegen die *Betriebe als Instrumente der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, in der Krankenhauswirtschaft primär der Gesundheitspolitik.* Sie stellt mit-

---

* Dem Verfasser war es aus zeitlichen Gründen nicht möglich, den Text, den er dem Ausschuß für Sozialpolitik auf der Sitzung im September 1973 vorlegte, bei der Vorbereitung des vorliegenden Bandes (Frühjahr 1975) nochmals zu überarbeiten. Ergänzt wurden nur die Erläuterungen zu den Pflegesatz-Modellen S. 129 ff. und einige wenige Zahlen im Tabellenanhang. Das ist insofern kein Nachteil, als die Darstellung der grundsätzlichen theoretischen Probleme an Aktualität nichts verloren hat. In Hinsicht auf die Anschlußgesetzgebung der Länder nach dem Krankenhausgesetz des Bundes (KHG) müßten allerdings einige wenige Stellen heute anders formuliert werden. Dem Verfasser scheint es überdies nicht ohne Reiz zu sein, die Darstellung von Mitte 1973 mit den Erfahrungen bis Frühjahr 1975 zu vergleichen. In diesem Zusammenhang sei auf den letzten Absatz in Ziff. 12 (S. 138) hingewiesen, wo es um den Verlauf der Verhandlungen der Krankenhausträger mit den Sozialleistungsträgern über die „richtigen" Kosten geht: Die Erfahrungen der letzten beiden Jahre haben die dort gebotene — aus der Praxis der „Wegekostenrechnungen" in der Verkehrswirtschaft gewonnene — Erkenntnis voll bestätigt. Die Prognose der Entwicklung der Pflegesätze in Ziff. 16 (S. 145) und im Schlußabsatz der Zusammenfassung hat sich (in bedrückendem Umfang) als richtig erwiesen. Allerdings war zu dieser Voraussage keine prophetische Begabung erforderlich.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

hin auf eine — den betrieblichen Rahmen in der Tat überschreitende — *Wirkungsanalyse* ab. Dabei geht es im Zusammenhang mit den Finanzierungsproblemen vor allem um vier Aspekte:

1. Wie wirken bestimmte Formen und Techniken der Finanzierung auf die *Nachfrage* nach den angebotenen Leistungen? Diese Frage beschränkt sich nicht nur auf die Menge der Leistung, sondern auch auf eventuelle *selektive Wirkungen:* Fördert das gewählte Finanzierungsverfahren die Inanspruchnahme jener Leistungen durch jene Personen, deren Versorgung primär gewollt ist?

2. Zum anderen: Wie wirken sich bestimmte Formen und Techniken der betrieblichen Finanzierung auf das *Angebot* der Leistung aus? Wie wirkt es sich auf die Branchenstruktur aus (z. B. Betriebsgröße, Trägerschaft), auf die Betriebsstrukturen (z. B. Autonomie frei-gemeinnütziger gesellschaftlicher Kräfte, Mitbestimmung), wie wirkt es sich auf den Produktionsprozeß aus (die Faktorkombination)? Gibt es Rückwirkungen bestimmter Finanzierungsverfahren auf das Angebot an Krankenhausleistungen nach Art und Menge?

3. Ferner: Wie sind die *verteilungspolitischen Wirkungen* der verschiedenen Finanzierungstechniken? Diese Frage sprengt den traditionellen Rahmen betriebswirtschaftlicher Betrachtungsweise völlig, kann aber bei der Analyse der Betriebsprozesse „bedarfswirtschaftlicher" Betriebe nicht eliminiert werden: Die Frage wird beispielsweise in Hinsicht auf eine defizitäre Tarifpolitik im öffentlichen Personen-Nahverkehr ganz anders beantwortet werden müssen als in Hinsicht auf die defizitäre Pflegesatzpolitik der Krankenhauswirtschaft: Wegen der Unlösbarkeit der Inzidenzprobleme wird man auf exakte Antworten verzichten müssen, nicht aber auf plausible Hypothesen, die für eine praktische Politik Relevanz beanspruchen können.

4. Schließlich: Wie wirken bestimmte Finanzierungsverfahren — und das ist der einzige Aspekt, zu dem die traditionell privatwirtschaftliche Betriebswirtschaftslehre wesentliche Aspekte beitragen kann — auf die *Funktionsfähigkeit* des Wirtschaftszweigs als ganzem oder der Betriebe jetzt und in absehbarer Zukunft?

„Finanzierung" wird hier verstanden im Sinne des *„erweiterten" oder „modernen" Finanzierungsbegriffs,* d. h. es geht um die Frage der Bereitstellung liquider Mittel (von Zahlungsmitteln) zur Durchführung der Investitionen und der laufenden betrieblichen Prozesse. Der Begriff — der sich unmerklich in der Praxis längst durchgesetzt hat[1] — weicht

[1] Vgl. zum Finanzierungsbegriff *Erwin Grochla:* Art. Finanzierung in HdSW., 3. Bd. Stuttgart/Tübingen/Göttingen 1961, S. 605. Vgl. zum Finanzierungsbegriff in der betriebswirtschaftlichen Literatur sehr eingehend: *Werner Engelhardt:* Die Finanzierung aus Gewinn im Warenhandelsbetrieb und ihre Einwirkungen auf Betriebsstruktur und Betriebspolitik, Berlin 1960, S. 29 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

also vom sog. *„klassischen" Finanzierungsbegriff* ab, der entweder (ganz eng) auf den Zufluß von Mitteln zwecks langfristiger Investition im Anlagevermögen abstellte oder (für manche Untersuchungszwecke zweckmäßig und daher auch von neueren Autoren — z. B. Oswald Hahn[2] — verwendet) auf Zufluß von kurz- und langfristigen Fremd- oder Eigenmitteln, die sich — im Falle der Bilanzierung — auf der Kapitalseite (Seite des Produktionsfonds) niederschlagen. Der „erweiterte" Finanzierungsbegriff umfaßt auch die Erlöse insgesamt als Finanzierungsmittel, was sich für unser Problem als zweckmäßig erweist[3].

2. Einleitende Bemerkungen zur „öffentlichen" Finanzierung, insbesondere von Krankenhäusern

1. Wir behandeln im folgenden Probleme der *öffentlichen* als auch der *freigemeinnützigen Krankenhäuser*. Beide Gruppen von Betrieben sind nicht-erwerbswirtschaftlich; sie disponieren *„bedarfswirtschaftlich"*, d. h. es geht um optimale Bedarfsdeckung unter bestimmten — zumal die Finanzierung betreffenden — Nebenbedingungen. Trotz dieser Gemeinsamkeit ergeben sich vom Zweck, Ziel (Weisser: dem „Sinn") der Betriebe her in Hinsicht auf alle Betriebsprozesse einschließlich der Finanzierung Besonderheiten, die bei einer allgemeinen Regelung der Krankenhausfinanzierung nicht unbeachtet bleiben können. Das Problem wird weiter unten noch eingehender erörtert werden müssen.

2. Eine bedeutsame Gemeinsamkeit der Finanzierungsprobleme der öffentlichen und frei-gemeinnützigen Krankenhäuser besteht allerdings insofern, als die Möglichkeit des finanziellen Rückgriffs auf die öffentlichen Haushalte, die i. d. R. nur öffentlichen Unternehmen offensteht (Oettle[4]: *„Rückgriffsprinzip der öffentlichen Wirtschaft"* im Gegensatz zum „Selbsterhaltungsprinzip" privater Unternehmen), auch bei den frei-gemeinnützigen Krankenhäusern gegeben ist.

3. Mit Recht hat Horst Zimmermann[5] darauf hingewiesen, daß mit der bloßen Feststellung, etwas gehöre zur *„Infrastruktur"*, über die Art und Weise der Finanzierung noch nichts gesagt sei und die Frage, ob die Finanzierung zweckmäßig über einen öffentlichen Haushalt oder aber

---

[2] *Oswald Hahn:* Handbuch der Unternehmensfinanzierung, München 1971.

[3] Der „klassische" Finanzierungsbegriff läßt als „Finanzierung" nur den der Selbstfinanzierung dienenden, im Erlös enthaltenen Gewinnzuschlag gelten.

[4] *Karl Oettle / Theo Thiemeyer:* Thesen über die Unterschiede zwischen privater Absatzpolitik und öffentlicher Angebotspolitik, in: Die öffentliche Wirtschaft, 18. Jg. (1969), S. 37 ff., These 4.

[5] *Horst Zimmermann:* Alternativen der Finanzierung von Infrastrukturvorhaben, in: Reimut Jochimsen, Udo E. Simonis (Hrsg.), Theorie und Praxis der Infrastrukturpolitik, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 54, Berlin 1970, S. 187 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

über Preise erfolgen solle, im konkreten Fall geprüft werden müsse. Ähnlich gilt für unser Thema: Die in der gesamten aktuellen Literatur zur Krankenhausfinanzierung einmütig beschworene These, das Krankenhauswesen sei „öffentliche Aufgabe", sollte die Finanzierung über die öffentlichen Haushalte nicht als rein logische Konsequenz erscheinen lassen.

4. Die *Begrenzung auf die Investitionskosten* ist *eine Möglichkeit der Abgrenzung* einer Subvention. Sie ist nicht logischer, nicht rationaler und auch nicht klarer als irgendeine andere Grenze. Die Diskussion um die Regierungsvorlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der BRD hat gezeigt, daß das Finden einer Grenze in diesem Fall ausschließlich eine Frage des politischen Ausgleichs zwischen den Haushalten des Bundes, der Länder und Gemeinden ist. Das Gerangele um finanzielle Anteile stand derart im Vordergrund, daß für grundsätzliche gesellschaftspolitische und ökonomische Erwägungen wenig Raum blieb.

Die Begrenzung der Subvention auf die „Vorhaltung" wirkt besonders plausibel und scheint einer offenkundigen Logik zu folgen. Aber es fragt sich, ob sich die Übernahme einer „öffentlichen Aufgabe" nun gerade in der Übernahme der Vorhaltung manifestieren muß: Sie könnte sich ebensogut in der Übernahme eines Teils der Personalkosten oder der Übernahme der Besoldung bestimmter Funktionsträger, beispielsweise der Chefärzte oder der Ärzte allgemein artikulieren[6]. (Diesen Gedanken werden wir am Ende der vorliegenden Untersuchung — vorweg sei angedeutet: mit Bedenken — noch einmal aufnehmen müssen). Es kommt auf den Interventionszweck an.

Es gibt allerdings eine besonders kritische Grenze der Teilung der Kostenträgerschaft: das ist der Fall, in dem der Investor nur für die Erst- und Ersatzinvestitionen aufkommt, die „Betriebsgesellschaft" — der Begriff ist aus analogen Verhältnissen der Nahverkehrswirtschaft entlehnt — aber für den Erhaltungsaufwand aufkommen muß. Man kann Investitionsaufwand gegen Erhaltungsaufwand in Grenzen substituieren: Unterlassener Erhaltungsaufwand zwingt zu früheren Ersatzinvestitionen.

5. Die Finanzierung kann ganz oder teilweise über einen *öffentlichen Haushalt* erfolgen. Dabei können der Bundeshaushalt, die Länderhaushalte, die Gemeindehaushalte oder die Haushalte sonstiger öffentlich-rechtlicher Körperschaften in Frage kommen (vgl. dazu Tabelle 5). Die Entscheidung für einen öffentlichen Haushalt oder bestimmte Haushalte ist zumal dann nicht unproblematisch, wenn der Hoheitsbereich der finanzierenden *Gebietskörperschaften* und die *Einzugsgebiete* der von

[6] Anderer Auffassung, mit gewichtigen Argumenten *Siegfried Eichhorn:* Krankenhausbetriebslehre, Bd. II, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1971, S. 271.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

ihnen finanzierten Krankenhäuser nicht übereinstimmen. Den klassischen Fall bietet Basel: Von den aus dem Baseler Kantonalhaushalt alimentierten öffentlichen Krankenhäusern mit stark defizitären Pflegesätzen profitierten nicht nur die Patienten der Nachbarkantone, sondern auch des deutschen und französischen Grenzgebietes[7]. Da Verhandlungen mit den beteiligten Gebietskörperschaften zu keinem Ergebnis führten, wurden unterschiedliche Pflegesätze für Baseler Bürger, Bürger der Nachbarkantone und Ausländer eingeführt. Der Fall Basel ist wegen des Zusammentreffens von Gemeinde-, Kantons- und Staatsgrenze besonders drastisch, enthüllt aber die allgemeine Problematik der Finanzierung von Krankenhäusern wie von Zentralitätseinrichtungen durch Gemeinden überhaupt. Die meisten Kriterien für eine denkbare Umlage auf die verschiedenen Gebietskörperschaften erweisen sich als anfechtbar (beispielsweise die Bevölkerungszahl, u. a. wegen der unterschiedlichen Morbidität und Krankenhaushäufigkeit der Land- gegenüber der Stadtbevölkerung u. ä.).

6. Öffentliche Zuschüsse können als *Investitionszuschüsse* oder als *Betriebszuschüsse* geboten werden. In der Regel haben nur Betriebszuschüsse einen unmittelbaren und merklichen Einfluß auf die Höhe der Preise (Tarife, Gebühren, Pflegesätze). Investitionszuschüsse müssen mit dem Ziele der Substanzerhaltung abgeschrieben und bei kaufmännischer Betriebsabrechnung verzinst werden. Investitionszuschüsse wirken nur dann auf den Preis, wenn nicht nur die Erst-, sondern auch die Ersatzinvestitionen durch Investitionszuschüsse gefördert werden.

7. In der Diskussion um den optimalen Preis für die Krankenhausleistung spielt der Begriff *„zweigeteilter"* (auch dreigeteilter usw.) *Pflegesatz* eine zentrale Rolle. Der Terminus spricht allerdings zwei grundsätzlich verschiedene Problemkreise an:

a) Unter zweigeteiltem Pflegesatz wird in der einschlägigen Literatur einerseits ein solcher Pflegesatz verstanden, der für den einzelnen Krankenhausfall nicht ein einheitliches Entgelt pro Tag vorsieht, sondern eine Aufspaltung des Gesamtentgelts für einen Krankenhausfall in eine einmalige Aufnahmegebühr (oder eine einmalige Abgeltung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen) und einen relativ niedrigen Tagespflegesatz (etwa zur Abgeltung der „Hotelkosten" und „Basispflegekosten"). Diese Kombination zielt auf einen mit zunehmender Verweildauer degressiven Verlauf des Entgelts pro Pflegetag ab[8]. Der zweitei-

[7] Man kann selbstverständlich die Frage stellen, inwieweit die Haushalte des Einzugsgebietes zum Steueraufkommen der Gemeinde indirekt beitragen. Aber alle diese Zurechnungsversuche sind nur von sehr bedingtem Wert.

[8] Vorschläge von *Siegfried Eichhorn,* der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Vgl. dazu *K. Fritz:* Krankenhausprobleme und Krankenhausreform. Versuch einer Analyse, in: Der Krankenhaus-Arzt, 45. Jg. 1972, Nr. 12.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lige Pflegesatz in diesem Sinne ist mit der Zweiteilung i. S. von (b) kombinierbar. Das Problem wird weiter unten im Abschnitt 10 erörtert.

b) Unter zweigeteiltem Pflegesatz versteht man ferner einen solchen, bei dem die *Kosten der Investition* oder der *Vorhaltung* von öffentlichen Haushalten übernommen werden und die *Benutzerkosten* dem Patienten bzw. dem Kostenträger (Sozialversicherungsträger oder sonstigen Sozialleistungsträger) angelastet werden[9]. Das Problem wird weiter unten in Abschnitt 8 behandelt. Dieser zweiteilige Pflegesatz ist von der Mehrzahl der Teilnehmer an der Diskussion um die Reform der Krankenhausfinanzierung von Anfang an als die angemessene Lösung empfohlen worden[10]. Der Gesetzgeber ist schließlich diesem Grundsatz gefolgt.

c) Zumal im Anschluß an einen Vorschlag von Philipp Herder-Dorneich[11] ist die Möglichkeit eines dreiteiligen Pflegesatzes erörtert worden, der (1) Vorhaltungskosten, (2) Kosten des Dienstleistungsbereichs (Ärzte und Pflegepersonal) und (3) Kosten des „gewerblichen Bereichs" („gewerbliche Betriebskosten") — die Kosten des Krankenhauses in seiner „Hoteleigenschaft" — unterscheidet. Diese Einteilung Herder-Dorneichs wird sich auch dann als fruchtbar und notwendig erweisen, wenn man seinen konkreten Reformvorschlägen — aus welchen Gründen auch immer — nicht folgen möchte. Auch diese Frage wird weiter unten zu erörtern sein.

3. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz der Bundesrepublik (KHG)

Die Diskussion um eine grundsätzliche Lösung des Problems der Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland wurde in den letzten 20 Jahren zumal von der Unzulänglichkeit der *Bundesverordnung über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. 8. 1954* geprägt, die von Anfang an nicht-kostendeckende Pflegesätze vorschrieb, ohne die Frage des Defizitausgleichs zu regeln. Damit waren die Krankenanstalten auf die Zufälligkeiten sonstiger Zuschüsse aus den verschiedensten Haushalten und sonstigen Quellen oder auf Substanzverzehr angewiesen. Ein von Bundesminister Elisabeth Schwarzhaupt Mitte *1965 vorgelegter Verordnungsentwurf stellte auf kostendeckende Pflegesätze* ab,

---

[9] *Dietrich v. Leszczynski:* Neuregelung der Krankenhausfinanzierung in Sicht, in: Die Betriebskrankenkasse, 59. Jg. Heft 4.

[10] *Marie-Theres Starke:* Die Finanzierung der Krankenhausleistungen als sozial- und ordnungspolitisches Problem. Untersuchung über die Auswirkungen eines Übergangs zu kostendeckenden Pflegesätzen im Krankenhauswesen der Bundesrepublik Deutschland, Münster 1962, S. 13. *Fritz Riege:* Die Vorhaltung von Krankenhäusern im ordnungspolitischen Modell, in: Die Sozialversicherung, 20. Jg. 1965, S. 154.

[11] *Philipp Herder-Dorneich:* Honorarreform und Krankenhaussanierung, Berlin 1970, S. 35.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

ist aber am massiven Widerstand der Sozialversicherungs- und sonstigen Sozialleistungsträger, der Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen gescheitert und wurde zurückgezogen. Die Höhe des in der Krankenhauswirtschaft entstehenden jährlichen Defizits war unbekannt. In der Literatur wurde meist von der Annahme ausgegangen, daß dieses Defizit sich bei den öffentlichen Trägern auf 20 % und bei den freigemeinnützigen Trägern auf etwa 10 % der Gesamtkosten belaufe. Einigermaßen zuverlässige Unterlagen zur Unterbauung dieser Annahme lagen nicht vor. Im Juli 1966 beauftragte der Bundestag die Bundesregierung, eine Übersicht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten vorzulegen, um für eine grundsätzliche Lösung des Problems aussagefähige Unterlagen zu gewinnen. Die *Krankenhausenquête* wurde nach zahlreichen Schwierigkeiten im Mai 1969 veröffentlicht. Da der Gesetzgeber sich nicht entschließen wollte oder konnte, die Krankenhausträger zur Auskunft zu verpflichten, die Erhebung also auf die freiwillige Mitarbeit der Träger und ihrer Verbände angewiesen war, aber auch aus mehreren anderen Gründen weist die Erhebung schwerwiegende Mängel und Beschränkungen der Aussagefähigkeit auf[12]. Erfaßt wurden nur 48,6 v. H. aller Akutkrankenhäuser mit 62,5 v. H. aller planmäßigen Betten. Die Enquête ermittelte unter Berücksichtigung angemessener Bettenwerte ein Defizit von rd. 2 Mrd. DM, von denen nach Abzug von herkömmlichen Betriebszuschüssen und Zuschüssen aus Landeshaushalten rd. 840 Mill. DM übrigblieben.

In der Antwort auf eine große Anfrage der SPD-Fraktion zur Gesundheitspolitik bekannte sich die Bundesregierung zu einem *zweigeteilten Pflegesatz* und zur Übernahme der Investionskosten auf die öffentlichen Haushalte. Dennoch leitete im Juli *1969* das Bundesgesundheitsministerium den beteiligten Ressorts den *Entwurf einer Bundespflegesatzverordnung* zu, die als „Zwischenlösung" bezeichnet wurde und die abermals einen *kostendeckenden Pflegesatz* anstrebte. Der Verordnungsentwurf wurde Mitte 1969 zurückgezogen.

Die eigentlichen gesetzgeberischen Maßnahmen des Bundes wurden eingeleitet durch das *22. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12. 5. 1969,* das durch eine neu eingefügte Ziffer 10 a des Art. 74 GG die Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze" ausdehnte. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit legte im *September 1970* den *Referentenentwurf* eines „Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser" vor. Nach Beschluß des Bundeskabinetts Ende 1970 wurde der Gesetzentwurf Anfang 1971 dem

[12] Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten. Bundestagsdrucksache V/4230 vom 19. 5. 1969. Die selbstkritischen Einwände des Berichts über die Aussagefähigkeit, S. 10 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Bundestag zugeleitet. Das Gesetz wurde nach eingehenden Ausschußberatungen am 1. März 1972 in 2. und 3. Lesung bei Stimmenthaltung der Opposition beschlossen. Der Bundesrat äußerte Bedenken zumal wegen der finanzwirtschaftlichen Bestimmungen des Gesetzes und rief den Vermittlungsausschuß an. Auf Grund der Beschlüsse des Vermittlungsausschusses stimmten beide Häuser dem „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze" (Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG) zu, das am 1. Juli 1972 verkündet wurde. Auf Grund des § 16 KHG erließ die Bundesregierung die *„Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze"* — Bundespflegesatzverordnung (BPflV) — vom 25. April 1973. Die Bundesländer haben inzwischen die entsprechenden Gesetze zur Landes-Krankenhausplanung und zur Reform der inneren Struktur der Krankenhäuser entweder beschlossen, bzw. es liegen die entsprechenden Gesetzentwürfe vor (August 1973).

