

1. Angebotsinduzierte Nachfrage als gesundheitspolitisches Problem

1.1 Problemdarstellung auf dem gegenwärtigen Gesundheitsmarkt

Märkten für Gesundheitsleistungen werden wie kaum