Es ist nicht Zweck vorliegender Untersuchung, eine Darstellung und Analyse des KHG zu bieten. Es sollen nur knappe Hinweise auf solche Bestimmungen des Gesetzes geboten werden, die im Zusammenhang mit den grundsätzlichen Fragen der Krankenhausfinanzierung besonders interessieren. Die Bestimmungen der BPflV werden weiter unten im entsprechenden sachlichen Zusammenhang erörtert. Der Gesetzgeber hat sich für den *zweigeteilten Pflegesatz* entschieden, d. h. Krankenhäuser, die gem. KHG gefördert werden, können einen Antrag auf Förderung stellen, soweit sie in den *Krankenhausbedarfsplan* der Länder aufgenommen sind. Übernommen werden die gesamten Errichtungskosten bei Neubauten und Ersatzinvestitionen, nicht aber — oder nur in Ausnahmefällen — Grundstückskosten, Kosten der Grundstückserschließung, des Grundstückserwerbs usw. Im Regelfall sind die Grundstücke vom Träger als Eigenleistung zur Verfügung zu stellen. Bei bereits bestehenden Krankenhäusern werden die *mittelfristigen Anlagegüter* (Nutzungsdauer 15 - 30 Jahre) in der gleichen Weise wie Krankenhausneubauten gefördert. *Für kurzfristige Anlagegüter* (Nutzungsdauer 3 bis 15 Jahre) wird eine *pauschale jährliche Abgeltung* in Höhe von 8,33 v. H. von nach Investitionszeitraum und Krankenhausgröße gestaffelten Bemessungswerten gewährt. Die Kosten der *Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer Nutzungsdauer von bis zu drei Jahren* unterliegen nicht der Förderung, sondern müssen im Pflegesatz abgegolten werden (§17 Abs. 4 Ziff. 1 KHG). An Stelle der Förderung von Anschaffung und Wiederbeschaffung von Anlagegütern können die im Rahmen von *Leasing-Verfahren* zu zahlenden Nutzungsentgelte bewilligt werden, „wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der Fördermittel zu erwarten ist" und die Bewilligung der zuständigen Behörde vorliegt (§ 11 KHG). Für Verpflichtungen der Krankenhausträger, die aus der

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Aufnahme von Darlehen zur Durchführung von Krankenhausinvestitionen vor dem 1. 1. 70 stammen, können Fördermittel bewilligt werden (§ 12 KHG). In Analogie zur Abgeltung der Darlehenslast, sieht das Gesetz eine *Erstattung der vom Träger zum Zwecke der Investitionen selbst aufgebrachten Mittel* vor, wobei sich die Erstattung auf den Restwert im Zeitpunkt des Beginns der Förderung erstreckt (§ 13 KHG). Daß der Ausgleich erst „bei Beendigung der Förderung" durchgeführt wird und der Gesetzestext nicht deutlich macht, ob als Abschreibungsgrundlage bei der Ermittlung des Restwertes der Beschaffungs-, Tages- oder Wiederbeschaffungswert gewählt werden soll, bleibt diese Bestimmung von zweifelhaftem Wert. Jedenfalls enthält sie zumal für das Vermögen der freigemeinnützigen Träger schwerwiegende Nachteile[13]. Die *Pflegesätze* sind *für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen* festzusetzen. Das schließt unterschiedliche Pflegesätze für unterschiedliche Leistungen nicht aus, ist aber mit dem Prinzip unterschiedlicher Preise für die gleiche Leistung — die bisherige Praxis der höheren Pflegesätze für Selbstzahler — nicht vereinbar[14]. *Nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser,* denen keine öffentliche Förderung angeboten worden ist, können einen vollkostendeckenden Pflegesatz berechnen, ausgenommen in den Fällen, in denen Sozialleistungsträger die Kostenträger sind. *Krankenhäuser, die trotz Angebots der Förderung* (da sie im Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind) *keinen Antrag auf Förderung stellen,* können allen Benutzern gegenüber nur den teilkostendeckenden Pflegesatz i. S. des Gesetzes in Rechnung stellen. Dadurch soll verhindert werden, „daß sich Krankenhäuser einer ihnen angebotenen öffentlichen Förderung willkürlich entziehen"[15]. Die *Pflegesätze* werden von den zuständigen Landesbehörden festgesetzt, also nicht mehr — wie nach bisherigem Recht — nach Verhandlungen der Krankenhausträger und Krankenkassen oder ihren Verbänden „genehmigt", wenngleich den Verhandlungen der Partner auch in Zukunft Bedeutung beigemessen wird, was sich vor allem in der BPflV niederschlägt.

Zur *Finanzierung der lang- und mittelfristigen Investitionsgüter* (§ 9) und der — nur ausnahmsweise (§ 5 Abs. 2) zulässigen — Förderung von

---

[13] Meine frühere Kritik am Gesetzentwurf mag die negativen Aspekte dieser Bestimmung überschätzt haben; im Prinzip halte ich aber an dieser Kritik fest: *Theo Thiemeyer:* Hat die Selbstverwaltung der Krankenhäuser im Zuge von staatlicher Planung und Reglementierung noch eine Chance? Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, in: Das Krankenhaus, 63. Jg. 1971, S. 296 ff. Ferner *Herbert Harsdorf / Gottfried Friedrich:* Kommentar zum KHG, Köln/Stuttgart/Berlin/Mainz 1973, S. 96 ff.

[14] *Harsdorf / Friedrich,* Kommentar, a.a.O., S. 113.

[15] *Harsdorf / Friedrich,* KHG, Textausgabe mit Materialien zur Entstehungsgeschichte und einer erläuternden Einführung, Köln/Stuttgart/Berlin/Mainz 1972, S. 10.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Grundstückserwerbs -erschließungskosten oder für Miete oder Pachtaufwand — stellt der Bund 1972 350 Mill., 1973 360 Mill., 1974 370 Mill. und 1975 385 Mill. DM bereit. In den folgenden Jahren erhöhen sich diese Beträge gemäß dem durchschnittlichen Bettenwert. Von diesen Beträgen werden 80 v. H. den Ländern gemäß Einwohnerzahl zugewiesen, 20 v. H. dienen der Schwerpunktfinanzierung unmittelbar durch den Bund.

An *allen anderen Leistungen des KHG* beteiligt sich der Bund zu einem Drittel. Zu diesen Leistungen gehören

1. die Übernahme der Anlauf- und Umstellungskosten (§ 4, Satz 1);
2. der Härteausgleich für Krankenhäuser, die nicht gefördert werden, zur Umstellung oder Einstellung des Betriebs (§ 8 II);
3. die Förderung der Wiederbeschaffung der kurzfristigen Anlagegüter (§ 10);
4. die Leasing-Kosten (§ 11);
5. die Förderung bei Übernahme der alten Darlehenslast (§ 12 I, Satz 1);
6. der Ausgleich für Eigenmittel (§ 13);
7. die Betriebszuschüsse der Übergangsregelung für Pflegesätze (§ 19 II).

Die zuletzt erwähnte *Übergangsregelung für Pflegesätze* sieht vor, daß in dem Fall, in dem der nach dem Gesetz ermittelte Pflegesatz um 10 v. H. höher ist als der nach dem bisher geltenden Recht maßgebliche Pflegesatz, der die 10 v. H. überschreitende Betrag aus Fördermitteln abzugelten ist. Der Betrag erhöht sich ab 1. 1. 74 um jährlich jeweils 10 v. H. Die Zahlung endet spätestens am 31. 12. 77. Dem Bund steht es frei, seinen Finanzanteil unmittelbar im Haushalt zur Verfügung zu stellen oder über den Kapitalmarkt zu beschaffen, wobei er dann den Schuldendienst übernimmt. 1972 hat der Bund den Ländern 466 Mill. DM zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes überwiesen, 1973 sollen die Bundesländer 970 Mill. DM erhalten. Unter Beteiligung der Gemeinden stellen die Länder jeweils das Doppelte dieses Betrages zur Verfügung.

4. Der Einfluß des Preissystems auf die Nachfrage nach Krankenhausleistungen

In der bisherigen Diskussion um die Zusammenhänge zwischen Krankenhausfinanzierung und Nachfrage nach Krankenhausleistungen haben vor allem *zwei Hypothesen* eine Rolle gespielt:

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1. Die eine geht davon aus, daß in unserem System der sozialen Sicherung, zumal innerhalb des GKV-Systems, *kein die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zügelnder Faktor* eingebaut sei. Es fehle zumal beim Sachleistungsprinzip die unmittelbare, steuernde und begrenzende Wirkung des Preismechanismus. Weder Patienten noch Ärzte — sehe man von der Möglichkeit des Regresses infolge zu starken Abweichens vom Gruppendurchschnitt ab — würden durch ökonomische Faktoren bei der Nachfrage oder der Verordnung von Gesundheitsleistungen gesteuert[16]. Kurz: Die vermeintliche Unentgeltlichkeit — der Zusammenhang zwischen Beitragshöhe und Ausmaß der Inanspruchnahme wird, so meint man, nicht erkannt — führe zu einer übermäßigen Inanspruchnahme.

2. Die entgegengesetzte Auffassung schlägt sich in der Wendung des § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nieder, in dem es u. a. heißt, Zweck des Gesetzes sei es, „zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen". In dieser Formulierung könnten sich zwei Hypothesen niederschlagen:

a) Durch hohe Pflegesätze — und der Gesetzgeber meinte offensichtlich: durch vollkostendeckende Pflegesätze — wird die *Nachfrage nach Krankenhausleistungen in unangemessener Weise zurückgedrängt.* Das wäre ein meritorischer Aspekt, d. h. die Bevölkerung allgemein oder doch bestimmte Gruppen sollen durch defizitäre Pflegesätze zur Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in gesundheitspolitisch erwünschtem Umfang veranlaßt werden[17]. Oder aber:

b) Eine gesundheitspolitisch bedenkliche Zurückdrängung der Nachfrage nach Krankenhausleistungen tritt zwar nicht ein. Hohe — gemeint sind also: kostendeckende Pflegesätze — führen aber zu einer *verteilungspolitisch nicht akzeptablen Belastung* entweder bestimmter Bevölkerungsgruppen oder aber aller Patienten allgemein: Die Last derjenigen, die gezwungen sind, Krankenhausleistungen in Anspruch zu nehmen, soll im Solidarausgleich erleichtert werden.

Die Hypothesen unterstellen also entweder (Hypothese 1 und Hypothese 2 a) eine Steuerungswirkung des Preises „Pflegesatz" auf Art und Menge der Nachfrage und/oder (Hypothese 2 b) eine massive verteilungspolitische Wirkung. Diese Hypothesen und ihre Varianten sind in Hinsicht auf ihre Realitätsnähe zu prüfen.

---

[16] Soziale Sicherung in der BRD, Bericht der Sozialenquête-Kommission, Stuttgart usw. o. J. Ziff. 599 ff. *Gerhard Boeker:* Die Sozialenquête und mögliche Konsequenzen für die gesetzliche Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 13. Jg. Februar 1967, S. 67, S. 70.

[17] Mit Recht ist die Frage, ob sich die meritorischen Ziele von den unter (b) behandelten verteilungspolitischen trennen lassen, umstritten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die *Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern* einschließlich Krankenhausleistungen ist in allen Industrieländern unabhängig von der Konstruktion und dem Niveau des Systems der sozialen Sicherung stark gestiegen. In der Krankenhausenquête[18] heißt es dazu: „Die demographische Entwicklung, der Wandel der Sozialstruktur, der sprunghafte Anstieg der Lebenserwartung, die wachsende Fülle diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten im Rahmen der medizinischen Wissenschaft, die gesundheitliche Aufklärung und ein daraus resultierendes stärkeres Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung haben in der Vergangenheit zu einem ständig steigenden Bedarf an Krankenhausbetten geführt. Übertragbare Krankheiten werden heute mit Erfolg behandelt und fordern eine zusätzliche Bereitstellung von Betten. Ein weiterer Bettenbedarf ergibt sich aus dem Anwachsen von Herz-Kreislaufkrankheiten, der Häufung bösartiger Geschwülste, der Vermehrung der Unfälle, der Zunahme der Stoffwechselkrankheiten und der seelischen Krankheiten und der mit der verlängerten Lebenserwartung einhergehenden Alterspflegefälle"[19]. Die Entwicklung wird begleitet und schlägt sich nieder in der *Ausweitung des Krankheitsbegriffs* durch Gesetzgebung und laufende Rechtssprechung. Charakteristisch ist, daß Krankenhauspflege in der RVO auch in der noch jetzt gültigen Fassung des § 184 I RVO als „Kannleistung" erscheint, während sie im Zuge der Rechtsentwicklung längst zur Pflichtleistung aller GKV-Kassen geworden ist. Von ebenso großer Bedeutung sind allerdings bestimmte Phänomene des *sozialen Strukturwandels,* wie beispielsweise die „Lockerung des Familienverbandes im Zuge der Verstädterung"[20], der Übergang zur Kleinfamilie[21], die Berufstätigkeit der Frauen, der Mangel an Hauspersonal und Pflegepersonal, der auch den § 185 I RVO[22] gegenstandslos werden

---

[18] Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten. Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, Drucksache V/4230, 19. 5. 1969.

[19] Krankenhausenquête, a.a.O., S. 31. Vgl. dazu auch *Dietrich von Leszczynski:* Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Berichte des Deutschen Industrieinstituts zur Sozialpolitik, Jg. 6/1972 Nr. 8, S. 5 ff.

[20] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme des Krankenhauses und seiner Finanzierung, in: Sozialer Fortschritt, 1971, S. 54 ff. und S. 92 ff., hier S. 58.

[21] *René König:* Strukturwandlungen unserer Gesellschaft und einige Auswirkungen auf die Krankenhausversicherung, in: René König und Margret Tönnesmann: Probleme der Medizin-Soziologie, KZfSS, Sonderheft 3, Köln und Opladen 1958, S. 113 ff., vor allem 119 ff. Vgl. auch das von Elisabeth Liefmann-Keil vorgelegte statistische Material. *Elisabeth Liefmann-Keil:* Sozialinvestitionen und Sozialpolitik, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 23. Jg. 1972, S. 24 ff., vor allem auch die soziologische und ökonomische Analyse S. 28 ff.

[22] § 185 I RVO: „Die Kasse kann mit Zustimmung des Versicherten Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger namentlich auch dann gewähren, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist, oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalt oder in seiner Familie zu belassen."

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

läßt. Ferner wird in der Literatur auf die beengten Wohnverhältnisse hingewiesen. Rohde[23] spricht von der „Minderung der Subsidiaritätspotenz" der Familie, Elisabeth Liefmann-Keil von einem permanenten „Ersatz für Familienleistungen durch Fremdleistungen". Wie immer man den Einfluß der einzelnen Faktoren gewichten mag: im ganzen ergibt sich eine Einschränkung der Pflegekapazität der Familien. Darüber hinaus ist der Verlust an Nachbarschaftshilfe festzustellen. Die Zunahme des Bedarfs an Krankenhausleistungen ist, worauf Elisabeth Liefmann-Keil verweist, „vor allem das Ergebnis einer nur teilweise gewollten, dennoch in verschiedener Hinsicht durch die Sozialpolitik verursachten gesellschaftlichen Veränderung: der immer größeren Isolierung der einzelnen Menschen oder — wie es auch heißt — der Vereinsamung, der Abnahme der Solidarität, Mitverantwortung und dergleichen"[24].

Für den Ökonomen von größerem Interesse, weil sich hier eventuell verhältnismäßig kurzfristig wirksame Reformmaßnahmen von der Finanzierungsseite ergeben, sind bestimmte Eigenschaften der *Organisation des Gesundheitswesens und des GKV-Systems.* In der gegenwärtigen Diskussion wird vor allem die *strenge Trennung von ambulanter Behandlung durch die Arztpraxen einerseits und stationärer Behandlung in den Krankenhäusern* andererseits als eine Hauptursache einer unnötigen Inanspruchnahme von Pflegetagen angesehen. Zunächst könnten nach weit verbreiteter Meinung viele jener Fälle stationärer Behandlung vermieden werden, in denen die Einweisung von Patienten nur aus diagnostischen Gründen erfolgt, da die diagnostische Kapazität der Einzelpraxis aus zeitlichen Gründen, Gründen der technischen Ausstattung oder mangelnder fachärztlicher Spezialisierung nicht ausreicht. (Daß die diagnostischen oder therapeutischen Möglichkeiten der Einzelpraxis nicht ausreichen, kann kein Argument gegen die Einzelpraxis sein, die — ob sie nun privatwirtschaftlich-erwerbswirtschaftlich organisiert ist oder nicht — für ein integrales System ärztlicher Versorgung unentbehrlich bleiben wird). Die Möglichkeiten einer ambulanten Vorbehandlung und — wenn nicht noch bedeutsamer — einer ambulanten Nachbehandlung können zumindest im GKV-Bereich nach geltendem Kassenarztrecht nicht genutzt werden: Der Rekonvaleszent kann auch in den Fällen nicht entlassen werden, in denen er nicht mehr bettlägerig ist und eine einmalige Untersuchung am Tage genügen würde, in denen aber das Verfolgen des Heilerfolges durch die behandelnden Ärzte selbst als unerläßlich erscheint. Einerseits sind also die Krankenhausärzte, sieht man von den

---

[23] *Johann Jürgen Rohde:* Probleme des Arztberufes im Krankenhaus, in: Alexander Mitscherlich (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln/Berlin 1967, S. 349 ff., hier S. 349.

[24] *Elisabeth Liefmann-Keil:* Sozialinvestitionen und Sozialpolitik, a.a.O., S. 25.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Fällen der „Beteiligung" gem. § 368 Abs. 8 RVO ab, von der ambulanten Versorgung ausgeschlossen, andererseits ist das Belegarztsystem — d. h. die Möglichkeit der ärztlichen Betreuung durch einen niedergelassenen Arzt im Krankenhaus — in der BRD wenig entwickelt[25]. Auf eine Durchdringung des ambulanten und des stationären Bereichs mit dem Ziel des Vermeidens von Doppelarbeit, der Folgen mangelnder gegenseitiger Information der Ärzte und unrationeller Inanspruchnahme von Krankenhausbetten zielen jene Reformpläne einer integrierten ärztlichen Versorgung ab, die in Hinsicht auf ihre finanziellen Aspekte weiter unten noch zu behandeln sind. Nach in der einschlägigen Fachliteratur häufig geäußerter Meinung kommt es auch durch die fehlende Abtrennung von Betten der Intensivpflege einerseits und Langliegerbetten, Betten für Rekonvaleszenz- und Pflegefälle von den Normalbetten andererseits zu einer unangemessenen Nachfrage nach Krankenhausleistungen. Auch diese Frage muß aus der Perspektive eines umfassenden Systems der Finanzierung der Gesundheitsleistungen erörtert werden und kann nicht ressortpartikularistischen Abgrenzungs- (und Abschiebe-)bemühungen der verschiedenen Zweige unseres Systems der sozialen Sicherung, hier GKV, GRV, zumal KVdR und Sozialhilfe überlassen bleiben[26].

Die wachsende Nachfrage der Krankenhausleistungen hat also eine Fülle medizinischer, sozialer und organisatorischer Gründe. Mit Recht hat allerdings Herder-Dorneich darauf hingewiesen, daß sich aus dieser Fülle der Faktoren zwar das Anwachsen der Nachfrage nach Krankenhausleistungen, nicht aber ohne weiteres die zunehmenden Finanzierungsprobleme erklären ließen: Denn mit der Ausgabenseite sei auch die Einnahmenseite, seien auch infolge der Grundlohndynamik (höherer Beitragszufluß durch Steigen der Einkommen bis zur — seit 1970 dynamisierten — Beitragsbemessungsgrenze) automatisch die Mittel zur Finanzierung dieser Leistungen innerhalb des GKV-Systems gewachsen: Das wachsende Krankenhausdefizit sei also durch Faktoren entstanden, die die *Kosten gegenüber der allgemeinen Einkommens- und Geldwertentwicklung überproportional steigen* ließen[27]. Dieses Problem des überproportionalen Wachstums der Kosten wird uns noch beschäftigen müssen.

---

[25] Vgl. dazu *Klaus Keldenich:* Krankenhauskosten und medizinisch-technischer Fortschritt, Berichte des Deutschen Industrie-Instituts zur Sozialpolitik, Jg. 4, 1970, S. 18, Nr. 4.

[26] Zur Frage der Rehabilitationsbemühungen in sog. „Pflegefällen" und ihre Finanzierung, vgl. u. a. *H. Kramm:* Was ist ein Pflegefall im Krankenhaus? in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 1971, S. 897 ff.

[27] *Philipp Herder-Dorneich,* Honorarreform . . ., a.a.O., S. 27.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

5. Die Elastizität der Nachfrage

Welchen Einfluß hat nun die *Höhe des Pflegesatzes* auf Art und Menge der Nachfrage? Uta Schellhaaß verweist auf us-amerikanische Untersuchungen, die ergaben, „daß die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf Preise nicht reagiert . . .". Als Argument wird angeführt, daß der Patient im Regelfall nicht wissen könne, „ob und in welcher Länge eine Krankenhausbehandlung für ihn nötig und nützlich ist"[28]. Zu diesem *Mangel an Markttransparenz* trete die Wirkung des Belegarztsystems, das in den USA dominiert. M. W. Reder ist der Auffassung, daß, wenn die Versicherung den Krankenhausaufenthalt bezahle, der Widerstand der Patienten gering sei[29]. Wenn diese Feststellungen schon für die USA mit ihrem unentwickelten und rudimentären System der sozialen Sicherung gelten, so müßten ähnliche Folgerungen für Länder mit dominierendem GKV-System — etwa der BRD mit 90 %igem Anteil der GKV-Versicherten — um so plausibler sein.

Ganz allgemein sind einige grundsätzliche Erwägungen darüber anzustellen, ob die *Übertragung der üblichen Annahmen über das Marktverhalten auf die Nachfrage nach Krankenhausleistungen* so plausibel ist, wie es beim ersten Hinsehen erscheint. Zunächst: Im Rahmen des Sachleistungsprinzips erfahren die Patienten nichts über Pflegesätze und ihre Unterschiede. (Die Meinung, daß Patienten nach Kostenkenntnis ihr Nachfrageverhalten ändern, hat sich, wie Experimente einer RVO-Kasse nahelegen, als irrig erwiesen.) Aber selbst wenn sie die unterschiedlichen Pflegesätze verschiedener Krankenhäuser, deren Einzugsbereiche sich überschneiden, kennen würden, ist ihnen — wenn angesichts der ungeheuren (und wie wir sehen werden: institutionell zwangsläufigen) Bettenknappheit überhaupt Wahlmöglichkeit besteht — in dringlichen Fällen das Verschaffen von Markttransparenz nicht möglich. Der Meinung des einweisenden Arztes bzw. der Laienmeinung von Verwandten und Bekannten kommt in solchen Situationen größeres Gewicht zu. Selbst wenn Patienten Kenntnis der Pflegesätze und Wahlmöglichkeiten hätten, fragt sich, ob sie gemäß Marktmodellvorstellungen reagieren würden: Der Patient hält die teurere Leistung für die medizinisch bessere und ist — in einem gewissen Rahmen — bereit, mehr zu zahlen.

Ein Sonderfall des Problems, ob und inwieweit Patienten auf unterschiedliche Höhe der Pflegesätze reagieren, ist die Frage, *ob die vermeintliche Unentgeltlichkeit unangemessene Nachfrage provoziert.* Von vermeintlicher Unentgeltlichkeit läßt sich sowohl bei Finanzierung der

---

[28] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme . . ., a.a.O., S. 92.

[29] *M. W. Reder*: Economic Theory and Nonprofit Enterprise. Some Problems in the Economics of Hospitals, in: AER Vol. LV, 1965, Papers and Proceedings, S. 472 ff., hier S. 475.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Krankenhausleistungen über den öffentlichen Haushalt als auch bei Finanzierung durch parafiskalische Gebilde wie das GKV-System sprechen: Hansmeyer hat mit Recht darauf hingewiesen, daß die „Merklichkeit" der GKV-Beiträge wegen des Quellenabzugsverfahrens sehr gering sei[30]. Ob die These der Sozialenquête, daß *von den Patienten keine die Leistung zügelnde Kraft ausgehe,* auf die Nachfrage nach ambulanten ärztlichen Leistungen, Heil- und Hilfsmittel zutrifft, soll hier nicht erörtert werden. Entscheidend ist die Frage, ob diese Hypothese sich mit einiger Plausibilität auf Krankenhausleistungen übertragen läßt. „Von Ausnahmen abgesehen", schreibt beispielsweise Sven Günther, „ist der Patient heute noch mehr geneigt, eine Krankenhauseinweisung abzulehnen als sie zu fordern"[31]. Ähnlich gelangt Albert F. Wessen in seinen „Beobachtungen zur sozialen Struktur des Krankenhauses" zu dem Ergebnis, daß die Patienten so schnell wie möglich aus dem Krankenhaus herauswollen[32]. In Hinsicht auf die deutschen Verhältnisse hält auch Heiner Stempell die Annahme, daß Patienten „freiwillig" im Krankenhaus verbleiben, für unrealistisch[33]. Ebenso schreibt Herbert Weissenböck: „Eine so zu untermauernde These, daß defizitäre Pflegesätze zusätzliche Nachfrage nach Krankenhausleistungen provozieren, ist wahrscheinlich nicht haltbar. Die Preiselastizität der Nachfrage nach Krankenhausleistungen ist vermutlich weit kleiner als eins, wenn nicht überhaupt null"[34]. Es fehle leider an empirischen Untersuchungen. (Um so mehr muß es überraschen, daß Weissenböck im Selbstbehalt ein wirksames Mittel zur Verkürzung der Verweildauer sieht.)

Die These von Marie-Theres Starke, daß „steigendes Einkommen ... einen überproportionalen Nachfrageanstieg nach Krankenhausleistungen zur Folge hat"[35], mag in Hinsicht auf die gesamtgesellschaftliche Entwicklung zutreffen, läßt sich aber auf das individuelle Verhalten zumindest nicht im Sinne der Deutung als eines Ursache-Wirkungs-Verhältnisses übertragen. Es ist *nicht plausibel,* daß — ein funktionsfähiges System der gesetzlichen Krankenversicherung vorausgesetzt — die Bezieher *höherer*

---

[30] *K. H. Hansmeyer:* Effekte der Einkommensverteilung in der sozialen Krankenversicherung, in: Wilfrid Schreiber (Hrsg.): Gesetzliche Krankenversicherung in einer freiheitlichen Gesellschaft, Berlin 1963, S. 195 ff., hier S. 111.

[31] *Sven Günther:* Einweisungsquote und Verweildauer der Sozialversicherten in der Bundesrepublik, in: Bundesarbeitsblatt Nr. 9, 1965, S. 318 ff., hier S. 321.

[32] *Albert F. Wessen:* Beobachtungen zur sozialen Struktur des Krankenhauses, in: René König, Margret Tönnesmann: Probleme der Medizin-Soziologie, KZfSS, Sonderheft 3, Köln und Opladen 1958, S. 156 ff., hier S. 158.

[33] *Heiner Stempell:* Die Zukunft des Krankenhauses, in: Soziale Sicherheit, 13. Jg. 1964, S. 98 ff.

[34] *Herbert Weissenböck:* Die Problematik der Krankenhausfinanzierung in Österreich. Veröffentlichungen der Universität Innsbruck, Innsbruck 1970, S. 34.

[35] *Marie-Theres Starke:* Die Finanzierung ..., a.a.O., S. 42.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Einkommen eine stärkere Neigung zum Krankenhausaufenthalt haben als andere; noch läßt sich feststellen, daß der einzelne mit *wachsendem Einkommen* seine *Motivationsbarrieren gegen das Krankenhaus* abbaute und sich lieber einweisen läßt. Der Zusammenhang zwischen steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und Krankenhausleistungen ist — wie wir gesehen haben — komplexer als der Aufweis eines statistischen Zusammenhanges erscheinen läßt. Sehr treffend hat Manfred Pflanz den Prozeß dahin gedeutet, daß zwar die ökonomischen Barrieren der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen niedriger, die „*Motivationsbarrieren* sowie die soziale Distanz zwischen medizinischen Einrichtungen eher höher werden"[36]. In der Tat ist die Annahme nicht recht plausibel, daß sich die Mehrzahl der Patienten einer — wie Johann Jürgen Rohde[37] im Anschluß an Goffman sie nennt — „*totalen Organisation*" freiwillig unterwirft, die sich, wie Rohde meint, „soziologisch eher aus ihrer Ähnlichkeit zu Kasernen, Klöstern, Heimschulen und Gefängnissen" verstehen läßt als etwa aus der Perspektive der allgemeinen Betriebssoziologie. Diese Einordnung muß sich auch dann nicht unbedingt ändern, wenn, worauf die Rohdesche begriffliche Charakterisierung der Krankenhäuser auch abstellen mag, die „hierarchische Struktur" der Krankenhäuser einem Wandel unterlegen haben mag: Die Fremdbestimmung des Patienten ist teilweise medizinisch und behandlungstechnisch bedingt, wenngleich die Forderung nach weniger schematischer Behandlung (Zwang zum Aufenthalt im Bett beim Essen und bei der Visite usw.), wie sie beispielsweise Erwin Jahn konkretisiert hat, langfristig mit Sicherheit Eingang in die Krankenhausreform-Bestrebungen finden wird[38]. Ob die von Erwin Jahn vorgeschlagene Rekonvaleszenzstation so attraktiv sein wird, daß die hier behaupteten „Motivationsbarrieren" gegenüber dem Krankenhausaufenthalt abgebaut werden, mag dahingestellt bleiben: *Vorab bleibt es bei der These, daß tatsächliche oder vermeintliche Unentgeltlichkeit im Entscheidenden keine leichtfertige Inanspruchnahme von stationärer Krankenhausbehandlung provoziert.* Fälle von Hospitalismus i. S. einer Adaption an die Ordnung des Krankenhauses mögen vorkommen, zumal dann, wenn die häuslichen Verhältnisse beschwerlicher sind als der Zwang des Krankenhauses. Aus dieser Perspektive vermag die Tendenz älterer Menschen zur Adaption ans Krankenhaus erklärlich erscheinen[39].

---

[36] *Manfred Pflanz:* Gesundheitsverhalten, in: Alexander Mitscherlich, Tobias Brocher, Otto von Mering, Klaus Horn (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 2. Aufl. Berlin/Köln 1969, S. 283 ff., hier S. 284.

[37] *Johann Jürgen Rohde:* Probleme des Arztberufes im Krankenhaus, in: Alexander Mitscherlich u. a. (Hrsg.): Der Kranke . . ., a.a.O., S. 349 ff., hier S. 351.

[38] *Erwin Jahn:* Funktionsdifferenzierungen im Krankenhauswesen, in: Wolfgang Eckardt, Michael K. Nathan (Hrsg.): Planung im Gesundheitswesen, Quickborn 1970, S. 102.

[39] *Sven Günther:* Einweisungsquote, a.a.O., S. 322.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

6. Verteilungspolitische Aspekte kostendeckender Pflegesätze

Scheint somit also die Hypothese, daß die vermeintliche Unentgeltlichkeit der Krankenhausleistung unangemessene Nachfrage provoziere, zu sehr an modellanalytischen Analogievorstellungen orientiert und auf den „Markt" der Krankenhausleistungen nicht ohne weiteres übertragbar zu sein, so müssen wir nunmehr der entgegengesetzten, aber im Grunde dem gleichen Markt-Analogie-Denken verpflichteten Meinung einige Betrachtungen widmen, daß hohe, i. S. von kostendeckenden Pflegesätzen „sozial untragbar" seien. Werfen wir zunächst einen Blick auf die Größenordnungen. Unterstellt man, wie es in der langjährigen Diskussion fast übereinstimmend geschehen ist, daß die Erfüllung der „öffentlichen Aufgabe" in Hinsicht auf die Krankenhauswirtschaft sich auf die Übernahme der *Investitionskosten* bezieht, so entfallen auf die öffentlichen Haushalte 15 % der Gesamtkosten, die restlichen Kosten werden als „*Benutzerkosten*" bezeichnet und sollen in den Pflegesätzen abgedeckt werden. Nimmt man nun an, daß die von der öffentlichen Hand zu übernehmenden Investitionszahlungen sich auf 3 Mrd. DM belaufen, unterstellt man ferner, daß 50 % der Krankenhauspflegetage auf die GKV entfallen (die anderen auf RV, Kriegsopfer und Sozialhilfe und auf Selbstzahler), so hätten die GKV-Kassen insgesamt 1,5 Mrd. DM zu tragen. Die Übernahme dieser Last zwänge bei einem Beitragsaufkommen von 40 Mrd. DM zu einer Beitragserhöhung von nicht ganz 0,4 Beitragsprozentpunkten, d. h. bei einem angenommenen Beitragssatz von 10 % zu einer Erhöhung auf 10,4 %. Das bedeutet bei einer Beitragsbemessungsgrenze von DM 1 725,— eine Mehrbelastung von rd. DM 6,90, von denen DM 3,45 auf den Arbeitnehmer entfallen. § 1 des KHG geht also von der Annahme aus, daß DM 3,45 monatlich für den einzelnen „sozial untragbar" sei.

„*Sozial untragbar*" kann aber nur heißen, daß die Last nicht von den GKV-Mitgliedern bzw. den Krankenhausbenutzern allgemein getragen werden soll. Die Wendung stellt — zumindest dem Anschein nach — auf einen Umverteilungsprozeß ab. Nun vollzieht sich aber ein klassischer und in seinen Wirkungen einigermaßen überschaubarer *Solidarausgleich innerhalb des GKV-Systems* von den Jüngeren zu den Älteren, von den relativ mehr Verdienenden zu denen mit geringerem Einkommen, von denen mit geringeren Familienlasten zu denen mit hohen Familienlasten, von den relativ Gesünderen zu den relativ Krankeren[40], wobei dieser für

[40] Der Solidarausgleich besteht teilweise allerdings nur, wie vor allem Wilfrid Schreiber analysiert hat, in einem Solidarausgleich zwischen den Altersgruppen, so daß sich die Leistungen über das „Lebensintegral eines Versicherten gesehen" ausgleichen. Vgl. dazu *Marina Elisabeth Peffer:* Kleines Wörterbuch zur Arbeits- und Sozialpolitik, Freiburg i. Br. 1972, Art. Krankenversicherung, zumal S. 156. Vor allem *Wilfrid Schreiber* in der Sozialenquête, Ziff. 584 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

die Zwecke der Finanzierung der Gesundheitsleistungen ideale Finanzierungsmechanismus allerdings durch die Beitragsbemessungsgrenze und mehr noch durch die Versicherungspflichtgrenze für Angestellte, wie überhaupt durch die Beschränkung auf die GKV-Mitglieder in seiner Bedeutung und Wirksamkeit eingeschränkt wird. (Auch die Tatsache, daß infolge des stark gegliederten Kassensystems — bei fehlendem Finanzausgleich zwischen den Kassen — der Solidarausgleich „an der Kassengrenze" endet, bedeutet eine gewisse Einengung.) Immerhin spricht aber die begründete Vermutung dafür, daß bei dem bisherigen Preissystem der Krankenhäuser die *Nicht-GKV-Versicherten* bzw. die Höherverdienenden in besonderer Weise zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit des gegebenen Krankenhaussystems herangezogen wurden, da besonders diese Gruppe die Patienten der ersten und zweiten Pflegeklasse stellte. Dabei spielte weniger die Tatsache eine Rolle, daß sie die höheren Pflegesätze bezahlten, die in der zweiten Klasse ohnehin gerade zur Kostendeckung langten und in der ersten quantitativ nicht ins Gewicht fielen, sondern entscheidend ist, daß sie dem *gesonderten Liquidationsrecht der Ärzte* unterlagen und damit ein Ärzteeinkommen sicherten, das die Einkommenserwartungen der leitenden Ärzte befriedigte und damit — so meinte man und so meinen fast alle maßgeblichen sozialen Gruppen und so meint auch der Gesetzgeber des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 — die Funktionsfähigkeit der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern erst sicherstellte. Ärzteeinkommen, Ärztemotivation und die Lenkungswirkung von Gewinnmaximierungsbestrebungen in der Krankenhauswirtschaft werden uns weiter unten noch beschäftigen müssen. Ob das gesonderte Liquidationsrecht der Ärzte unter gesundheitspolitischen und gesellschaftspolitischen Aspekten bedenklich ist, soll an dieser Stelle nicht erörtert werden. Immerhin könnte aber ein allgemeines preispolitisches Prinzip, daß man Zahlungswillige zur Ergänzung eines bislang nur beschränkt wirksamen Systems des Solidarausgleichs zu einer besonderen Abgabe zwecks Sicherung der Funktionsfähigkeit einer gemeinnützigen Organisation heranzieht, von Interesse sein. Und sieht man einmal von der strengen Bestimmung des „einheitlichen" Gutes im Zusammenhang mit der Theorie der *Preisdifferenzierung* ab — die ohnehin im Zusammenhang mit praxisbezogenen Aussagen über Techniken der Preisdifferenzierung der Modifikation bedarf[41] — so kann man auch in diesem Zusammenhang insofern von einer „Preisdifferenzierung" sprechen, als die Preise beachtlich stärker differieren, als es dem Unterschied der Leistung entspricht.

---

[41] Vgl. dazu einige Hinweise zu diesem Problem *Theo Thiemeyer:* Beiträge zur gemeinwirtschaftlichen Preistheorie. Betrachtungen zu einigen preistheoretischen Veröffentlichungen, in: Archiv für öffentliche und freigemeinnützige Unternehmen, Bd. 9 1970, S. 109 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Dabei muß sich der Prozeß der *Abschöpfung der Konsumentenrente* keineswegs nur auf den Zweck der Alimentierung von Ärzteeinkommen beschränken, sondern könnte allgemein der Abdeckung des Krankenhausaufwandes dienen. Das Herdecker Modell könnte durchaus systembildend sein[42]. Die *„interne Subventionierung"* durch einen einheitlichen Preis bei unterschiedlicher Leistung (z. B. einheitliche Tarifierung im Raum bei Verkehrs- und Versorgungsunternehmen trotz unterschiedlicher Kosten je tonnenkilometrischer Leistung oder je gelieferter Energieeinheit) ist ein probates Mittel gemeinnütziger Preispolitik wie auch umgekehrt die Preisdifferenzierung bei gleicher oder ähnlicher Leistung.

Der *kostendeckende Pflegesatz* ist keineswegs so verantwortungslos, wie es den Anschein hat, denn

1. bietet das GKV-System einen wirksamen Solidarausgleich;

2. werden die GKV-Mitglieder und gerade sie in beachtlichem Umfang zur Alimentierung der öffentlichen Haushalte herangezogen, erfahren also durch den *zweiteiligen Pflegesatz* und die Übernahme der Vorhaltung auf die öffentliche Haushaltung als Gruppe *keineswegs jene soziale Entlastung, die die Rede vom „sozial tragbaren" Pflegesatz suggeriert;*

3. können Verfahren der Abschöpfung der Konsumentenrente die Nachteile der Begrenzung des Solidarausgleichs der GKV, die sich durch Beschränkung des Mitgliederkreises und die Beitragsbemessungsgrenze ergibt, in Grenzen ausgleichen. Die Vermutung für die verteilungspolitische Tragbarkeit eines solchen Finanzierungssystems ist zumindest nicht schwächer begründet als die Annahme, die Finanzierung über die öffentlichen Haushalte sei verteilungspolitisch zielführender[43]. Jedoch sind *kostendeckende Pflegesätze* — trotz aller hier vorgetragenen Argumente — *politisch nicht durchsetzbar*[44].

Wir kommen also zu dem *Ergebnis,* daß *die Nachfrage nach Krankenhausleistungen weder durch die vermeintliche Unentgeltlichkeit in be-*

[42] *Konrad Schilly:* 555 Tage gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke/Ruhr, in: Berliner Ärzteblatt, 84. Jg. 1971 (2. 6. 1971).

[43] Entsprechend gelangte auch die WWI-Studie zu der Empfehlung, bei der Forderung nach Übernahme des Investitionsaufwandes durch die öffentlichen Haushalte „auf eine verteilungspolitische Argumentation zu verzichten, zumal wegen der mangelhaften Kenntnisse über Inzidenzwirkungen von Beitrags- und Steuersystemen". In Hinsicht auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz stellt die Arbeitsgruppe fest, daß „im Gesetzentwurf kein verteilungspolitisches Instrument erkennbar" ist. *Erwin Jahn, Hans-Joachim Jahn, Ernst Otto Krasemann, Wolfgang Mudra, Peter Rosenberg, Fritz Rudolph, Theo Thiemeyer:* Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Vorschläge zur Reform (Sog. WWI-Studie), 2. Aufl. 1971, S. 73.

[44] Ebenso *Siegfried Eichhorn:* Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, S. 263, vor allem auch S. 264. *Theo Thiemeyer:* Der Krankenhauspflegesatz als Preis im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 17. Jg. 1968, S. 270 ff. und 18. Jg. 1969, S. 17 ff., hier S. 270/271.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

denklicher Weise provoziert wird, noch durch kostendeckende Pflegesätze in gesundheitspolitisch bedenklicher Weise eingeschränkt wird und daß bei gegebenem GKV-System durch einen kostendeckenden Pflegesatz auch keine größeren verteilungspolitischen Ungerechtigkeiten entstehen als sie das Gesellschaftssystem ohnehin schon impliziert. Wir kommen also auf Grund von anderen Erwägungen zum gleichen Ergebnis, das Uta Schellhaaß als Resumé der Durchsicht einschlägiger US-amerikanischer Untersuchungen formuliert: Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen reagiert auf Preise nicht oder zumindest nicht so, wie es die üblichen Markt-Modelle erwarten lassen[45].

Man könnte abschließend Betrachtungen darüber anstellen, ob etwa der *Ersatz des Sachleistungssystems durch ein Erstattungssystem* und/oder *Kostenbeteiligung* auf die Nachfrage wirken könnte. Angesichts der Höhe der Kosten von Krankenhausbehandlungen von den Patienten Vorleistungen zu erwarten (Erstattungssystem), ist nicht realistisch und auch Privatversicherungen zeigen in neuerer Zeit die Tendenz, diese Lasten ihren Versicherten zu ersparen[46]. Ist unsere These richtig, daß der leichtfertigen Inanspruchnahme stationärer Krankenhausbehandlung Motivationsbarrieren entgegenstehen, erweist sich auch eine Kostenbeteiligung als abwegig und verteilungspolitisch bedenklich. Erwägungen in dieser Richtung sind auch von solchen Autoren fallengelassen worden, die in der Kostenbeteiligung bei der Inanspruchnahme anderer Kassenleistungen ein zielführendes Mittel sehen.

7. Das Investitionsverhalten der Krankenhauswirtschaft und die Nachfrage nach Krankenhausleistungen

Sind also nach der hier vertretenen Auffassung die verteilungspolitischen Argumente bei der Übernahme der Investitionskosten auf die öffentlichen Haushalte nicht die entscheidenden, so kommt den investitionspolitischen um so größere Bedeutung zu: Die Krankenhauswirtschaft birgt aus verschiedenen im folgenden kurz zu erörternden Gründen Tendenzen in sich, die ein unter räumlichem und gesundheitspolitischem Aspekt *„rationales" Investitionsverhalten nicht erwarten lassen.* Und indem wir uns den Investitionsproblemen der Krankenhauswirtschaft zuwenden, werden wir überraschenderweise eine Teilantwort auf jene Frage geben können, die uns im vorangehenden Abschnitt beschäftigte: die Frage nach den Faktoren, die die *Nachfrage* bestimmen.

---

[45] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme . . ., a.a.O., S. 58.

[46] Anderer Auffassung: *Herbert Weissenböck,* Probleme . . ., a.a.O., S. 63 f. Ob das Erstattungssystem in Hinsicht auf ambulante ärztliche Versorgung und Arzneimittelnachfrage wirksam oder akzeptabel ist, könnte diskutiert werden. Ich lehne das Verfahren ab.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Krankenhäuser sind in entscheidendem Umfang *Prestigeinvestitionen.* Darin unterscheiden sie sich nicht durchgreifend von privatwirtschaftlichen Industrieinvestitionen. Sie sind „Statussymbol der Gemeinden"[47] oder ihrer sonstigen Träger. Und die Größe der betreuten Abteilung gilt als Prestigeindex der Chefärzte. Die These, „daß die Zahl der Betten immer einen mysteriösen Einfluß auf deutsche Krankenhauschirurgen habe, weil sie glauben, daß sie einen Maßstab für ihre Einschätzung abgibt, ist", so meint ein Chirurg, „dahin zu erweitern, daß dasselbe für Krankenhausträger und für die gesamte Öffentlichkeit gilt, die ein Krankenhaus für um so bedeutender halten, je größer seine Bettenzahl ist"[48]. Die einschlägige ökonomische Literatur geht überwiegend davon aus, daß das Verhalten von Chefärzten und auch Krankenhausdirektoren sowohl gewinn- als auch prestigeorientiert ist: „Gehalt und Prestige beider richtet sich nach Größe und Ruf des Krankenhauses"[49]. Ebenso ist M. W. Reder der Auffassung, daß „the usual prestige motives for expansion and improvement inherent in any organization" auch für die Krankenhauswirtschaft gelte. Prestige und Gehalt eines Krankenhausleiters „are related to the size, completeness, and modernity (from the medical point of view) of his establishment rather than to any measure of profitability"[50].

Joseph P. Newhouse glaubt aus der Untersuchung der Krankenhauswirtschaft die verallgemeinernde Hypothese ableiten zu können, daß *Non-Profit-Unternehmen* notwendig eine Tendenz zu qualitativ übertrieben guter Ausstattung haben, wobei er in Hinsicht auf die us-amerikanischen Verhältnisse einen Zusammenhang mit der Finanzierung aus philanthropischen Stiftungen sieht, durch die die Tendenz zu qualitativ übersteigertem Investitionsverhalten der Ärzte und Krankenhausdirektoren verstärkt werde: „Unfortunately, the projects for which funds are given are usually the quality of the output, whereas . . . the danger is that the decision maker will on his own choose too high a quality level." Newhouse sieht in diesem Zusammenhang einen grundsätzlichen „Organisationsdefekt dieser Industrie"[51]. Wahrscheinlich ist der von Newhouse aufgewiesene Zusammenhang zu simpel interpretiert: Viele genossenschaftliche Betriebe, die zum Teil als rein bedarfswirtschaftliche Gebilde den Non-Profit-Unternehmen zuzurechnen sind, neigen sogar zu einer gewissen Unterschätzung des qualitativen Aspektes[52].

---

[47] *Karl Jeute,* Hauptgeschäftsführer des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte gem. Handelsblatt vom 26. 2. 1973.

[48] *K. Fritz:* Krankenhausprobleme und Krankenhausreform, in: Der Krankenhausarzt, 45. Jg., Dezember 1972. Ähnlich *Herbert Weissenböck,* a.a.O., S. 39.

[49] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme . . . , a.a.O., S. 92.

[50] *M. W. Reder,* Economic Theory . . ., a.a.O., S. 480.

[51] *Joseph P. Newhouse:* Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital, in: AER, Vol. 60, March 1970, S. 64 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Für den Bereich der Versorgung mit medizinischen Leistungen, die der Heilung dienen, gelten auch in der modernen Gesellschaft bis weit in die Gesellschaftspolitik hineinreichende Besonderheiten, die sich aus der besonderen existentiellen Situation des „Krankseins" ergeben, wobei möglicherweise rudimentäre Verhaltensweisen archaischer Gesellschaften nachwirken[53]. Jedenfalls widersetzt sich die Vielzahl der bedarfswirtschaftlich-gemeinnützigen Einzelwirtschaften durch ihre Vielgestaltigkeit der voreiligen Verallgemeinerung in einer „Theorie des Non-Profit-Enterprise".

Die Klagen über das Investitionsverhalten der Krankenhauswirtschaft sind keineswegs neu. So wies K. O. Rapmund in der 4. Aufl. des HdSt (1923) darauf hin, daß es bereits in der Zeit vor dem ersten Weltkrieg „namentlich bei den kommunalen Krankenhausneubauten der Großstädte sowohl in architektonischer Hinsicht als in bezug auf die innere Ausstattung ein gewisser Luxus zum Ausdruck gekommen (sei). Mit Recht (sei) daher von seiten der Aufsichtsbehörden, z. B. von Preußen, durch wiederholte Ministererlasse auf die Notwendigkeit möglichster Sparsamkeit hingewiesen" worden[54]. Hinzu kommt eine gewisse Rivalität nicht nur zwischen benachbarten Gemeinden, sondern auch zwischen freigemeinnützigen Trägern hinsichtlich der Ausstattung „ihres" Krankenhauses. Erschwerend kommt hinzu, daß der Hang zur Prestigeinvestition auch nicht durch jenes Regulativ gesteuert wird, das in vielen Fällen sonst ein Indiz der Überkapazität ist: ungenutzte Kapazitäten.

Während Schellhaaß unter Verweis auf us-amerikanische und englische Literatur einen *Zusammenhang zwischen wachsendem Bettenangebot und wachsender Zahl der Einweisungen* bei konstanter Kapazitätsauslastung feststellt, lassen mehrere deutsche Untersuchungen daneben auf einen *Zusammenhang zwischen Bettenangebot und Verweildauer* schließen[55]. „Gemeinsames Ergebnis der amerikanischen und britischen Untersuchungen ist, daß jeweils soviel Betten benutzt werden, wie vorhanden sind, ohne daß ein Ausstattungsniveau existiert, von dem ab eine geringere Auslastung der Betten einträte. Der Schluß liegt nahe,

---

[52] So sehr die frühe Konsumgenossenschaftsbewegung Wert auf den qualitativen Aspekt des Warenangebots legte, so wenig Wert legte sie auf Geschäftsraum-Investitionen.

[53] Die kaum zu erklärende politische Macht der Ärzteverbände, wie sie sich in den Honorarverhandlungen und im Einfluß auf Gesetzgebung und die Parteiprogramme niederschlägt, wird von einigen Autoren mit einem untergründig nachwirkenden „Medizinmannkomplex" erklärt.

[54] *K. O. Rapmund:* Art. Krankenanstalten, in HdSt, 4. Aufl., 5. Bd., Jena 1923, S. 925 ff., hier S. 929.

[55] *Kohlhausen,* in: Die AOK, Jg. 1964, S. 353; *Wirtz,* in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 1964, S. 31; *K. Fritz:* Krankenhausprobleme . . ., a.a.O.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

daß sich jedes Angebot seine Nachfrage schafft . . . "[56]. Nun können allerdings alle Korrelationsrechnungen zwischen Bettenangebot, Zahl der Einweisungen und Verweildauer allenfalls eine Vermutung begründen, daß die Fälle unnötiger Einweisungen und unnötig langer Verweildauer zunehmen: ein Beweis sind sie nicht. Es kann sich einerseits um das Effektivwerden bisher notdürftig zurückgestauter Nachfrage traditioneller Art handeln; andererseits kann die verbesserte Bettenausstattung die Aufmerksamkeit auf die Nutzung neuer diagnostischer oder therapeutischer Möglichkeiten lenken. Indes wird die These von Schellhaaß, daß „der Bedarf einer Region an Krankenhausbetten durch die Ausstattung eben dieser Region mit Betten bestimmt wird"[57] durch analoge Entwicklungen in benachbarten Bereichen der Versorgung mit medizinischen Leistungen gestützt. Ist die These nämlich richtig, so würde auch für den Bereich der stationären ärztlichen Versorgung jene Hypothese Wilfrid Schreibers Gültigkeit haben, die dieser vornehmlich für den ambulanten Bereich glaubte vertreten zu können: daß nämlich entgegen den in fast allen anderen Wirtschaftsbereichen üblichen Verhältnissen, die *Nachfrage nach ärztlichen Leistungen durch den Anbieter selbst bestimmt* wird. Die in der einschlägigen Literatur fast einmütig vertretene Auffassung, daß die Art der Preisbildung in der deutschen Krankenhauswirtschaft notwendig auf eine Verlängerung der Verweildauer hinwirken müsse, beruht ebenfalls implizit auf der Annahme, daß die Anbieter über einen Ermessensspielraum hinsichtlich der Inanspruchnahme verfügen: Sie bestimmen den Entlassungszeitpunkt.

Kurz: Die volle Auslastung vorhanderner Bettenkapazitäten läßt nicht auf die volkswirtschaftliche Notwendigkeit zusätzlicher Investitionen schließen. Oder vorsichtiger und damit richtiger: Man weiß nicht, ob die Tatsache der Vollauslastung Neuinvestitionen (Erweiterungsinvestitionen) rechtfertigt. Die These von der Prestigeorientierung von Krankenhausinvestitionen und die These, daß sich jedes Angebot an Krankenhausbetten über die Zahl der Einweisungen bzw. die Verweildauer seine eigene Nachfrage schafft, sind indes plausibel genug, um Zweifel als berechtigt erscheinen zu lassen.

8. Probleme staatlicher Investitionsplanung in der Krankenhauswirtschaft

Nach vorherrschender — und auch von den Krankenhausträgern selbst nicht bestrittener — Meinung ist die gegebene Organisation der Krankenhauswirtschaft und das bisherige Investitionsverhalten gesundheitspolitisch nicht optimal. Hauptpunkte der Kritik sind:

---

[56] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme . . ., a.a.O., S. 59.
[57] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme . . ., a.a.O., S. 58.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

a) die ungünstige räumliche Verteilung der Krankenhäuser,

b) die in Hinsicht auf ein integratives Krankenhaussystem unangemessene Bettenzahl der Krankenhäuser,

c) im Zusammenhang mit (b) der zu große oder zu geringe Spezialisationsgrad (Zahl der Abteilungen) in den Krankenhäusern mit der Überschneidungsgefahr in bestimmten Einzugsgebieten,

d) die mangelhafte Kooperation und damit kapazitative Abstimmung bei Investitionen von hochwertigen technischen Aggregaten.

Trotz aller mahnenden und warnenden Appelle, vor allem auch von Krankenhausfachleuten selbst, ist es den Krankenhausträgern nicht gelungen, sich zu Planungsgemeinschaften zusammenzufinden. So äußerte Siegfried Eichhorn schon 1963 die Auffassung, „daß auf die Dauer gesehen staatliche Eingriffe in die Einzelplanungen der Krankenhäuser dann unvermeidbar sind, wenn sich die Krankenhäuser nicht von sich aus zu einer freiwilligen Abstimmung zusammenfinden, etwa in Form regionaler Planungs- oder Arbeitsgemeinschaften“[58].

Die offensichtliche Unmöglichkeit einer *Lösung des Investitionsproblems im Wege der freiwilligen Selbstverwaltung* ließ eine finanzielle Beteiligung des Staates mit dem Ziele der Abstimmung der Investitionsvorhaben — also einen „zweiteiligen“ Pflegesatz — als einzige praktikable Lösung erscheinen. Daß dabei die Sonderprobleme frei-gemeinnützigen Wirtschaftens ordnungspolitisch wenig beachtet wurden, wird uns weiter unten noch beschäftigen.

Eine *zentrale staatliche Krankenhausplanung* wurde nach Jahren der Diskussion schließlich auch von solchen Autoren für unumgänglich gehalten, die, wie Wilfrid Schreiber, ursprünglich auf Grund ihrer prinzipiell liberalen Haltung einer staatlichen Intervention sonst distanziert gegenüberstanden[59]. „Eine Mitfinanzierung der Krankenhäuser ... ist auch sinnvoll“, heißt es in der Sozialenquête, „weil dadurch der Öffentlichen Hand ein gewisses Maß an Mitspracherecht bei der strukturellen Entwicklung des Krankenhauswesens zwangsläufig zufällt“[60].

In einer etwas abstrakten Betrachtungsweise bieten sich als alternative Organisationsmodelle der Krankenhauswirtschaft auf der einen Seite ein *horizontales Krankenhausnetz*, d. h. ein Netz gleichgeordneter, medizinisch-technisch gleichwertig ausgestatteter Krankenhäuser an, auf

---

[58] *Siegfried Eichhorn:* Krankenhaus und Wirtschaftsordnung. Aus der Arbeit des Deutschen Krankenhausinstituts. Berichte Nr. 19, November 1963, S. 17.

[59] *Wilfrid Schreiber:* Der „Markt“ der Krankenhausleistungen, in: Das Krankenhaus, Heft 12, 1963, S. 468 ff., hier S. 470.

[60] Sozialenquête, a.a.O., Ziff. 716 a.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der anderen Seite ein *vertikales Krankenhausnetz* mit mehreren Stufen unterschiedlich ausgestatteter Krankenhäuser, die von einer dezentralisierten Mindestversorgung zu einer relativ zentralisierten Vollversorgung reichen[61]. Die deutsche Diskussion hat sich zumal im Anschluß an die Arbeiten des Deutschen Krankenhausinstituts durchweg für einen mehrstufigen Aufbau entschieden.

Der 72. Deutsche Ärztetag 1972 unterschied in seinen „Leitsätzen zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes" folgende *Anforderungsstufen:*

1. Krankenhäuser der Akut- und Regelversorgung (bis zu etwa 300 Betten),
2. Schwerpunktkrankenhäuser (bis etwa 600 Betten),
3. Zentralkrankenhäuser (über 600 Betten), wozu auch die Universitätskliniken gehören.

Das Gutachten des „Deutschen Krankenhausinstitutes" und das „Institut für Krankenhausbau an der TU Berlin"[62] unterscheidet vier Anforderungsstufen:

1. Grundversorgung (etwa 101 - 250 Betten),
2. normale Regelversorgung (etwa 251 - 350 Betten),
3. differenzierte Regelversorgung (etwa 351 - 650 Betten).
4. Zentralversorgung (etwa ab 651 Betten).

Vorschläge zu einem dreigliedrigen Aufbau dominieren. Die angegebenen Höchst- bzw. Mindestgrößen differieren.

Was allerdings die einschlägige Literatur zur *Frage der optimalen Betriebsgröße* bietet, ist in hohem Maße unbefriedigend. Um so mehr

---

[61] Vgl. hierzu vor allem: *Sigrid Bopp:* Regionale Krankenhausplanung. Versuch ihrer theoretischen Erfassung und Untersuchung der Praxis in der Bundesrepublik, in den USA und in England. Schriften zu Regional- und Verkehrsproblemen in Industrie- und Entwicklungsländern, hrsg. von J. Heinz Müller und Theodor Dams, Berlin 1970, hier S. 34 ff. Verdienstvoll vor allem die gründliche Einbeziehung des Problems der Wegezeiten von Personal, Patienten und Angehörigen.

[62] In: *Harsdorf / Friedrich,* a.a.O., S. 223. Die Gewerkschaft ÖTV forderte in einer Stellungnahme, daß „unter Berücksichtigung zeitgemäßer und wirtschaftlicher Forderungen die Krankenhäuser der Regelversorgung mit mindestens 350 Betten, der Zentralversorgung mit mindestens 700 Betten, der Maximalversorgung mit mindestens 1000 Betten auszustatten" sind (Stellungnahme der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr zur Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung, inneren Struktur der Krankenhäuser, Stuttgart, Oktober 1970, S. 4). Zum Problem auch *Wilhelm Adam:* Modernes Krankenhaus, Schriftenreihe Fortschrittliche Kommunalverwaltung (Hrsg. Rüdiger Göb), 2. Aufl., Köln und Opladen 1973.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

beeindruckt die Sicherheit, mit der in Stellungnahmen bestimmte Betriebsgrößen gefordert werden. In der Regel beruft man sich auf „moderne betriebswirtschaftliche Erfordernisse", ohne daß deutlich würde, auf welche konkreten Ergebnisse betriebswirtschaftlicher Forschung man sich stützt. Empirische Untersuchungen in den USA lassen bei einem Großstadtkrankenhaus ein Kostenminimum bei 300 Betten vermuten; die Kurvenverläufe sind indes so wenig ausgeprägt, daß man teilweise von der Annahme konstanter Durchschnittskosten ausgeht[63]. Jedenfalls reichen die Untersuchungsergebnisse nicht aus, um irgendwelche Empfehlungen hinsichtlich der optimalen Betriebsgröße zu formulieren. Nach Bopp gilt dennoch in den USA nach vorherrschender Meinung das 200-Betten-Krankenhaus als Mindestgröße, was allerdings nicht ausschließt, daß 81 % aller allgemeinen Akutkrankenhäuser weniger als 200 Betten haben[64]. In Deutschland dominiert die Meinung, daß Krankenhäuser unter 100 Betten betriebswirtschaftlich nicht tragbar sind, eine Meinung, der sich der Gesetzgeber im Krankenhausfinanzierungsgesetz anschloß, indem er diese Häuser — von Ausnahmen abgesehen — im Allgemeinen von der Förderung ausschloß. Die Frage, ob *Kleinkrankenhäuser* — sofern sie unter architektonischem und sonstigen bautechnischem Aspekt heutigen Ansprüchen genügen! — im Rahmen eines integralen Systems der Versorgung mit ambulanten und stationären ärztlichen Leistungen nicht doch eine Funktion erfüllen können, wird weiter unten noch zu erörtern sein[65].

Die Lösung der Investitionsprobleme hat das KHG in § 6 der *„Krankenhausbedarfsplanung"* der Länder zugewiesen, bei der die Krankenhausträger neben anderen Beteiligten nur noch das Recht auf „Anhörung" (§ 6 Abs. 3 KHG) haben. Anregungen, diese Planung öffentlich-rechtlichen Selbstverwaltungsorganen zu übertragen, ist der Gesetzgeber nicht gefolgt[66].

---

[63] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme . . ., a.a.O., S. 55 f. Der Versuch Schellhaaß', aus den Ergebnissen doch noch eine Tendenz zur Kostendegression entsprechend der Betriebsgröße herauszuinterpretieren, scheint mir nicht plausibel.

[64] *Sigrid Bopp:* Regionale Krankenhausplanung . . ., a.a.O., S. 40 f.

[65] Die folgende Feststellung *Siegfried Eichhorns* sollte daher nach der hier vertretenen Auffassung tatsächlich auf „Fachbetten" bezogen werden: „Es spricht jedoch alles dafür, längere und umständlichere Krankenhaustransporte in Kauf zu nehmen, als bestimmte Fachbetten und -behandlungen in einer ärztlich-pflegerisch nicht zu verantwortenden Weise zu dezentralisieren." (Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, S. 265).

[66] *Theo Thiemeyer:* Hat die Selbstverwaltung der Krankenhäuser im Zuge von staatlicher Planung und Reglementierung noch eine Chance? in: Das Krankenhaus, 63. Jg. 1971, S. 296 ff. Mit ähnlicher Zielsetzung auch Herder-Dorneichs „Krankenhausplan" für Deutschland: *Philipp Herder-Dorneich* unter Mitwirkung von *W. Gordelmann* und *W. Kötz:* Honorarreform und Krankenhaussanierung, Berlin 1970, S. 60 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Krankenhausträger und ihre Verbände waren sich von allem Anfang an darüber im klaren gewesen, daß jede Form einer gesetzlich fixierten langfristigen Finanzierung, vor allem auch die Übernahme der Investitionskosten auf die öffentlichen Haushalte *Eingriffe in die Eigenständigkeit der Träger* mit sich bringen würde[67].

9. Die ordnungspolitische Bedeutung nicht-staatlicher Gemeinnützigkeit

Es scheint in diesem Zusammenhang angemessen, einige gesellschaftspolitisch und auch unternehmensmorphologisch relevante Aspekte anzufügen[68]. Es ist bereits ein in der hohen Zeit des klassischen deutschen Liberalismus, zumal in Friedrich von Hermanns „Staatswirtschaftlichen Untersuchungen" 1832 aufkeimender Gedanke, daß *neben den öffentlichen Organen auch freie gemeinwirtschaftliche Kräfte an der Erfüllung öffentlicher Aufgaben* mitwirken sollen[69]. Der Gedanke findet sich auch in der klassischen Periode gemeinwirtschaftlicher Theorie im letzten Drittel des 19. Jhs., die zumal von Adolph Wagner und Albert Schäffle geprägt ist[70]. Hält man gemeinwirtschaftliches Disponieren im Rahmen einer sonst erwerbswirtschaftlich-privatwirtschaftlichen Ordnung — aus welchen Gründen auch immer — für unentbehrlich und hält man — worin sich natürlich eine politische Vorentscheidung für mehr Freiheitlichkeit verbirgt — die möglichst weitgehende und vielgestaltige Mitwirkung von nichtstaatlichen gesellschaftlichen Kräften an der Erfüllung gemeinnütziger Aufgaben für erwünscht, so bedürfen diese frei-gemeinnützigen Kräfte der Pflege, wenn man will: der Privilegierung, in Ausnahmefällen: der Subventionierung. Der potentielle Durchbruch handfester erwerbswirtschaftlicher Interessen in Wirtschaftsbereichen, die sich „gemeinnützig" nennen oder im Sinne des steuerlichen und/oder wohnungswirtschaftlichen Gemeinnützigkeitsrechts „gemeinnützig" sind, tatsächlich aber eine starke Konvergenz mit privatwirtschaftlich-erwerbswirtschaftlichen Unternehmen aufweisen[71], sollte nicht den Blick auf Gemeinnützigkeit als gesellschaftswirtschaftlich relevantes und betriebswirtschaftlich bedeutsames Phänomen verstellen. Die Frage, ob etwa gemeinnütziges Disponieren ein ethisch überlegenes Handeln ist,

---

[67] *Marie-Theres Starke:* Die Finanzierung, a.a.O., S. 137 f.

[68] Vgl. hierzu *Gerhard Weisser:* Gemeinnützigkeit heute, Göttingen 1964.

[69] Vgl. zum Dogmengeschichtlichen *Theo Thiemeyer:* Gemeinwirtschaftlichkeit als Ordnungsprinzip. Grundlegung einer Theorie gemeinnütziger Unternehmen, Berlin 1970, S. 27.

[70] *Theo Thiemeyer:* Gemeinwirtschaftlichkeit, a.a.O., S. 21 ff.

[71] Es ist symptomatisch, daß in jüngster Zeit Gesetzgebung (hinsichtlich der Bausparkassen) als auch Rechtsprechung (in Hinsicht auf die „gemeinnützige" Wohnungswirtschaft) Unternehmen nachdrücklich auf ihren „institutionellen" (satzungsmäßigen) „Sinn" (Weisser) verweisen müssen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

kann hier dahingestellt bleiben. Es geht nur um die möglichst *rationale Realisierung* bestimmter gesellschafts- und wirtschaftspolitischer Ziele. Und beim Verfolg gesundheitspolitischer Ziele muß geprüft werden, ob auf die Mitwirkung frei-gemeinnütziger Kräfte verzichtet werden kann oder soll. Die in den gesetzgebenden Körperschaften der Bundesrepublik Deutschland maßgeblichen *politischen Parteien* sind — wie die bisherige Gesetzgebung offenbar werden läßt — *unfähig, diesen Besonderheiten gemeinnütziger Gebilde Rechnung zu tragen*[72]. Man wird die *Selbstverwaltung* gemeinnütziger (gemeinwirtschaftlicher) sozialer Gebilde mit einem entsprechenden Spielraum versehen müssen, um die gemeinnützige Leistung zu stimulieren. Einer solchen Stimulierung und Aktivierung auch heute noch möglicher Aktivitäten gemeinnützigen Wirtschaftens stehen aber politisch belastende Verständnisbarrieren entgegen, wenn man in nicht-erwerbswirtschaftlichem Verhalten von vornherein eine Störung des Prozesses der optimalen Faktorallokation sieht — wozu beispielsweise die an modellanalytischem Gleichgewichtsdenken orientierte Argumentation von Newhouse leidet — oder wenn man in übergroßem Planungseifer die Besonderheiten der Einzelwirtschaften, hier konkret: die *unterschiedlichen Reaktionsweisen* öffentlicher Betriebe einerseits und nicht öffentlicher, freigemeinnütziger Betriebe andererseits *nicht berücksichtigt*[73].

Ohne an dieser Stelle eine eingehende Begründung liefern zu können, die ein weiteres Abwägen politischer und soziologischer Argumente erfordern würde, soll hier die These vertreten werden, daß man den freigemeinnützigen Trägern zwar durchgreifende Eingriffe in die betriebliche Struktur in der Anschlußgesetzgebung der Länder nicht ersparen kann[74], daß aber im Rahmen der Planung der Landeskrankenhauspläne der Selbstverwaltung ein entscheidender Raum hätte gegeben werden

---

[72] Zumal Gerhard Weisser hat sich in jüngster Zeit wiederholt gutachtlich zu dieser Frage geäußert.

[73] Das tiefe Mißtrauen karitativen und humanitären Denkens gegen betriebswirtschaftliche Rechnungsmethoden ist nicht nur — wie es sich in der dominanten Krankenhausliteratur ausnimmt — Verschleierungstaktik und/oder Schlamperei.

[74] Hatte sich die in der Literatur geäußerte Interventionsabsicht zunächst auf die oben skizzierten regionalen, kapazitativen und medizinisch-technischen Aspekte beschränkt, so zielte die Diskussion der letzten Jahre vor allem auch auf eine *Reform der inneren Struktur* der Krankenhäuser ab, wobei das Chefarzt- oder Hierarchieproblem und das Mitbestimmungsproblem in den Vordergrund drängte. Diese Diskussion hat — aus welchen Gründen auch immer — auf das KHG kaum eingewirkt, schlägt sich aber ganz deutlich in der bereits verabschiedeten oder vorbereiteten *Anschlußgesetzgebung der Länder* nieder. Dabei geht es vor allem um folgende Punkte:

1. Einführung kollegialer Leitungsorgane (z. B. Direktorium aus ärztlichem Direktor, Verwaltungsdirektor und leitender Krankenhauspflegekraft),
2. Auflösung der Privatstationen,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

müssen. Die Tatsache, daß man eher bereit ist, an der Realisierung von Plänen mitzuwirken, die man selbst mitgestaltet hat, hätte sowohl auf Gemeinden als auch auf die frei-gemeinnützigen Träger befruchtend gewirkt. Der Wettbewerb zwischen den konfessionellen Krankenhausträgern mag zu Doppelinvestitionen geführt haben. Man hätte diesen Wettbewerb um den Besitz perfekterer medizinisch-technischer Aggregate durch Selbststeuerung bremsen, aber nicht beseitigen sollen. Ob die von konjunkturpolitischen Zufällen, „vermeintlichen" Sachzwängen und taktischen Überlegungen abhängigen öffentlichen Haushalte[75] ein rationaleres Regulativ für das Investitionsvolumen liefern als der Investitionsehrgeiz kommunaler und karitativer Träger, bleibt abzuwarten.

10. Der Einfluß des Preissystems auf das Angebot von Krankenhausleistungen

Nach allgemein vorherrschender Auffassung ist eine der entscheidendsten Ursachen für die *Fehlbelegung* der vorhandenen Betten das geltende Preissystem, nämlich der *einheitliche Pflegesatz*[76]. Während der Pflegesatz unabhängig von den tatsächlichen Kosten einheitlich ist, zeigen die Kosten einen mit der Verweildauer degressiven Verlauf. Die Kosten sind infolge der Aufnahmeformalitäten, der Anamnese, der zur Durchführung der Diagnose erforderlichen ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen am ersten und zweiten Tag hoch, steigen ferner im Falle der Vorbereitung von ärztlichen Maßnahmen, bleiben während der Dauer erforderlicher Intensivpflege hoch und zeigen dann mit zunehmendem Heilerfolg einen degressiven Verlauf, der sich beim Rekonvaleszenten den reinen „Hotelkosten" nähert. Sind diese reinen Hotel-

3. a) Beseitigung des gesonderten Liquidationsrechts, oder
   b) finanzielle Mitbeteiligung nachgeordneter Ärzte (Ländergesetzgebung), evtl.
   c) Umwandlung des gesonderten Liquidationsrechts in ein Instrument der Krankenhausfinanzierung allgemein (Modell Herdecke),
4. freie Arztwahl auch für die Patienten der allgemeinen Abteilungen,
5. einheitliche Besuchszeiten für alle,
6. Krankenhausbeiräte (Träger, Vertreter der regionalen Körperschaften, niedergelassene Ärzte, der GKV-Kassen und der PKV, Gesundheitsämter usw.),
7. a) Mitbestimmung der Patienten,
   b) unabhängige Patientensprecher (Krankenhausreformgesetz Rheinland-Pfalz),
8. Zwang zur Kooperation zwischen den Krankenhäusern,
9. zentraler Bettennachweis.

[75] Vgl. dazu *Hans-Peter Bank:* Sozialpolitik und Wahlpolitik, in: Berichte des Deutschen Industrie-Instituts zur Sozialpolitik, Jg. 2, Nr. 11, Köln 1968.

[76] *K. Fritz:* Krankenhausprobleme . . ., a.a.O. Zum Problem unter betriebswirtschaftlichem Aspekt vor allem auch *Siegfried Eichhorn:* Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, a.a.O., S. 254 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

kosten niedriger als der durchschnittliche Pflegesatz, so ist es zur Erreichung der Gesamtkostendeckung des Krankenhauses „wirtschaftlich" zur Erzielung eines „Deckungsbeitrags", die *Verweildauer* möglichst zu verlängern. „Eine ökonomisch denkende Krankenhausverwaltung müßte deswegen ihre Aufgabe darin sehen, möglichst wenig Patienten über einen möglichst langen Zeitraum hin zu betreuen"[77].

In diesem Zusammenhang wird immer wieder auf die im Vergleich zu ausländischen Krankenhäusern auffallend lange Verweildauer in deutschen Krankenhäusern hingewiesen (vgl. Tabelle 1). Indes zeigt die Verweildauer in der BRD eine leicht sinkende Tendenz (vgl. Tabelle 2). *Vergleiche von Verweildauern* internationaler oder innerstaatlicher Art mögen allenfalls die Frage als begründet erscheinen lassen, ob Unwirtschaftlichkeit vorliegt: einen Beweis liefern sie nicht. Sicherlich sind die regionalen Unterschiede in der durchschnittlichen Verweildauer innerhalb der BRD überraschend[78] (Tabelle 3). Das kann u. a. daran liegen, daß die Einweisungsgewohnheiten der Ärzte landschaftlich stark unterschiedlich sind. Die Einweisung von Bagatellfällen läßt beispielsweise die Verweildauer sinken. Über die *„Wirtschaftlichkeit" des Einweisungsverhaltens der niedergelassenen Ärzte* läßt sich andererseits erst urteilen, wenn man die durchschnittliche Einweisungsquote mit dem durchschnittlichen Verschreibungsaufwand, der durchschnittlichen Zahl der Überweisungen an andere (niedergelassene) Fachärzte und den abgerechneten ärztlichen Leistungen je Fall vergleicht. Daß die durchschnittliche Verweildauer in kleinen Krankenhäusern kürzer ist als in großen, mag an der unterschiedlichen Auswahl des Krankengutes liegen. Daß starke Unterschiede nach Fachbereichen bestehen, vermag selbstverständlich nicht zu überraschen (Tabelle 4), ebenso besteht ein plausibler Zusammenhang zwischen Verweildauer und Durchschnittsalter der Bevölkerung. Daß Selbstzahler eine kürzere Verweildauer haben — die Angaben schwanken von 0,8 Tagen Differenz (Erhebung des Verbandes der privaten Krankenversicherung) und 2,8 Tagen (Deutsches Krankenhausinstitut) — als Sachleistungsempfänger, könnte immerhin zu einigen zusätzlichen Erwägungen Anlaß geben. Unterschiedliche Verweildauer nach Kassen-Arten (innerhalb der GKV-Kassen) bedürfte auch eingehenderer Untersuchungen.

K. Fritz[79] führt als *Ursache für die unterschiedliche Verweildauer* an:

1. Die unterschiedliche Zusammensetzung der zur Aufnahme kommenden Krankheitsfälle. Dabei mögen einerseits die Einweisungsge-

[77] *K. Fritz:* Krankenhausprobleme . . ., a.a.O.

[78] Vgl. dazu *Günther Esters:* Überlegungen zur Krankenhausplanung. Studien und Berichte aus dem Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bad Godesberg 1968, S. 5.

[79] *K. Fritz:* Krankenhausprobleme . . ., a.a.O.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wohnheiten der Ärzte, andererseits die unterschiedlichen medizinischen Auffassungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer stationären Behandlung seitens der Krankenhausärzte eine Rolle spielen.

2. Die unterschiedliche ärztliche Behandlungsmethode und unterschiedliche Auffassungen über die notwendige Dauer einer Krankenhausbehandlung. Unterschiedliche medizinische Lehrmeinungen spielen auch hier eine Rolle.

3. Die Verschiedenheit der Krankenhausstruktur, wobei Fritz vor allem auf das „Verhältnis zwischen der Größe der Bettenabteilung und der baulich und personell bedingten diagnostischen und therapeutischen Leistungsfähigkeit eines Hauses" abstellt, d. h. sind die Betriebskapazitäten nicht optimal aufeinander abgestimmt, kommt es zu Wartezeiten (z. B. bei Operationen).

4. Unterschiede in der Möglichkeit ambulanter Vor- und Nachbehandlung, ein Problem, das bei allen weiter unten noch zu erörternden Reformbestrebungen eine zentrale Rolle spielt.

5. K. Fritz weist ferner auf den weiter oben schon einmal erörterten überraschenden *Zusammenhang zwischen Länge der Verweildauer und dem Bettenangebot des Einzugsgebietes* hin. (Wie sehr indes gerade das Korrelieren von Verweildauer und Bettenangebot zu voreiligen Schlüssen hinsichtlich der Manipulierbarkeit der Verweildauer führen kann, macht K. Fritz selbst deutlich, wenn er als Beweis für seine These die Tatsache anführt, „daß 1965 Schleswig-Holstein als das Bundesland mit dem niedrigsten Bettenangebot die geringste, Berlin mit der größten Bettenanzahl die höchste Verweildauer hatte"[80]. Zumindest hätte die ungewöhnliche Altersstruktur der Berliner Bevölkerung berücksichtigt werden müssen, ferner das Dominieren von Kleinhaushalten mit geringer Pflegekapazität in den Großstädten usw.)

6. Als letzten Punkt führt K. Fritz in Übereinstimmung mit der gesamten einschlägigen Literatur die Wirkung des einheitlichen Pflegesatzes an, der „nahezu zwangsweise zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes führen" muß.

Bevor wir uns dieser zentralen Frage der optimalen Preisbildung in der Krankenhauswirtschaft zuwenden, muß allerdings eine *implizite Annahme* deutlich gemacht werden, die fast allen Hypothesen über den Wirkungszusammenhang zwischen Pflegesatz und Verweildauer zugrunde liegt: Es wird angenommen, *daß sich die Ärzte bei ihren Entscheidungen über die Entlassung eines Patienten an den betriebswirtschaftlichen Kostendeckungsüberlegungen der Krankenhausverwal-*

[80] *K. Fritz,* a.a.O.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

tungsleiter orientieren[81]. Bei den bekanntlich nicht immer von Harmonie geprägten Beziehungen zwischen Verwaltungsleitern, Ärzten und Schwesternschaft ist eine solche Übereinstimmung zumindest nicht von vornherein selbstverständlich. Die in der neueren Betriebswirtschaftslehre mit Recht nachdrücklich betonte Auffassung, daß Betriebe keine ökonomischen Entscheidungseinheiten, sondern Gebilde mit komplexen Entscheidungsprozessen sind, gilt auch für diese Zusammenhänge: Die in der Literatur gelegentlich geäußerte Auffassung, daß die Interessen hinsichtlich der Verlängerung der Verweildauer (zwecks Maximierung der Deckungsbeiträge) bzw. der Minimierung der Neuaufnahmen (zwecks Minimierung des Arbeitsaufwandes bei zeitproportionalem Einkommen, zumal Vermeidung von Notaufnahmen an Wochenenden) bei allen drei Gruppen zufällig in die gleiche Richtung wirken, ist nur für den plausibel und akzeptabel, der an der ökonomistischen Verengung der Vorstellung von „rationalem" Handeln seine Freude findet.

Damit kommen wir zu einem der zentralen Probleme der Gesundheitspolitik und des Systems der sozialen Sicherung überhaupt: zur Frage von Grenzen und Möglichkeiten einer *pretialen Lenkung von Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsgütern.* Daß angesichts der massiven Kritik an der negativen Wirkung des an den „Durchschnittskosten" orientierten Pflegesatzes auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die im Anschluß an das KHG erlassene Bundespflegesatzverordnung an dem durchschnittlichen Pflegesatz festhalten, der sich an den „Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses" (§ 17, Abs. 1 KHG) zu orientieren hat, muß überraschen. Lediglich als zeitweise zulässige Sonderregelung für Experimente sieht § 21 der BPflV eine Ausnahmeregelung für die Gestaltung der Pflegesätze vor, wobei allerdings „keine unzumutbaren Belastungen für die Krankenhäuser und die Benutzer" entstehen dürfen.

Die in der Diskussion erörterten *Vorschläge* gehen — und in diesem Punkte sind diese Vorschläge konsequenter als manche Vorstellungen der ökonomischen Theorie — davon aus, daß sich die *Preise nicht an den Kosten* zu orientieren haben, sondern daß umgekehrt die Preise Instrumente zur Beeinflussung der Kosten sind. Es wurden in der Literatur erörtert:

a) ein mit der Verweildauer degressiver Pflegesatz ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppen,

---

[81] Insofern ist die Annahme von *Sven Günther,* daß die Auffassung der Ärzte über die Verweildauer völlig unabhängig von betriebswirtschaftlichen Überlegungen sei und sich mehr an den Lehrmeinungen medizinischer Schulen orientiere, doch wohl einer ernsthaften Erörterung wert. *Sven Günther:* Einweisungsquote . . ., a.a.O., S. 320.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

b) ein nach Phasen des Krankenhausaufenthalts gestaffelter Pflegesatz mit einem oder mehreren Degressionssprüngen,

c) feste, einheitliche Einmalgebühr und (niedriger) einheitlicher Pflegesatz pro Tag,

d) nach Diagnosegruppen gestaffelte und pauschalierte Einmalgebühren und pflegetagproportionale Tagespflegesätze,

e) pauschalierte Abgeltung von Diagnose und Basistherapiekosten, Einzelabrechnung für alle über die Basistherapie hinausgehenden Leistungen, Abgeltung der Hotelkosten gemäß diagnostisch begründeten Gruppennormdauern, bei Überschreitung der Gruppennormdauer Degressionssprung auf einen nicht-kostendeckenden Tagespflegesatz[82],

f) die drastischste Degressionswirkung würde durch eine Fallpauschale nach Diagnosegruppen erzielt.

Der *Vorschlag,* eine — eventuell nach Diagnosegruppen gestaffelte — *feste Aufnahmegebühr mit einem niedrigen einheitlichen Pflegesatz zu kombinieren,* ist nicht ganz unproblematisch und wahrscheinlich in seinen Konsequenzen noch nicht hinreichend abgeklärt. Unterstellt man mit Siegfried Eichhorn, daß 80 v. H. der Kosten des Krankenhauses fixe Kosten sind und unterstellen wir ferner vereinfachend, daß 20 v. H. dieser fixen Kosten, nämlich die Investitionskosten, auf die öffentlichen Haushalte übernommen werden, dann setzen sich die verbleibenden Kosten, die insgesamt durch den Pflegesatz gedeckt werden müssen, zu einem Viertel aus variablen und drei Vierteln aus fixen Kosten zusammen.

Nach der in der Literatur meist geäußerten Ansicht sollen Einmalgebühr und Tagespflegesätze so kombiniert werden, daß sich beim Erreichen einer „Normverweildauer" gerade Kostendeckung ergibt und — wenn möglich — das Überschreiten der Normverweildauer zu einem Falldefizit führt.

Wir wollen *vier Fälle einer Kombination von Einmalgebühr und Tagespflegesatz* vergleichen:

a) Fallpauschale zur Abgeltung aller Leistungen, Tagespflegesatz Null,

b) Einmalgebühr und zusätzlicher Tagespflegesatz in Höhe der Grenzkosten (die gemäß Annahme keine Personalkosten enthalten und keine sonstigen Kosten, die auch ohne den zusätzlichen Patienten angefallen wären),

c) Einmalgebühr und die durchschnittlichen Kosten eines Rekonvaleszenten (einschließlich des „normalen" Fixkostenanteils bei geplanter Bettenauslastung),

[82] WWI-Studie, a.a.O., S. 76 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

d) keine Fallpauschale, Tagespflegesatz gemäß Durchschnittskosten bei geplanter Bettenauslastung.

Eine Modell-Betrachtung unter stark vereinfachenden Annahmen mache die Zusammenhänge deutlich. Die Normalverweildauer betrage 10 Tage, die Rekonvaleszensphase werde nach 5 Tagen erreicht. Die Durchschnittskosten des Rekonvaleszenzbettes mögen 50,— DM betragen, die Grenzkosten des Rekonvaleszenten DM 12,50. Die Kosten mögen am ersten Tag 350,—, am zweiten Tag 250,—, am dritten Tag 150,—, am vierten Tag 100,— und während der folgenden Tage 50,— DM betragen. Die kumulierten Kosten würden dann am 10. Tag 1 150,— DM betragen. Unter diesen Annahmen ergäben sich für die unter a - d dargestellten Verfahren folgende Pflegesätze:

d) Einmalgebühr	0,— DM,	Tagespflegesatz	0,— DM,
c) Einmalgebühr	650,— DM,	Tagespflegesatz	12,50 DM,
a) Pauschale	1 150,— DM,	Tagespflegesatz	50,— DM,
b) Einmalgebühr	1 025,— DM,	Tagespflegesatz	115,— DM.

Abb. 1 macht die Zusammenhänge deutlich. K_t stellt die auf den einzelnen Tag entfallenden Kosten, K_t^* die kumulierten Fallkosten dar; a, b, c und d sind die Gesamterlöse der vier Verfahren. In allen Fällen sind bei Erreichen der Normverweildauer die Gesamtkosten gleich den Gesamterlösen.

Beginnen wir mit dem Fall b. Die sehr niedrigen *Grenzkosten* könnten als die zweckmäßige Obergrenze des Tagespflegesatzes erscheinen. Wäre der Pflegesatz höher, so ergäbe sich die Möglichkeit eines „Deckungsbeitrags": Es wäre günstiger, ein Bett belegt zu halten als es leer stehen zu lassen: Der Verlust wird vermindert. Ist die (für die Verteilung der Fixkosten relevante) geplante Gesamt-Bettenauslastung eines Krankenhauses erreicht, kann sogar ein (im Vergleich zum Verfahren (d) allerdings geringerer) Überschuß erzielt werden. Der niedrige Pflegesatz setzt eine entsprechend hohe Aufnahmegebühr voraus. Jeder folgende Tag bringt zwar die Grenzkosten, bedeutet aber aus der Perspektive der Krankenhausverwaltung den Verlust auf einen Überschuß (Dekkungsbeitrag), der sich durch eine Unterschreitung der Normalverweildauer erreichen ließe. Beim Überschreiten der Normverweildauer entsteht ein Falldefizit. Verengt man die Motive der Entscheidungsträger im Krankenhaus auf die modellanalytisch üblichen, so müßte sich hieraus eine *Tendenz zur Verkürzung der Normverweildauer* und eine *Tendenz zur Maximierung der Neuaufnahmen* ergeben. Die Wirkung ist um so drastischer, je mehr sich der Tagespflegesatz dem Wert Null nähert (Fall a).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

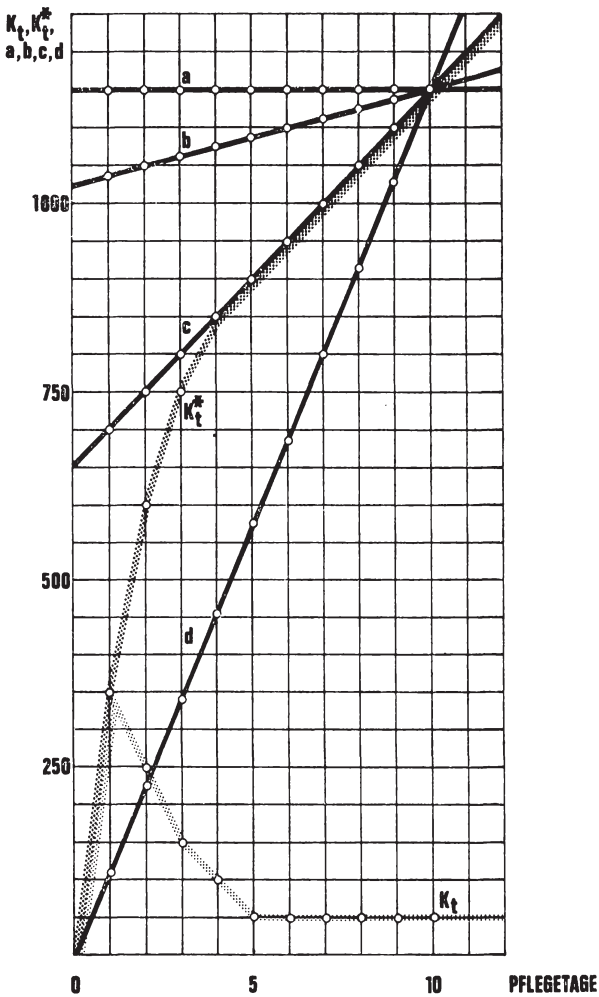

Abb. 1. Die Kosten je Tag K_t, die kumulativen Fallkosten K_t*, die Gesamterlöse bei den verschiedenen Ausgestaltungen der Pflegesätze a, b, c und d für einen Krankenhausfall mit einer Verweildauer von 10 Tagen. (Durch eine Veränderung der absoluten oder relativen hypothetischen Werte für K_t würde sich das Gesamtergebnis nicht ändern.)

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

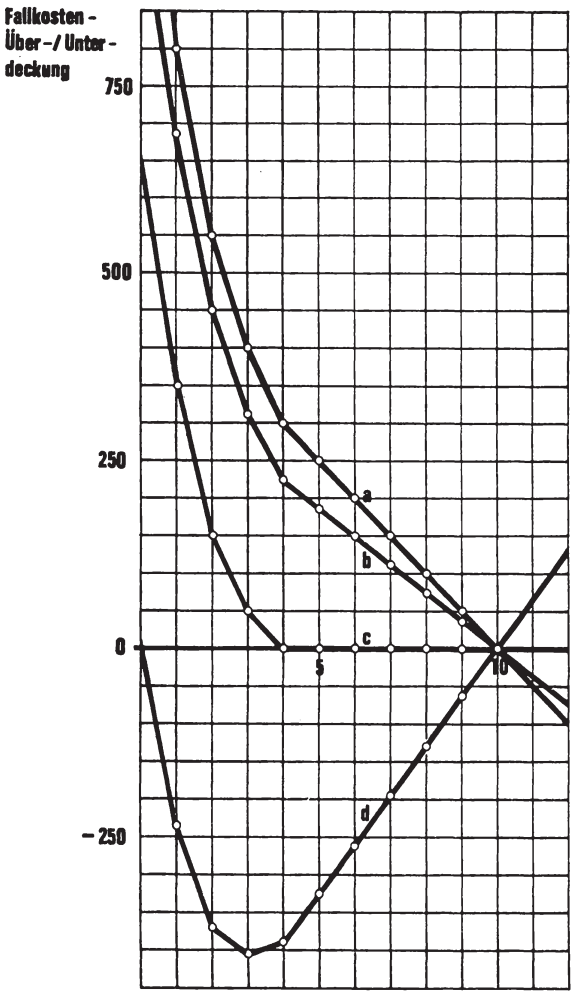

Abb. 2. Fallkosten-Über- bzw. -unterdeckung mit Normverweildauer von 10 Tagen bei den im Text beschriebenen Verfahren a, b, c und d.

Setzt man den Tagespflegesatz gemäß den *Durchschnittskosten des Rekonvaleszentenbettes* fest (Fall c), so ergibt sich eine gegenüber b (und a) niedrigere Einmalgebühr. Nach Erreichen der Rekonvaleszenzphase ergibt sich für den Krankenhausträger weder ein Überschuß noch ein Verlust. Ein (wenn auch schwacher) finanzieller Anreiz zur Verlängerung der Verweildauer ist (wie im Fall d) insofern gegeben,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

als — sofern die geplante Bettenauslastung (Kapazitätsauslastung) des Krankenhauses nicht erreicht ist — zumindest ein Deckungsbeitrag oder — nach Erreichen der geplanten Bettenauslastung — ein „Überschuß" in Höhe der Differenz zwischen den Durchschnittskosten des Rekonvaleszenten und den Grenzkosten erzielt werden kann. Ein (gegenüber Verfahren d allerdings viel schwächerer) *Anreiz zur Verlängerung der Verweildauer ist also auch hier gegeben, obgleich der Pflegesatz nicht die allgemeinen Durchschnittskosten, sondern nur die Durchschnittskosten des Rekonvaleszenten deckt.* Dieser Zusammenhang wird in der Diskussion um zweigeteilte Pflegesätze meist nicht hinreichend beachtet.

Wir haben schließlich den *Fall des allgemeinen Durchschnittskosten-Pflegesatzes* d, der keine Ausgliederung des Rekonvaleszentenpflegesatzes kennt. Bei diesem Pflegesatz wird erst bei Erreichen der Normverweildauer Fall-Kostendeckung erreicht. Jede Verkürzung der Verweildauer gegenüber der Normalverweildauer würde zu einem Verlust führen. Entsprechende Anreize entfallen also. Bei Überschreiten der Normalverweildauer ergeben sich dann allerdings gegenüber (c) stärkere Anreize zur Verlängerung der Verweildauer.

Hält man nun einerseits jeden Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer gegenüber der Normalverweildauer gesundheitspolitisch für unerwünscht, und will man andererseits das Entstehen von Deckungsbeiträgen jenseits der Normalverweildauer verhindern, würde sich *eine Kombination von zwei Pflegesätzen empfehlen, nämlich ein Durchschnittskostenpflegesatz für die Tage der Normalverweildauer und ein sehr niedriger Grenzkostensatz bei Überschreiten der Normalverweildauer.* Die Aufnahmegebühr müßte entfallen.

Aufschlußreich ist nun aber Abb. 2, die die Fall-Kostenüberdeckung bzw. -unterdeckung während der Normverweildauer zeigt. Der in der Praxis vorherrschende Einheitspflegesatz bietet in zweierlei Hinsicht Anlaß zur Verlängerung der Verweildauer: bis zur Normverweildauer, um Fallkostendeckung zu erreichen und darüber hinaus, um (beachtliche) Fall-Überschüsse (Deckungsbeiträge für andere defizitäre Leistungen, im Grenzfall Gewinne) zu erzielen. Die Verfahren a und b würden die Tendenz zur (gesundheitspolitisch erwünschten?) Verkürzung der Verweildauer begünstigen. Fall c ist relativ (d. h. mit der weiter oben dargestellten Einschränkung) neutral.

Die Hypothese der ausschließlichen Gewinn- und Kostenorientierung der Krankenhausentscheidungen ist allerdings so wenig plausibel, daß derartige modellanalytische Spekulationen nicht allzu viel Realitätswert haben können. Worauf es nur ankommt: Wenn man unterstellt, daß der einheitliche Pflegesatz einen ungünstigen Einfluß auf die Verweil-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

dauer hat, so lassen die vorangehenden Ausführungen zumindest *Zweifel* als nicht unbegründet erscheinen, *ob von zweiteiligen Pflegesätzen tatsächlich jene heilsamen Wirkungen ausgehen, die man sich von ihnen verspricht.* Indes könnte das Abweichen von den herkömmlichen einheitlichen Pflegesätzen auf das *Verhandlungsziel zwischen Krankenhausträgern und GKV-Kassen* und ihren Vereinigungen insoweit rationalisierend wirken, als die Kassen nicht nur einen möglichst niedrigen Pflegesatz auszuhandeln suchen, sondern von vornherein das im Sinne des Gesamtsystems sinnvollere Ziel, nämlich die Minimierung der Fallkosten, anstreben.

11. Grenzkostenpreise in der Krankenhauswirtschaft

Es ist in der einschlägigen Literatur mehrmals der Versuch gemacht worden, die in der ökonomischen Theorie, zumal im Rahmen der *Wohlfahrtsökonomik,* entwickelten Preisregeln (Grenzkostenpreisregeln) auf die Preisbildung in der Krankenhauswirtschaft zu übertragen. Der Versuch ist um so naheliegender, als für andere Bereiche der öffentlichen Wirtschaft, zumal die Energie- und Verkehrswirtschaft, derartige Versuche in unzähligen Varianten durchgeführt worden sind und teilweise die verkehrs- und energiewirtschaftliche Diskussion, zumal auf europäischer Ebene, beherrscht haben. Man könnte den Versuch in Hinsicht auf die Krankenhauswirtschaft sogar für besonders fruchtbar halten, weil das *Problem der „vollkommenen Umgebung" (Boiteux),* das dadurch entsteht, daß der preispolitische Marginalismus nur in einer Wirtschaft vollständiger Konkurrenz fruchtbar ist (oder allgemeiner: in der die Bedingung „Grenzkosten = Preis" durchweg erfüllt ist), hier nicht so relevant wird: Die Vorzüge der marginalistischen Pflegekosten kommen unmittelbar den Haushalten zugute und können nicht infolge monopoloider Strukturen in den nachfolgenden Produktionsstufen versickern.

Für den deutschsprachigen Bereich liegt ein entsprechender Ansatz von Uta Schellhaaß[83] vor, der — da er für derartige Versuche charakteristisch ist — im folgenden kurz skizziert und analysiert werden soll.

In einem modellartigen Ansatz unterstellt Schellhaaß, daß die Preise für jedes Krankenhaus einzeln fixiert werden und daß Krankenhausärzte außer ihrem Gehalt keinerlei Bezüge haben. Ferner sind alle Ärzte (zumal die einweisenden) über alle Krankenhauspreise informiert. Die entscheidende Modellbedingung ist, „daß jeder Arzt weiß, welche Kosten für seine Patienten entstehen, wenn er keine Krankenpflege erhält. D. h. er soll die Kosten einer medizinischen Versorgung zu Hause

[83] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme des Krankenhauses und seine Finanzierung . . ., a.a.O.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

kennen und — falls diese Versorgung für den Patienten schlechter als die Krankenhausversorgung ist — die Folgekosten (spätere Wiedererlangung der Berufsfähigkeit und immaterielle Schäden, z. B. Schmerzen)"[84].

Gesamtwirtschaftliche Optimalität wird gemäß Modelldiskussion realisiert, wenn die Preise gleich den Grenzkosten sind, die bei Schellhaaß als Alternativkosten verstanden werden.

Schellhaaß unterscheidet (a) den Fall der Unterbelegung, (b) den Bereich, in dem die Leistung durch Arbeitseinsatz gesteigert werden kann und (c) den Fall der maximalen Kapazitätsauslastung. Die *Grenzkosten bei Unterbelegung* (Fall a) setzen sich aus den allgemeinen Pflegegrenzkosten zusammen (die keine Personalkosten enthalten, da diese ohnehin anfallen), die für alle Patienten für alle Tage annähernd gleich sind (die besonders hohen Kosten der ersten Tage werden zwar erwähnt, aber in ihrer Besonderheit nicht berücksichtigt) und aus den „Grenzkosten der besonderen Leistung" (auch ohne Personalkosten), die diagnosespezifisch sind.

Im Falle (b) erhöhen sich die allgemeinen Pflegegrenzkosten und die Grenzkosten der besonderen Leistungen um die Kosten des zusätzlichen Arbeitseinsatzes. Fall (c) ist der *Fall der Kapazitätsgrenze,* in dem zunehmend Patienten abgewiesen werden müssen[85]. Da Uta Schellhaaß mit durchaus akzeptablen Argumenten unterstellt, daß das Angebot an Krankenhausbetten die Nachfrage bestimmt, wird der Zustand der Vollbelegung der normale sein.

In diesem Fall ist die rationale Lösung die, „daß die Krankenhausverwaltung nichts weiter tun muß, als so lange die Preise zu erhöhen, bis Nachfrage und Angebot ausgeglichen sind. Eingewiesen werden dann die Patienten, für die die Kosten der Behandlung zu Hause größer sind als der Preis der Krankenhausbehandlung", d. h., die am dringlichsten eingeliefert werden müssen. Von „Grenzkosten" kann man in diesem Fall nur sprechen, wenn man definiert, daß die *kurzfristigen Grenzkosten* an der Kapazitätsgrenze senkrecht nach oben verlaufen[86]. Der bekannte

---

[84] *Uta Schellhaaß,* a.a.O., S. 93.

[85] Übrigens ist es ein nicht beabsichtigtes Nebenprodukt der Argumentation Uta Schellhaaß', daß sie uns diesen Begriff der Grenzkosten als eigentliche Benutzerkosten zur Verfügung stellt: Man kann bei der Diskussion um einen „zweigeteilten" oder „dreigeteilten" Pflegesatz den Anteil der Benutzerkosten auf die „Grenzkosten", d. h. ohne Personalkosten beschränken. Vgl. in der vorliegenden Untersuchung den Fall b auf S. 45.

[86] Diese Bestimmung von „Grenzkosten" ist in der Literatur weit verbreitet und dennoch bedenklich. Ich unterstelle, daß die Grenzkostenkurve bei linearem oder annähernd linearem Gesamtkostenverlauf an der Kapazitätsgrenze abbricht und zum Ausgleich von Angebot und Nachfrage um einen Zuschlag (péage) erhöht wird. Vgl. zu diesem Problem *Theo Thiemeyer:* Die Bedeutung

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

verteilungspolitische Einwand, daß die Verteilung des knappen Gutes sich nach der Zahlungsfähigkeit richtet (was bei in irgendeinem Sinne „ungerechter" Einkommensverteilung nicht zu „optimalen" Ergebnissen führen kann), kommt bei Uta Schellhaaß nicht zum Zuge: Für die Einweisung ist nur der Vergleich der Kosten der Nichteinlieferung mit dem Preis erforderlich, ein Vergleich, den die einweisenden Ärzte durchführen und bei dem die Zahlungsfähigkeit (modellanalytisch gesehen) keinen Einfluß hat. Die Argumentation ist nicht ohne modellanalytische Plausibilität und dennoch nicht akzeptabel: Es wird unterstellt, (1) daß die Ärzte eine Art *Cost-Benefit-Analyse* der Nicht-Einweisung durchführen (einschließlich Schmerzen, immaterielle Werte, wenn man nach Manier der CBA konsequent ist: Verlust an volkswirtschaftlicher Produktivität usw.) und (2), daß alle Ärzte nach den *gleichen Bewertungskriterien* verfahren (wenn man spitzfindig ist: die zukünftigen Nachteile mit dem gleichen sozialen Zinssatz diskontieren).

Selektionskriterium ist nicht mehr der finanzielle Leistungswille — und indirekt die Einkommens- und Vermögensverteilung — des einzelnen, sondern der Grad der Dringlichkeit, der nach fachmännischem Rat des einweisenden Arztes festgelegt wird. Der Wettbewerb um die knappen Krankenhausbetten findet verwaltungstechnisch statt, wobei die vermeintliche Rationalität der Entscheidung durch eine CBA-ähnliche Kalkulation gesichert ist. Im Optimum sind die Grenzkosten gleich den *langfristigen Grenzkosten,* die bei Schellhaaß in Übereinstimmung mit der einschlägigen Literatur — und nichtsdestoweniger anfechtbar[87] — eigentlich nichts anderes sind als die minimalen Durchschnittskosten einer dem Bedarf optimal angepaßten Produktionsanlage. Entstehe bei Grenzkostenpreisbildung ein *Gewinn,* so sei das ein Indiz, daß das Angebot vergrößert werden müsse, ein Defizit sei ein Beweis für Fehlinvestitionen[88]. Kostendeckung sichere daher Optimalität. (Man könnte einwenden: Versteht man unter „langfristigen Grenzkosten" die minimalen Durchschnittskosten einer *zukünftigen,* dem Bedarf optimal angepaßten Anlage, so handelt es sich nicht um Fehlinvestitionen. Auch die Verpflichtung zur Vorhaltung von Reservekapazitäten, zu der die öffentliche Versorgungswirtschaft wie auch die Krankenhauswirtschaft verpflichtet ist, wirkt in die gleiche Richtung).

---

des Schreiberschen Kostentheorems für die Theorie der Preisbildung bei öffentlichen Unternehmen, in: Franz Greiß, Philip Herder-Dorneich, Wilhelm Weber (Hrsg.): Der Mensch im sozio-ökonomischen Prozeß, Festschrift für Wilfrid Schreiber zum 65. Geburtstag, S. 187 ff., hier S. 190 f.

[87] Es handelt sich um langfristige Durchschnittskosten, die von den langfristigen Grenzkosten abweichen können. Es sei eingeräumt, daß der von Uta Schellhaaß verwendete Grenzkostenbegriff für die Theorie der Preisbildung bei öffentlichen Unternehmen fruchtbar ist. Vgl. dazu *Theo Thiemeyer:* Das Schreibersche Kostentheorem . . ., a.a.O., S. 194 ff.

[88] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme . . ., a.a.O., S. 95.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wie bei allen marginalistischen Preismodell-Analysen, die schließlich in praktikable Rezepturen einmünden, erweist sich der sogenannte „Abbau des Abstraktionsgrades" als der restlose *Verzicht auf die Bedingungen.* Und die Ableitung aus dem Modell erweist sich nicht nur als überflüssig, sondern insofern als belastend, als man sich in endlose Diskussion verstricken lassen muß, ob und inwieweit von den „reinen" Bedingungen abgewichen worden ist. Die Argumente, die Uta Schellhaaß schließlich zum Zwecke der „praktischen Ausgestaltung" bietet, haben mit dem ursprünglichen wohlfahrtsökonomisch argumentierenden Marginalismus nichts mehr zu tun und sind — und soweit sie es sind, sind sie fruchtbar — Wirkungsanalyse: *Es kommt nicht auf die Bindung bestimmter Preisteile an bestimmte Kostengrößen an, sondern auf die Wirkung bestimmter Preisbildungs- und Tarifierungsverfahren.* Schellhaaß plädiert schließlich für „durchschnittliche Grenzkosten pro Fall" nach Diagnosekategorien. „Ein fester Preis pro Fall würde überdies Anreiz geben, die Verweildauer durch intensivere Pflege zu vermindern, wenn die Kosten pro Fall dadurch gesenkt werden können." Berechtigte Bedenken meldet sie selbst gegen eine solche Fallpauschale insoweit an, als sie zu einer unangemessenen Verkürzung der Verweildauer führen könnte und erwägt Modifikationen[89].

12. Der Pflegesatz gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPflV)

Solche Erwägungen zur Frage einer grundsätzlichen Reform der Pflegesätze haben aber — wie gesagt — nur Bedeutung für jenen engen Bereich der Experimente, den § 21 der BPflV offengelassen hat[90]. Die wesentliche Entscheidung ist zugunsten des an den Durchschnittskosten orientierten Pflegesatzes gefallen, aus dem die Investitionskosten eliminiert sind. Die *Bundespflegesatzverordnung* schreibt vor, daß die allgemeinen Krankenhäuser „entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit, insbesondere nach der ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der vorhandenen Fachrichtungen, der Bedeutung und des Umfanges der einzelnen Fachrichtungen und der medizinisch-technischen Einrichtung in Gruppen eingeteilt" werden (§ 11 Abs. 1 BPflV), wobei *9 Gruppen* vorgesehen sind. Die Landesregierungen bzw. die obersten Landesbehörden setzen *für die einzelnen Gruppen Höchstsätze für die Pflegesätze* fest (§ 13 BPflV). Für alle Krankenhäuser in diesen Gruppen setzt die zuständige Landesbehörde für die einzelnen Krankenhäuser die für

[89] *Uta Schellhaaß,* a.a.O., S. 94. Die konkreten Vorschläge Uta Schellhaaß' können hier nur in arg verkürzter Form angedeutet werden. Trotz aller Kritik an den preistheoretischen Passagen möchte ich betonen, daß ich Uta Schellhaaß' Analyse für eine der anregendsten deutschsprachigen Beiträge zu unserem Thema aus der Perspektive der ökonomischen Theorie halte.

[90] Vgl. *Harsdorf / Friedrich:* Kommentar zum KHG, Köln/Stuttgart/Berlin/Mainz 1973, S. 114.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

alle Benutzer — im Gegensatz zur bisher geltenden Regelung also auch für die Selbstzahler — gleichen Pflegesätze auf Grund der Selbstkosten fest (§ 16 Abs. 1 BPflV). „Für die Krankenhäuser, die innerhalb eines Versorgungsgebietes einem Leistungsverbund mit gemeinsamer Wirtschaftsführung angehören, kann ein einheitlicher Pflegesatz festgesetzt werden." An die Stelle der Festsetzung im Einzelfall können auch Pflegesatzstufen gesetzt werden. § 20 BPflV schreibt ein *kaufmännisches Rechnungswesen* vor, was dem allgemeinen Trend gegen die in ihrer Leistungsfähigkeit unterschätzten *kameralistischen Verfahren* entspricht. Für jedes Kalenderjahr ist ein Selbstkostenblatt der zuständigen Landesbehörde einzureichen.

Nun wird trotz aller Betonung von Kostengesichtspunkten usw. die *Festsetzung der definitiven Pflegesätze in entscheidendem Umfang ein politisches und soziologisches Problem* sein, bei dem die relativen Machtpositionen der beteiligten Gruppen, die taktische Geschicklichkeit der Verbandsfunktionäre und die persönlichen Fähigkeiten der Verhandlungsführer eine entscheidende Rolle spielen.

Nach der nunmehr gegebenen Rechtslage ergeben sich für die Beteiligten hinsichtlich ihrer *Pflegesatzpolitik drei Aktionsbereiche:* Einmal geht es um die Einordnung in die Krankenhausgruppen, dann um die Festsetzung der Höchstsätze für diese Gruppen und schließlich um die Fixierung der krankenhausspezifischen Pflegesätze innerhalb dieser Gruppen. Bei der Entscheidung über Anträge zur Einordnung in bestimmte Gruppen entscheidet die Landesbehörde nach Anhörung des „Ausschusses für Pflegesatzfragen", dessen „Einigungsergebnis ... bei der Eingruppierung zu berücksichtigen" ist. Der *Ausschuß für Pflegesatzfragen* besteht aus 6 Vertretern der Krankenhäuser, 5 Vertretern der Sozialleistungsträger und einem Vertreter der PKV (§ 15 BPflV). Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung bestimmen, daß an Stelle des Ausschusses für Pflegesatzfragen der Krankenhausträger und die Sozialversicherungsträger gehört werden (§ 12 BPflV).

Auch bei der *Festsetzung der Höchstsätze der Pflegesätze für die einzelnen Krankenhausgruppen* ist der Ausschuß für Pflegesatzfragen zu hören. Es fehlt die Bestimmung, daß ein eventuelles Einigungsergebnis bei der Entscheidung zu berücksichtigen ist. Formalrechtlich ist der Einfluß der Beteiligten auf die Gestaltung der Höchstsätze am schwächsten. Es bleibt abzuwarten, welche Usancen sich beim Festsetzungsverfahren und der Anhörung entwickeln.

Die Bedeutung des Einigungsverfahrens zwischen den beteiligten Krankenhausträgern und den Sozialleistungsträgern nach § 18 Abs. 1 KHG ist bei der Festsetzung der einheitlichen Pflegesätze in dem durch die Höchstsätze fixierten Rahmen am größten. Die Entscheidung bleibt bei

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der Landesbehörde, indes ist auch hier das Einigungsergebnis bei der Entscheidung zu berücksichtigen. Der Druck, sich zu einigen, wird durch die Einführung einer Sechswochenfrist verstärkt, nach deren Ablauf „die Pflegesätze nach Anhörung der Beteiligten" festgesetzt werden. Dem Vorschlag einer grundsätzlich kollektivvertraglichen Regelung zwischen Krankenhausträgern und den Trägern der Krankenversicherung ist der Gesetzgeber nicht gefolgt[91]. In der Begründung des Regierungsentwurfes zu § 18 wird das *Abgehen von dem bis dahin geltenden Genehmigungsverfahren* damit begründet, daß sich die Partner auf einen Pflegesatz hätten einigen können, der die Benutzerkosten nicht voll gedeckt hätte, was zu einer Verwendung der zu Investitionszwecken angewiesenen öffentlichen Mittel zur Abdeckung des Defizits hätte führen können.

Die Verhandlungen werden sich so abspielen, daß die Krankenhausträger die Selbstkostenrechnung ihrer Häuser vorlegen werden, worauf die Kassen „Zweifel an der Stichhaltigkeit einiger Positionen" äußern. Man wird sich schließlich *auf eine „richtige" Kostenrechnung einigen*[92]. *Kostenrechnungen in der Krankenhauswirtschaft* werden das sein, was sie in anderen Bereichen der Wirtschaft längst sind: Strategische Instrumente der Betriebs- und Verbandspolitik. Das hat nichts mit Verfälschung und Verschleierung zu tun, sondern ist lediglich Niederschlag der Tatsache, daß das Problem der Kostenzurechnung in einem viel größeren Umfang, als gemeinhin angenommen wird, das Ergebnis von Ermessensentscheiden ist[93]. Wie groß die *Ermessensentscheide* sind, wird erst im Konfliktsfalle deutlich. Keiner der Partner wird sich im Rahmen der Ermessensspielräume von vermeintlich „richtigen" Zurechnungen überzeugen lassen. Die Kostenrechnung der Krankenhäuser wird den Verhandlungspartnern und den Aufsichtsbehörden zweifelsohne in Zukunft ein Mehr an Information liefern. Aber weder wird das Verhandeln der Partner noch die Entscheidung der Landesbehörden durch eine betriebswirtschaftliche Kalkulation ersetzt werden können.

13. Das Problem der „Sonderleistungen" der Krankenhausträger

Wenn die neue Gesetzgebung im Prinzip also an dem allgemein als nachteilig erachteten einheitlichen Pflegesatz festhält, so hat anderer-

---

[91] *Herbert Harsdorf / Gottfried Friedrich:* Krankenhausfinanzierungsgesetz, a.a.O., Bd. 1, S. 130.

[92] Ähnlich *Siegfried Eichhorn:* Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, S. 258.

[93] Vgl. dazu *Theo Thiemeyer:* Grenzkostenpreise bei öffentlichen Unternehmen, Köln und Opladen 1964. Gleicher Auffassung *Siegfried Eichhorn:* Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, a.a.O., S. 246. Eichhorn hält einheitliche Kalkulationsvorschriften für unerläßlich. Aber auch hierdurch werden die „Ermessensspielräume" nur enger, beseitigt werden sie nicht.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

seits aber die sog. *Entkoppelung*, d. h. die Trennung der Entscheidung des Patienten für eine bestimmte Pflegeleistung (z. B. Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern) von der Entscheidung für eine bestimmte ärztliche Leistung (Behandlung als Privatpatient) pflegesatzpolitische Möglichkeiten eröffnet. Bisher war die Entscheidung für die 1. oder 2. Pflegeklasse mit der Entscheidung für die Behandlung als Privatpatient und damit das gesonderte Liquidationsrecht der leitenden Ärzte verbunden. Auch bei dieser Reform wird man die Wirkung auf die Nachfrage, das Angebot an solchen Leistungen und schließlich die verteilungspolitischen und gesellschaftlichen Konsequenzen dieser Finanzierungsform gegeneinander abwägen müssen.

In der Diskussion wurde die „kleine" von der sog. „großen" Entkoppelung unterschieden.

(a) Die *kleine Entkoppelung* sieht die Wahlfreiheit für die Privatbehandlung durch Krankenhausärzte nur für diejenigen vor, die gleichzeitig die besonderen Pflegeleistungen des Krankenhausträgers in Anspruch nehmen.

(b) Die *große Entkoppelung* räumt diese Wahlfreiheit auch jenen Patienten ein, die nur die allgemeine Station in Anspruch nehmen.

Zur *Durchsetzung des Anspruches aller Bürger auf die gleiche medizinische Behandlung* ist es unerläßlich, daß die Stationen, in denen gesondert berechenbare (nicht ärztliche) Pflegeleistungen des Trägers angeboten werden, je nach Art und Schwere der Erkrankung auch jenen Patienten offenstehen, die sich — aus welchen Gründen auch immer — nicht zur „freiwilligen" Mehrzahlung entschließen. Da aber in vielen Fällen die räumlichen Möglichkeiten der Anstalten, solche *gesonderten Leistungen* bereitzustellen, begrenzt sind, andererseits diese gesondert berechenbaren Leistungen nur dann und insoweit angeboten werden dürfen, als die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden, ergeben sich ernstzunehmende Konfliktmöglichkeiten.

(a) Hält man die in der einschlägigen Literatur eindeutig dominierende *Hypothese von der ausschließlichen oder doch vorherrschenden Ertragsorientiertheit der ärztlichen Leistung und der Leistung der Krankenhausträger* für eine trotz ihrer Einseitigkeit und psychologischen Dürftigkeit plausible Hypothese der Motive des Handelns im Krankenhaus[94], so muß das nunmehr gegebene Preissystem für Krankenhaus-

[94] Vgl. zu diesem Problem die grundsätzliche Untersuchung von *Werner Wilhelm Engelhardt:* Motivationsaktivierung und -steuerung bei Managern unter dem Einfluß alternativer Eigentumsformen in marktwirtschaftlichen und marktsozialistischen Ordnungen, in: Christian Watrin (Hrsg.): Information, Motivation und Entscheidung. Studien zum Vergleich von Wirtschaftssystemen, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 70, Berlin 1973, S. 165 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

leistungen den Gleichheitsanspruch der Bürger hinsichtlich der Versorgung mit Krankenhausleistungen gefährden.

(b) Die Tendenz zum Abschluß einer privaten *Zusatzversicherung* wird sich bei den Versicherten durchsetzen. Das um so mehr, als der psychische Widerstand gegen das Zahlen steigender Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auch mit wachsendem Einkommen zunimmt, die Bereitschaft zur Zahlung personenbezogener Zusatzverträge mit der Aussicht auf persönliche Besserbehandlung jedoch wächst. (Je nach gesellschaftspolitischer Perspektive mag man eine solche Entwicklung als Gewinn eines individuellen Freiheitsspielraumes begrüßen oder als Verlust von Solidarität, einen „entscheidenden Schlag gegen das Sachleistungsprinzip" oder als [kostspielige] Scheinbefriedigung von Individualisierungswünschen kritisieren, die nicht befriedigt werden können, da sich mit der tendenziellen Verallgemeinerung der Zusatzversicherung die Chance der zusätzlichen Leistung verflüchtigt.)

(c) Man wird unter dem Aspekt der Finanzierung die Vorzüge der „internen Subventionierung" und des „Abschöpfens der Konsumentenrente" abwägen müssen gegenüber den ebenfalls verteilungspolitisch relevanten Nachteilen der Steuerungswirkungen eines solchen Preissystems auf der Angebotsseite.

Die ursprüngliche Absicht der Bundesregierung, daß bei der Entscheidung für die Privatbehandlung sowohl im Zwei- als auch im Einbettzimmer zu den ohnehin erhöhten Pflegesätzen noch *Zuschläge für Sachkosten zugunsten des Krankenhausträgers* zugeschlagen werden sollten, ist auf Grund des Einspruches der Interessenten fallengelassen worden. Die Begründung des zuständigen Bundesministers für diesen zusätzlichen Zuschlag, daß Privatpatienten eine kürzere Verweildauer aufwiesen, so daß die Fixkosten auf einen kürzeren Zeitraum verteilt werden müßten, war denkbar unglücklich und anfechtbar[95]. Im Grunde genommen hätte aber gerade ein solcher Zuschlag für diejenigen, die sich als Privatpatienten behandeln lassen wollen, jenes Konzept verwirklicht, das oben — in vergröbernder Übertragung preistheoretischer Vorstellungen auf die Praxis der Krankenhauspreisbildung — als *„Abschöpfen der Konsumentenrente"* beschrieben worden ist. Gegen die Vorstellung, aus dem ärztlichen Liquidationseinkommen allgemeine Krankenhausaufwendungen finanzieren oder auch nur die Bezüge der im konkreten Fall an der Behandlung nicht beteiligten Ärzte erhöhen zu wollen, deuten sich in der Literatur bereits juristische Bedenken an.

Über die Ziele gemeinnützigen Wirtschaftens in Krankenhäusern in Übereinstimmung mit der in der vorliegenden Untersuchung vertretenen Auffassung: *Herbert Heseler:* Das Krankenhaus aus betriebswirtschaftlicher Sicht, in: Zeitschrift für Ganzheitsforschung, N.F., 15. Jg. Wien 1971, S. 32 ff.

[95] Dienst für Gesellschaftspolitik, 14. 12. 1972.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Sollten sich diese als stichhaltig erweisen, wäre das Problem der Abschöpfung der Konsumentenrente mit dem Ziel der Änderung einschlägiger Vorschriften noch einmal zur Diskussion zu stellen.

14. Das gesonderte Liquidationsrecht der Ärzte im System der Krankenhausfinanzierung

Das gesonderte Liquidationsrecht der Krankenhausärzte[96], die — wie es die Kritiker nannten — „Doppelrolle des Chefarztes als Beamter und Unternehmer"[97] hat in der Reformdebatte eine zentrale Rolle gespielt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat noch auf dem 7. Deutschen Krankenhaustag im Mai 1973 die Auffassung geäußert, daß das gesonderte Liquidationsrecht der Vergangenheit angehören werde. Und abstraktere preistheoretische Betrachtungen zur Frage des Pflegesatzes führten Uta Schellhaaß zu dem Schluß, daß „der Abbau der vielzitierten Chefarztpfründe, der einen großen Teil der Klagen gegen das Chefarztsystem und das ‚Klassenkrankenhaus' gegenstandslos machen würde, ... Voraussetzung für das Funktionieren jeden Preissystems auf dem Krankenhausmarkt" sei[98].

Die *Krankenhausgesetzgebung der Länder* indes *scheint durchweg an dem gesonderten Liquidationsrecht festhalten zu wollen.* Dabei haben zwei Argumente eine Rolle gespielt, auf die einige Gedanken zu verwenden unerläßlich ist. Einmal wurde die Auffassung vertreten, daß — soweit das überhaupt rechtlich möglich sein würde — der Ersatz des Liquidationsrechtes durch entsprechende Chefarzthonorare den Krankenhausträgern kaum zu bewältigende finanzielle Lasten aufgebürdet hätte, da die Bezüge der Krankenhausärzte sich in etwa an den möglichen *Einkommen der niedergelassenen Ärzte* orientieren müßten, um das Abwandern der besten ärztlichen Kräfte aus den Krankenhäusern zu verhindern.

Es zeigt sich hier einmal mehr, daß der Prozeß der *Honorarverhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen bzw. ihren Verbänden* für das gesamte System unserer medizinischen Versorgung eine zentrale und — da dieses System nicht funktioniert — eine verhängnisvolle Rolle spielt. Wie der Verfasser an anderer Stelle zu belegen versuchte[99], zeigt das System der Honorarverhandlungen für die

---

[96] Zum Problem der Chefarztverträge *Wilhelm Adam:* Modernes Krankenhaus, a.a.O., S. 108 ff.

[97] *Günter Windschild:* Gefahr für den Betrieb der Kliniken, in: Welt der Arbeit, 15. 6. 1973.

[98] *Uta Schellhaaß:* Ökonomische Probleme ..., a.a.O., S. 94.

[99] *Theo Thiemeyer:* Das ärztliche Honorar als Preis im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, XX. Jg. 1971, Heft 5,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Leistungen der ambulanten Versorgung eine Tendenz zur *zweifachen Dynamisierung:* Der Fehler liegt darin, daß sich die Verhandlungen nicht am Gesamteinkommen der Ärzte, sondern am Entgelt je Leistung orientieren. In Honorarverhandlungen wird mit — wenn auch vordergründiger — Plausibilität die Ansicht zur Geltung gebracht, daß die Einzelleistungsvergütungen zumindest in Anlehnung an die allgemeine Einkommensentwicklung erhöht werden müßten (was zu linearen Anhebungen der Einzelleistungsvergütungen der GOÄ führt)[100]. Gleichzeitig ermöglicht aber der medizinisch-technische Fortschritt Mehrleistungen des Arztes je Zeiteinheit. (Ärztlicherseits wird auf ärztliche Mehrleistungen und die wachsende Morbidität der Versicherten als Grund des Einkommenszuwachses hingewiesen.) Entscheidend ist jedenfalls, daß die Einkommen der niedergelassenen Ärzte stärker steigen als das Sozialprodukt, das Durchschnittseinkommen ähnlicher Berufsgruppen — oder welche Bezugsgruppe man auch wählen mag. Die hoffnungslose Distanz zwischen den Einkommen niedergelassener Ärzte und den besoldungsrechtlich gebundenen Einkünften der Ärzte in der Sozialverwaltung läßt beispielsweise keinerlei Hoffnung auf eine Beseitigung des Ärztemangels im öffentlichen Dienst zu[101]. Erweist sich das Einkommen der niedergelassenen Ärzte tatsächlich als der entscheidende Bezugsmaßstab für die Krankenhausärzte oder wird gar ein solcher Bezug als notwendig postuliert, ergeben sich wenig erfreuliche Perspektiven[102].

S. 131 - 134; *Theo Thiemeyer:* Entwicklung der Gesundheitsleistungen, deren Kosten und ihre Gründe, in: Die Betriebskrankenkasse, 59. Jg. Nr. 10, S. 253 bis 258.

[100] Erst in neuerer Zeit macht sich eine Tendenz zu „strukturellen" Erhöhungen der Einzelleistungsvergütungen bemerkbar, die zu einer relativen Verlangsamung der Vergütungen für überwiegend technische Leistungen führt und damit unserer vor zwei Jahren vorgetragenen Kritik, die auch in die WWI-Studie Eingang gefunden hat, Rechnung trägt.

[101] Nicht nur besoldungsrechtliche, sondern auch andere Faktoren, die hier nicht erörtert werden können, lassen den öffentlichen Dienst für den ärztlichen Nachwuchs als nicht attraktiv erscheinen.

[102] Eichhorn schreibt unter Bezug auf die Verhältnisse von 1971: „Um eine Vorstellung vom Umfang der gegenwärtigen Entlastung der Sozialleistungsträger durch die Zahlungen der stationären Selbstzahlerpatienten an die leitenden Krankenhausfachärzte zu gewinnen, sei folgende Beispielrechnung angestellt: Die Liquidationseinnahmen eines leitenden Krankenhausfacharztes, der 100 Betten betreut, davon 10 Betten für Selbstzahler, sollen jährlich 100 000 DM betragen. Selbst dann, wenn man davon ausgeht, daß dieser Arzt für die Betreuung der Selbstzahlerpatienten den dreifachen Zeitaufwand benötigt, subventionieren die Selbstzahlerpatienten dieser chirurgischen Abteilung die Sozialleistungsträger mit jährlich rd. 75 000 DM. Für das gesamte Bundesgebiet ergibt sich aus einer Hochrechnung bei rd. 460 000 Betten der allgemeinen Krankenversorgung damit eine jährliche Gesamtentlastung von rd. 350 Millionen DM. Dieser Betrag erhöht sich, wenn man mit höheren Liquidationseinnahmen rechnet und weiterhin auch die rd. 225 000 Betten der Sonderkrankenversorgung in die Rechnung einbezieht. Dabei ist anzunehmen,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Bei den bereits beschlossenen oder (Sommer 1973) vorliegenden Krankenhausgesetzen der Länder setzen sich folgende *Lösungen* durch:

1. Die Ärzte mit Liquidationsrecht haben mit wachsendem Liquidationseinkommen gemäß gesetzlicher Vorschrift einen wachsenden Anteil an die nachgeordneten Ärzte weiterzuleiten.

2. Ein Teil des Liquidationseinkommens fließt dem Krankenhausträger zu (als Nutzungsentgelt oder aber auch zur Abdeckung der allgemeinen Unkosten), der andere Teil fließt in einen Fonds, der gemäß Beschluß des ärztlichen Vorstandes bzw. des ärztlichen Direktoriums verteilt wird. Das Liquidationsverhältnis kann entweder zwischen dem liquidationsberechtigten Arzt unmittelbar vereinbart oder über den Krankenhausträger abgewickelt werden. Eigenartigerweise taucht der naheliegende Gedanke, daß angesichts des Mangels an Pflegekräften auch das pflegerisch tätige Personal mit in den Verteilungsprozeß einbezogen werden könne, nur selten auf[103].

15. Krankenhausärztliche und krankenhausschwesterliche Vereinigungen

Eine lebhafte Diskussion hat der Vorschlag Philipp Herder-Dorneichs zu einer „krankenhausärztlichen Vereinigung" ausgelöst[104], die — in Analogie zu den kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der ambulanten Behandlung — einerseits die Gesamtheit der Krankenhausärzte vertretende kollektive Vertragspartner der Kassen sein sollen, die Honorarverteilung durchführen und gegenüber der Öffentlichkeit den sog. Sicherstellungsauftrag übernehmen (in Analogie zu § 368 I RVO) sollen.

Wenngleich der Gedanke vom Hartmannbund[105] und vom Marburger Bund (Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands) aufgenommen und in etwas variierter Form propagiert und auch auf Veranlassung der Bundesärztekammer diskutiert[106] wurde, konnte er

---

daß Einnahmen in Höhe von 100 000 DM jährlich aus der Betreuung von zehn stationären Selbstzahlerpatienten noch unter dem Durchschnitt liegen." *Siegfried Eichhorn:* Krankenhausbetriebslehre, 2. Bd., S. 270.

[103] Eingehender hierzu *Wilhelm Adam:* Modernes Krankenhaus, a.a.O., S. 109 f.

[104] Vortrag *Philipp Herder-Dorneichs* auf dem „Symposium über Fragen der Finanzierung, Organisation und Struktur des Krankenhauswesens", Innsbruck, Januar 1969, im Wortlaut abgedruckt in der Veröffentlichung des Marburger Bundes mb-der arzt 1969, S. 121. Vor allem *Philipp Herder-Dorneich* unter Mitwirkung von *W. Gerdelmann* und *W. Kötz:* Honorarreform und Krankenhaussanierung, Berlin 1970.

[105] Zu den Ärzteverbänden vgl. die Hinweise bei *Marina Elisabeth Peffer,* Art. Ärzteverbände, in: Kleines Wörterbuch zur Arbeits- und Sozialpolitik, Freiburg i. Br. 1972, S. 12 ff.

[106] Vgl. Dienst für Gesellschaftspolitik Nr. 7/1970.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

sich in der tagespolitischen Praxis nicht durchsetzen. Dennoch werden sich einige Aspekte der Argumentation Herder-Dorneichs sehr bald als aktuell erweisen. Das gilt vor allem für die Erweiterung des zweigeteilten Pflegesatzes, der die bisherige Diskussion fast ausschließlich beherrschte, zu einer dreiteiligen Gliederung der Gesamtkosten. Dieser „dreiteilige Pflegesatz" umfaßt

a) *die Vorhaltekosten;*
b) die *gewerblichen Betriebskosten,* die die Kosten des Krankenhauses als „Pflegehotel" umfassen, einschließlich der Löhne und Gehälter des technischen Personals, des Verwaltungspersonals und des Reinigungs- und Küchenpersonals;
c) die *Dienstleistungskosten,* die Bezüge der Ärzte und des Pflegepersonals.

Die optimale Lösung des Finanzierungsproblems sah Herder-Dorneich

a) in der Übernahme der *Vorhaltekosten* durch die öffentliche Hand, vor allem in Verbindung mit den zentralen Planungsaufgaben,
b) in der Bestimmung der *Pflegesätze* (in einem eingeengten Sinne als Abgeltung für die Kosten des Krankenhauses als Pflegehotel verstanden), durch Verhandlungen zwischen Krankenhausträgern und Kassen, und schließlich
c) in der *Abgeltung der Leistung der Krankenhausärzte und des Pflegepersonals* durch eine Gesamtvergütung, die zwischen den Krankenkassen und den krankenhausärztlichen (bzw. krankenhausschwesterlichen) Vereinigungen vereinbart werden sollten. Die Kassen zahlen die „Gesamtvergütung" als Totalabgeltung an die Vereinigungen, die ihrerseits — nach im internen Entscheidungsprozeß bestimmten Schlüsseln — die Verteilung der Gesamtvergütung übernehmen. Der Vorschlag würde auf eine Ablösung der unmittelbaren arbeitsrechtlichen oder beamtenrechtlichen Bindung der Ärzte und des Pflegepersonals an den Krankenhausträger durch eine kollektivvertragliche Vereinbarung zwischen den krankenhausärztlichen Vereinigungen und den Kassen hinauslaufen und — dieser Gedanke, von Herder-Dorneich eher zurückhaltend behandelt, spielte in der öffentlichen Diskussion seitens der Ärzte eine bedeutende Rolle — ein Element der „Freiberuflichkeit" auch in den Bereich der krankenhausärztlichen Tätigkeit hineintragen.

Das Herder-Dorneich-Modell ist in der Folgezeit (zumal den Jahren 1969 - 1971) in zahlreichen Varianten diskutiert worden[107]. Die an

[107] Eine sehr gute Zusammenfassung möglicher kritischer Einwände bei *Siegfried Eichhorn:* Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, a.a.O., S. 273 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

die krankenhausärztlichen Vereinigungen zu zahlende Gesamtvergütung hätte sich z. B. aus Einzelleistungsvergütungen in Anlehnung an die GOÄ zusammensetzen können, hätte aber auch auf Fallpauschalen (nach Diagnosegruppen) oder personenbezogene Monatspauschalen (in „Auszahlungsquoten" und kollektivvertraglichen Sondervergütungen) abstellen können[108]. Der Verteilungsmodus innerhalb der krankenhausärztlichen Vereinigung wäre prinzipiell unabhängig gewesen von den Größen, aus denen sich die Gesamtvergütung zusammensetzt. Wenn die Diskussion inzwischen auch abgeklungen ist, so bleibt doch ein zentraler Ausgangspunkt der Erwägungen Herder-Dorneichs aktuell: nämlich seine *Hypothesen über die unterschiedliche Kostenentwicklung in den drei Kostenbereichen:*

a) Die *Vorhaltekosten* oder Investitionskosten (oder die entscheidende Bezugsgröße „Bettenwert") werden steigen. Ob sie gegenüber der allgemeinen Preis- und Kostenentwicklung überproportional steigen werden, ist für die aktuelle Pflegesatz-Diskussion nicht mehr aktuell, da sie im Pflegesatz nicht mehr enthalten sind.

b) Die *gewerblichen Betriebskosten* werden sich nach Ansicht von Herder-Dorneich in etwa an die allgemeine Preis- und Kostenentwicklung anlehnen.

c) Die *Kosten des Dienstleistungsbereiches* werden jedoch überproportional steigen, weil dieser Bereich relativ wenig rationalisierungsfähig ist[109].

In der Tat läßt sich feststellen, daß die Zahl der Ärzte je Patient gestiegen ist. Indes läßt dieser Index nicht unbedingt auf eine qualitative Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus schließen, weil sich das Verhältnis von höher qualifizierten Kräften zu weniger qualifizierten Kräften verschoben haben kann, d. h. also das Verhältnis von voll ausgebildeten Ärzten evtl. mit Facharztausbildung zu noch in der Ausbildung befindlichen Ärzten. Daß die Kosten im Dienstleistungsbereich des Krankenhauses überproportional steigen werden, ergibt sich auch infolge der u. a. von Siegfried Eichhorn[110] betonten Notwendigkeit, im *Krankenhaus die Sechstagewoche mit Zweischichtenbetrieb* sicherzustellen. Diese Forderung ergibt sich primär aus der „bedarfswirtschaftlichen" Funktion des Krankenhauses und wird nur mittelbar durch

---

[108] Eine reine Form der Einzelleistungsvergütung hielt *Herder-Dorneich* für unwahrscheinlich, eher ein „Mischsystem, bestehend aus Grundgehältern und Leistungs- und anderen Zulagen oder Aufschlägen." Vgl. dazu: „Wohin führt der ‚Herder'-Plan?", in: Arbeit und Sozialpolitik, 25. Jg. 1971, Heft 5 (Mai).

[109] *Philipp Herder-Dorneich* u. a.: Honorarreform . . ., a.a.O., S. 32.

[110] Das Krankenhaus 1971, S. 302, 1972, S. 82.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Kostenüberlegungen, wie Verkürzung der Verweildauer und optimale Auslastung hochwertiger medizinischer Aggregate erreicht. Man wird einerseits dem Krankenhauspersonal die Verkürzung der Arbeitszeit nicht vorenthalten, andererseits aber auch nicht das Wochenende am Freitag vormittag beginnen lassen können.

16. Zur möglichen Entwicklung der Krankenhausfinanzierung in der nächsten Zukunft

Worauf es in diesem Zusammenhang ankommt, ist die Tatsache, daß die Krankenhauspflegesätze zumal nach den gegenwärtigen Bestimmungen des KHG und der BPflV permanent im Verhältnis zur allgemeinen Einkommens-, Preis- und/oder Kostenentwicklung überproportional steigen werden. Wenn wir andererseits festgestellt haben, daß die Wendung *„sozial tragbare Pflegesätze"* des § 1 KHG keine verteilungspolitische Bedeutung hat, sondern sinnvoll nur *im Sinne von „politisch-optisch-opportun"* — in modernistischer Terminologie: „pragmatisch" — interpretiert werden kann, ergibt sich notwendig, daß die Krankenhauspflegesätze sehr bald nicht mehr „sozial tragbar" in dem rationalitätsfeindlichen Sinn des § 1 sind. Damit wird Herder-Dorneichs Frage wieder aktuell: *Welcher Mechanismus bietet sich auf Dauer zur Finanzierung der überproportional steigenden Kosten an?* Daß auch Sozialpolitiker wie Walter Auerbach[111], die aus einem völlig anderen Gedankenkreis schöpfen als Herder-Dorneich, frühzeitig auf das Konzept des dreigeteilten Pflegesatzes hingewiesen haben, sollte Veranlassung sein, das Problem rechtzeitig auf breiter Ebene noch einmal anzugehen: Die Frage, ob nicht auch ein *Teil der Personalkosten* aus anderen Quellen als den Pflegesätzen zu finanzieren sind — Auerbach verweist auf die öffentlichen Haushalte —, wird sich der Diskussion der kommenden Jahre aufzwingen[112].

17. Maßnahmen zur Einschränkung der Nachfrage nach Leistungen der Akutkrankenhäuser

Neben der Reform des Pflegesatzsystems werden vor allem folgende Maßnahmen zur Verkürzung der Verweildauer oder zur Einschränkung der Nachfrage nach Krankenhausleistungen erörtert:

---

[111] Vgl. dazu *Harald Clade:* Reformvorschläge zur Krankenhausfinanzierung, in: Berichte des Deutschen Industrie-Instituts zur Sozialpolitik, Jg. 3, 1969, S. 73 ff. Auerbach teilt in (a) Erstinvestitionskosten, (b) laufende Bereithaltungskosten und (c) Benützerkosten, wobei er in die „laufenden Bereithaltungskosten" einen Teil der Personalkosten mit einbezieht. (a) und (b) sollen aus dem öffentlichen Haushalt finanziert werden (*Clade*, a.a.O., S. 74).

[112] Kritisch dazu: *Siegfried Eichhorn:* Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, a.a.O., S. 271.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1. Abtrennung von *Intensivstationen* und *Rehabilitationsstationen* aus dem Bereich der Normal-Stationen[113], oder Trennung von Akutbetten und Nachsorgebetten;

2. Ausgliederung von *Langliegerabteilungen* oder Errichtung von *Langliegerkrankenhäusern;*

3. *halbstationäre Behandlung* in Tages- oder Nachtkliniken;

4. *ambulante Vor- und Nachbehandlung* durch die Krankenhausärzte und die Einrichtung nachstationärer Betreuungs- und Beratungseinrichtungen;

5. Einrichtung von *Nachsorgekliniken* als Einrichtungen des Akut-Krankenhauses und in enger räumlicher Verbindung mit diesem. Nach den Ergebnissen einer Prognos-Studie[114] soll sich die Verweildauer in den Akutbetten um 25 % senken lassen. Der Bettenwert in den Nachsorgekliniken wird in der Studie auf 40 000 DM im Vergleich zu 100 000 DM für das normale Krankenhausbett geschätzt.

6. Einrichtung von *Hostels,* in die die Patienten, die aus den Krankenhäusern entlassen sind, eingewiesen und von den Krankenhausärzten weiter behandelt werden können;

7. Ausdehnung des *Belegarztsystems,* wozu sich vor allem die kleinen Krankenhäuser eignen, die — entgegen der dominierenden Meinung der Krankenhausplaner — eine wichtige Funktion neben den allgemeinen Krankenhäusern haben könnten.

8. *Gruppenpraxen,* Gemeinschaftspraxen und Gemeinschaftslabors, die die diagnostischen Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzte erweitern und damit einen großen Teil der nur diagnostischen Zwecken dienenden Einweisungen vermeiden helfen könnten. Ob Gruppenpraxen zur Lösung der Probleme beitragen können, muß nach neueren us-amerikanischen Untersuchungen, auf die Elisabeth Liefmann-Keil verweist, als außerordentlich zweifelhaft erscheinen. „Die Erfahrungen mit den Gruppenpraxen zeigen, daß diese Organisationsform nicht das hält, was von ihr erwartet wird, weil die Voraussetzungen für ein erfolgversprechendes Verhalten in solchen Praxen nicht gegeben sind." Die Ärzte arbeiteten in Gruppenpraxen weniger. Die ökonomische Theorie des Gruppenverhaltens mache ein solches Ergebnis plausibel: „Die Arbeitsteilung und der gemeinsame Einkommenswert, die danach erfolgende Einkommensaufteilung, mindern den Anreiz zur eigenen Initiative. Die Tendenz,

---

[113] *Erwin Jahn:* Funktionsdifferenzierungen im Krankenhauswesen, a.a.O., S. 103 ff.

[114] „Eine medizinisch und wirtschaftlich positive Lösung zur Entlastung von Akutkrankenhäusern", Basel 1972. Dazu vor allem auch *Wilhelm Adam:* Modernes Krankenhaus, S. 51 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

zum Nutzen der Gruppe zu arbeiten, sinkt mit der Größe der Gruppe." Die Erwartung, daß es zu weniger Überweisungen in Krankenhäuser komme, werde nicht erfüllt[115]. Liefmann-Keil warnt nachdrücklich vor Gruppenpraxen.

Einige der wirkungsvollsten und schnell zu realisierenden Möglichkeiten, nämlich vor allem die ambulante Nachbehandlung und die halbstationäre Behandlung sind bisher am *Widerstand der Interessenvertretungen der Ärzte und am geltenden Kassenarztrecht gescheitert.* Das Kassenarztrecht läßt eine Beteiligung von Krankenhausärzten nur zu, „sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten" (§ 368 a, Abs. 8 RVO). Der jahrzehntelange Kampf der ärztlichen Interessenvertretungen gegen den Gedanken der — etvl. sogar kasseneigenen — *Ambulatorien* oder — realitätsnäher — die Einbeziehung der Krankenhäuser in die nicht-stationäre Versorgung mit ärztlichen Leistungen[116] wurde durch die neue Definition des Krankenhauses in § 2, die von der bisher gültigen PflegesatzVO von 1954 abweicht, erneut entflammt. Die Bundesärztekammer betrachtete es als Alarmzeichen, daß nach ihrer Meinung die Unterbringung und Verpflegung nicht mehr das „primär kennzeichnende Wesensmerkmal" sei.

Eine berechtigte Frage ist selbstverständlich, ob die Krankenhäuser und zumal die Krankenhausärzte überhaupt in der Lage sind, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen. Die Durchführung der ambulanten Nachbehandlung, die ohne jede Verzögerung ausgebaut und eingerichtet werden muß, ist selbstverständlich nur dann und insoweit akzeptabel, als sie mit einer Verkürzung der Verweildauer einhergeht.

Ist so einerseits das Eindringen der Krankenhausärzte in den Bereich der ambulanten Versorgung eine unausweichliche Maßnahme, der sich auch die Ärzteverbände heute nicht mehr verschließen und zu der sie auch konkrete Vorschläge liefern, so ist umgekehrt die Ausbreitung und *Förderung des Belegarztsystems,* also das Eindringen der niedergelassenen Ärzte in die stationäre Versorgung im Sinne eines integralen Systems von stationärer und ambulanter ärztlicher Behandlung durchaus zielführend[117]. Die Ausweitung des Belegarztsystems ist vor allem im Zusammenhang mit der Verwendung der *Kleinkrankenhäuser* wich-

---

[115] *Elisabeth Liefmann-Keil:* Erfahrungen mit Gruppenpraxen und Gesunderhaltungsorganisationen in den USA, in: Deutsches Ärzteblatt 1972, Nr. 5 v. 3. 2. 1972.

[116] Zur weiteren Diskussion um diese Frage vgl. u. a. *Harald Clade:* Krankenhausfinanzierung immer noch umstritten, in: Ärztliche Praxis 15. 6. 1971.

[117] Wenn man die politischen Ausfälligkeiten ärztlicher Verbandsorgane zu überlesen versteht, kann als Beleg gelten *Ferdinand Fuchs:* Krankenhäuser segeln auf der politischen Woge, in: Der niedergelassene Arzt, Juni 1973.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

tig, deren Zukunft insofern gefährdet ist, als die heute vorherrschenden Krankenhausplanungen Krankenhäuser nur ab einer Mindestgröße von 100 Betten für betriebswirtschaftlich vertretbar halten. Kleinkrankenhäuser sind nur dann nicht mehr akzeptabel, wenn jeder Träger den Ehrgeiz hat, sie technisch-medizinisch so auszugestalten wie allgemeine Krankenhäuser. Kleinkrankenhäuser können durchaus im Sinne von Bettenstationen, die von Belegärzten betreut werden können, „größere Bereiche der bisher dem Krankenhaus vorbehaltenen Diagnostik mit geringer Komplikationswahrscheinlichkeit übernehmen und so hochspezialisierte Kliniken nachhaltig entlasten"[118]. Die Angliederung solcher Bettenstationen an Gruppenpraxen kann durchaus fruchtbar sein. Indes ist zu prüfen, ob und inwieweit durch solche Maßnahmen mit finanzieller Förderung der öffentlichen Hand neue Bereiche monopoloider privatwirtschaftlicher Aneignung eröffnet werden.

Zusammenfassung

Es ging in der vorliegenden Untersuchung darum, *Gesichtspunkte für eine „optimale" Finanzierung* der Krankenhauswirtschaft zu gewinnen. Die klassische Betriebswirtschaftslehre kann für die Finanzierungsprobleme dieses gemeinnützigen (gemeinwirtschaftlichen) Betriebstyps keine Kriterien zur Verfügung stellen: Fragen des optimalen Verschuldungsgrades, der optimalen Selbstfinanzierung, der optimalen Ausschüttungspolitik usw. sind für weite Bereiche der gemeinwirtschaftlichen Betriebe irrelevant, ganz gewiß für die Krankenhauswirtschaft im öffentlichen und freigemeinnützigen Bereich. Die Krankenhauswirtschaft ist dadurch gekennzeichnet, daß in ihr nicht nur für die öffentlichen, sondern auch für die nicht-staatlichen gemeinnützigen Betriebe das *Rückgriffsprinzip* i. S. von Karl Oettle gilt, d. h. die Unternehmen können zur Sicherung ihrer betrieblichen Finanzwirtschaft auf öffentliche Haushalte zurückgreifen. Zentralproblem ist also: gibt es ein *„optimales Verhältnis" zwischen Finanzierung über öffentliche Haushalte und Finanzierung über den Preis.* (Finanzierung „über den Preis" meint hier im Sinne des erweiterten Finanzierungsbegriffs nicht nur „Selbstfinanzierung" als Eigenkapitalbildung, sondern Zuführung von Zahlungsmitteln überhaupt.)

Weiters: Finanzierung über den Preis meint nicht unmittelbare Finanzierung durch die Leistungsempfänger, sondern in der Mehrzahl der Fälle *mittelbare Finanzierung durch parafiskalische Gebilde* (Sozialversicherungsträger).

a) *Der Einfluß des Finanzierungsverfahrens auf die Nachfrage.* Wir kamen zu dem Ergebnis, daß sich die üblichen „Marktgesetze", d. h. die

[118] *F. Fritz:* Krankenhausprobleme . . ., a.a.O.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Annahme, daß defizitäre Preise Nachfrage provozieren, nicht auf den „Markt" der Krankenhausleistungen übertragen lassen. Weder provozieren defizitäre Pflegesätze oder vermeintliche Unentgeltlichkeit unangemessene Nachfrage, noch führen kostendeckende Pflegesätze zu einer gesundheitspolitisch und sozialpolitisch nicht akzeptablen Einschränkung der Nachfrage. Gegenüber dem Krankenhausaufenthalt bestehen wirksame Motivationsbarrieren, die — von Ausnahmefällen (z. B. Alterspflegefälle) abgesehen — die leichtfertige Inanspruchnahme verhindern. Zudem: Die Entscheidung über die Inanspruchnahme liegt nur zum geringsten Teil beim Empfänger der Leistung. Die These, daß mit steigendem Einkommen die Nachfrage nach Krankenhausleistungen steigt, ist nur als gesamtgesellschaftliche Hypothese richtig: Als Aussage über das individuelle Nachfrageverhalten ist sie falsch.

Vieles spricht für die verschiedentlich in der Literatur vertretene empirisch belegte Tatsache, daß sich das Angebot an Krankenhausbetten seine eigene Nachfrage schafft. Die Zahl der Einweisungen in einem Gebiet wächst mit der Zahl der Betten, die Verweildauer nimmt mit steigendem Bettenangebot zu: Die Auslastung vorhandener Betten ist mithin kein Investitionskriterium. Als Investitionsmotive spielen Prestigegesichtspunkte von Krankenhausträgern (Gemeinden, freigemeinnützige Träger), Krankenhausverwaltungen und Chefärzten eine entscheidende Rolle. Mit der Zentralisierung der Investitionsentscheidungen gemäß Krankenhausplanung der Länder verliert dieses Investitionsmotiv nicht an Bedeutung. Krankenhausinvestitionen dienen — so meint man — der Wähler-Stimmen-Maximierung. Krankenhausinvestitionen werden also nicht in erkennbarem Ausmaß von der Nachfrage (dem Bedarf) stimuliert, sondern die Initiative stammt aus dem Investitionsbereich.

Die Verweildauer läßt sich nach vorherrschender Meinung durch die ambulante Vor- und Nachbehandlung in Krankenhäusern drastisch kürzen, deren Zulassung von den Ärzteverbänden mit Hilfe des geltenden Kassenarztrechts bisher verhindert wurde. Die ambulante Vorbehandlung könnte Einweisungen zu diagnostischen Zwecken einschränken, die ambulante Nachbehandlung den Entlassungszeitpunkt der Rekonvaleszenten vorverlegen. Der Kostensenkung dienen — so meint man — die Ausgliederung von Rekonvaleszenz- und Langliegerabteilungen, ferner die Einrichtung von Hostels und Nachsorgekliniken.

b) *Der Einfluß des Finanzierungsverfahrens auf das Angebot.* Erweist sich also der unmittelbare Einfluß der Finanzierungsmethoden (einschließlich der Preisbildung) auf die Nachfrage als relativ gering, so wird im Gegensatz dazu das Angebot maßgeblich beeinflußt, und zwar in vielfacher Weise: Die *Teilfinanzierung über öffentliche Haushalte*

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

stellt der Absicht nach auf eine Korrektur des Investitionsverhaltens der Krankenhausträger ab: Standort, Betriebsgröße, Angebotsstruktur sollen aufeinander abgestimmt werden. Der *zweiteilige Pflegesatz* mit der Übernahme der Vorhaltung durch die öffentlichen Haushalte dient also der Angebotsregulierung. Zudem gibt es zwischen der Struktur und der Höhe des von den Sozialversicherungs- und sonstigen Sozialleistungsträgern bzw. Privatpatienten zu zahlenden Pflegesatzes und dem mengenmäßigen Angebot der Leistung einen unmittelbaren Zusammenhang: Bei *einheitlichem Pflegesatz* pro Tag trägt eine Verlängerung der Verweildauer dazu bei, einen Überschuß oder einen Deckungsbeitrag zur Abdeckung von Defiziten zu erzielen. Ob und inwieweit gespaltene Pflegesätze (z. B. Einmalgebühr nach Diagnosegruppen und relativ niedrige Tagespflegesätze) die medizinisch nicht begründete Verlängerung oder Verkürzung der Verweildauer verhindern, bedarf sehr subtiler Untersuchungen, die bisher nicht geleistet worden sind. Gerade *gespaltene Pflegesätze* dieser Art leisten — geschickt ausgenutzt — der versteckten Überschußerzielung Vorschub. Das Fehlen systematischer preistheoretischer Forschungen im Bereich der gemeinnützigen Angebotstechnik erweist sich auch in diesem Zusammenhang als verhängnisvoll. Der Verordnungsgeber war gut beraten, gegen alle Einwände vorläufig am einheitlichen Pflegesatz zumindest im Prinzip festzuhalten.

c) *Verteilungspolitische Aspekte der Finanzierungsverfahren.* Entgegen allgemein vorherrschender Meinung ist — ein einigermaßen funktionsfähiges System der sozialen Krankenversicherung mit einem wirksamen Solidarausgleich vorausgesetzt — der *kostendeckende Pflegesatz* verteilungspolitisch nicht nachteilig. Das gilt selbst für den Fall, daß — wie in der Bundesrepublik Deutschland — der im Prinzip ideale *Solidarausgleich* in seiner Wirksamkeit eingeengt wird durch die Beitragsbemessungsgrenze, vor allem aber die Versicherungspflichtgrenze und den verteilungspolitisch anfechtbaren Ausschluß der Höherverdienenden aus dem Solidarausgleich. Diese Mängel werden in Hinsicht auf die Nachfrage nach Krankenhausleistungen dann kompensiert, wenn man unterstellt, daß die Nicht-Mitglieder des GKV-Systems, die Krankenhaussonderleistungen und die Möglichkeit der Behandlung als Privatpatient in Anspruch nehmen, dem gesonderten Liquidationsrecht der Ärzte unterliegen. Auf diese Weise tragen sie in entscheidendem Umfang dazu bei, die Einkommenserwartungen der leitenden Krankenhausärzte zu befriedigen und damit — so jedenfalls die herrschende Meinung — die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser zu sichern. Ist — was von kompetenter ärztlicher Seite immer wieder versichert wird, nicht aber jenseits aller Zweifel ist — die medizinische Versorgung bei den Nicht-Privatpatienten nicht schlechter, so handelt es sich um das *Abschöpfen einer Konsumentenrente* mit der Wirkung einer internen Subventionie-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

rung. *Interne Subventionierung* (unterschiedliche Preise bei gleicher Leistung, oder gleiche Preise bei unterschiedlicher Leistung — z. B. einheitliche Tarifierung im Raum der Verkehrs- und Versorgungswirtschaft) ist ein klassisches Mittel gemeinwirtschaftlicher Preispolitik. Die ursprüngliche Absicht des KHG-Regierungsentwurfes, diejenigen, die sich für Privatliquidation entscheiden, zusätzlich mit einer Erhöhung des Pflegesatzes zugunsten des Krankenhausträgers zu belasten, war im Sinne dieser Technik der internen Subventionierung und des Abschöpfens der Konsumentenrente richtig. Die seitens der Regierung gebotene Begründung war allerdings unhaltbar.

Die *verteilungspolitisch relevante Entlastung der GKV-Patienten durch Übernahme der Investitionskosten auf die öffentlichen Haushalte* ist nicht so gewichtig, wie die Diskussion glauben macht. Sie beläuft sich (1972) auf maximal 0,4 Beitragsprozentpunkte. Die effektive Entlastung der GKV-Mitglieder ist insofern geringer, als sie in entscheidendem Umfang — die Undurchdringlichkeit der Inzidenzprozesse läßt nur begründete Vermutungen zu — zur Alimentierung des öffentlichen Haushalts beiträgt.

Der *Vorzug des kostendeckenden Pflegesatzes* wird in der vorliegenden Untersuchung nur in seiner verwaltungstechnischen Einfachheit gesehen. Es wird — abweichend von der herrschenden Literatur — hier nicht die Auffassung vertreten, daß Kostendeckung und Eigenwirtschaftlichkeit in der Gesamtwirtschaft den optimalen Einsatz der Produktionsfaktoren und verteilungspolitische Gerechtigkeit durch „richtige" Kostenanlastung gemäß Inanspruchnahme sichern. Defizitäre Preise können gesellschaftspolitisch effektiv, finanzierungstechnisch also „optimal" sein. Die Vermutung spricht generell für die öffentliche Finanzierung der Infrastruktur. Aber in Hinsicht auf den speziellen Fall der Krankenhausfinanzierung bewirken defizitäre Preise (Pflegesätze) weder eine gesundheitspolitisch erwünschte Stimulierung bestimmter Nachfrage (meritorischer Aspekt), noch einen gewichtigen gesamtgesellschaftlichen Solidarausgleich.

Trotz dieser Argumente ist ein kostendeckender Pflegesatz *politisch nicht durchsetzbar*. Da die Wendung in § 1 des KHG, es gehe um die Realisierung *„sozial tragbarer" Pflegesätze* — wie unsere Betrachtung zu belegen versuchte — ernsthaft nicht verteilungspolitisch gemeint sein kann, eher aber als ein Prinzip der politischen Optik oder genauer: der Verschleierung der Lastenverteilung, wird sich sehr bald zeigen, daß die Pflegesätze trotz der Übernahme der Investitionskosten auf die öffentlichen Haushalte sehr bald wieder nicht mehr „sozial tragbar" sein werden. Denn der am stärksten expandierende Kostenfaktor, die Personalkosten, sind im Pflegesatz enthalten. Der Druck der öffentlichen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Meinung wird sehr bald die Gewährung von laufenden Betriebszuschüssen erzwingen, was *die Diskussion um einen — irgendwie — dreigeteilten Pflegesatz wieder aktuell* werden lassen wird.

Tabelle 1

Bettendichte, Bettenausnutzungsgrad und Verweildauer in ausgewählten Ländern 1966

	Betten je 10 000 EW	Bettenausnutzungsgrad	Verweildauer insges.	Verweildauer darunter allg. Krankenhäuser
BRD	107,1	90,7	26,8	19,5
Chile	39,1	76,6	12,5	10,0
Dänemark	90,4	87,9	22,3	14,5
Finnland	106,0	91,6	26,9	13,4
Frankreich	80,3	84,9	37,4	21,1
Italien	99,2	79,3	22,6	14,7
Israel	74,7	94,0	20,3	9,6
Jugoslawien	60,4	89,0	18,5	14,3
Norwegen	91,8	92,4	25,3	15,3
Schweden	143,5	82,2	27,9	12,8
Schweiz	120,7	84,8	27,6	16,6
Sowjetunion	99,6	87,4	15,4	—
Tschechoslowakei	99,8	70,7	16,6	15,0
Ungarn	75,9	89,7	16,0	13.4
USA	85,2	83,3	17,5	9,1

Quelle: Wirtschaft und Statistik 1971, S. 95.

Tabelle 2

Durchschnittliche Verweildauer

$$\left(\frac{\text{Pflegetage} \times 2}{\text{Zugang} + \text{Abgang}}\right)$$

	insgesamt	akut	Sonder
1960	28,7	21,6	106,6
1961	28,6		
1962	28,7		
1963	28,2		
1964	27,7		
1965	27,4	20,0	90,2
1966	26,8	19,5	85,5
1967	26,4	19,3	84,5
1968	25,9	19,0	83,4
1969	25,3	18,6	81,8
1970	24,9	18,3	77,8
1971	24,3	17,9	75,4
öffentl.	25,0	17,4	96,2
freigem.	23,2	19,0	103,0
privat	24,3	14,5	35,2

Quelle: 1960 - 1964 Wirtschaft und Statistik 1971, S. 96.
1965 - 1971 Wirtschaft und Statistik 1973, S. 98.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3

Durchschnittliche Verweildauer und Bettenausnutzung in Akutkrankenhäusern

nach Bundesländern im Jahre 1971	Durchschnittliche Verweildauer	Betten-ausnutzung
Schleswig-Holstein	15,4	84,0
Hamburg	18,0	78,2
Niedersachsen	17,3	85,6
Bremen	17,5	87,3
Nordrhein-Westfalen	18,5	85,8
Hessen	17,0	87,6
Rheinland-Pfalz	17,5	84,9
Baden-Württemberg	16,9	86,0
Bayern	17,6	88,0
Saarland	18,7	80,4
Berlin (West)	25,2	90,8
	∅ 17,9	∅ 86,2

Quelle: Wirtschaft und Statistik 1973, S. 70.

Tabelle 4

Durchschnittliche Verweildauer in Fachabteilungen allgemeiner Krankenhäuser (für die Mehrzahl der Bundesländer erstmals für 1971)

Innere Krankheiten	22,4
Infektionskrankheiten	22,8
Säuglings- und Kinderkrankheiten	17,5
Chirurgie (einschl. Unfallverletzte)	17,7
Orthopädie	28,5
Urologie	17,9
Neurochirurgie	16,9
Zahn- und Kieferkrankheiten	12,9
Gynäkologie und Geburtshilfe	11,1
Entbindungsheim	9,4
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	7,9
Augenkrankheiten	15,8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	24,5
Röntgen- und Strahlenheilkunde	21,1
Tuberkulose	69,6
Psychiatrie (einschl. Heil- u. Pflegeanstalten)	32,7
Neurologie	25,8
Chronische Krankheiten und Geriatrie	147,7
Sonstige Fachabteilungen	12,6

Quelle: Wirtschaft und Statistik 1973, S. 100.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 5

Ausgaben der Gebietskörperschaften der BRD im Jahre 1971 in Mill. DM

	Insgesamt	Bund	Länder	Stadt-staaten	Gemeinden, Gemeinde-verbände
Krankenhäuser u. Heilstätten	7 373,2	18,6	802,7	1 140,1	5 411,9
Anstalten für Nerven- und Geisteskranke	1 040,6	—	289,3	74,6	676,8
Hochschul-kliniken	2 427,6	247,9	1 857,2	322,5	—

Quelle: Wirtschaft und Statistik 1973, S. 433.

Tabelle 6

Krankenhaushäufigkeit in der BRD (Zahl der Patienten, die in einem Jahr das Krankenhaus aufgesucht haben, in Beziehung zur Durchschnittsbevölkerung)

	Krankenhauszugänge je 10 000 EW
1960	1 248
1965	1 302
1966	1 329
1967	1 355
1968	1 399
1969	1 429
1970	1 461
1971	1 500
1972	1 515
davon Akut	1 342
Sonder	172

Quelle: Wirtschaft und Statistik 1973, S. 98 und 1974, S. 187.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 7

Planmäßige Betten, Bettendichte, Pflegetage und durchschnittliche Bettenausnutzung in den Krankenanstalten der BRD

	Planmäßige Betten am Jahresende in 1000	je 10 000 EW	Pflegetage Mill.	Durchschnittlicher Bettenausnützungsgrad Betten*
1960	583,5	104,6	198,6	93,2
1961	594,6		201,7	92,9
1962	604,9		203,5	92,2
1963	615,7		205,7	91,5
1964	619,4		207,9	92,0
1965	641,4	106,5	210,5	91,3
1966	640,4	107,1	212,1	90,7
1967	649,6	108,4	214,3	90,4
1968	665,5	110,1	218,0	98,8
1969	677,7	110,7	220,0	88,9
1970	683,3	112,0	220,8	88,5
1971	690,2	112,2	222,9	88,5
davon Akut	465,9	75,8	146,6	86,2
Sonderkrankenhäuser	224,3	36,5	76,3	93,2

$$* \frac{\text{Pflegetage x 100}}{\text{Planmäßige Betten x 365}}$$

Quelle: 1960 - 1964 Wirtschaft und Statistik 1971, S. 96.
1965 - 1971 Wirtschaft und Statistik 1973, S. 98.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 8: **Reinerträge der ärztlichen und zahnärztlichen Praxen in Relation zu gesamtwirtschaftlichen Daten***

Jahr	Bruttosozialprodukt in Milliarden DM	Volkseinkommen je Erwerbstätigen in DM	Bruttolohn u. Gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer in DM	Reinertrag je ärztlicher Praxis in DM	Reinertrag je zahnärztlicher Praxis in DM
1961	332,6	9 642	6 756	45 931	30 184
1962	360,1	10 359	7 388	48 420	34 083
1963	384,0	10 753	7 812	53 709	38 804
1964	420,9	12 019	8 531	58 139	43 347
1965	460,4	13 083	9 300	64 168	54 190
1966	490,7	13 924	9 966	74 830	76 950
1967	494,6	14 266	10 288	78 820	82 875
1968	538,9	15 786	10 912	84 236	90 754
1969	602,8	17 092	11 911	93 249	95 788
1970	679,0	19 222	13 659	103 414	105 055
1971	756,1	21 299	15 288	122 607	124 000

Meßzahlen

	1961 = 100	1966 = 100	1961 = 100	1966 = 100	1961 = 100	1966 = 100	1961 = 100	1966 = 100	1961 = 100	1966 = 100
1961	100		100		100		100		100	
1962	108,3		109,5		109,4		105,4		112,9	
1963	115,5		113,6		115,6		116,9		128,6	
1964	126,5		127,0		126,3		126,6		143,6	
1965	138,4		138,3		137,7		139,7		179,5	
1966	147,5	100	147,2	100	147,5	100	162,9	100	254,9	100
1967	148,7	100,8	150,8	102,5	152,3	103,2	171,6	105,3	274,6	107,7
1968	162,0	109,8	166,9	113,4	161,5	109,5	183,4	112,6	300,7	117,9
1969	181,2	122,8	180,6	122,8	176,3	119,5	203,0	124,6	317,3	124,5
1970	204,1	138,4	203,1	138,0	202,2	137,1	225,2	138,2	348,0	136,5
1971	227,3	154,1	225,1	153,0	226,3	153,4	266,9	163,8	410,1	161,1

* *Quelle* für die gesamtwirtschaftlichen Daten: Statistisches Bundesamt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-43464-0 | Generated on 2025-08-02 05:17:36
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/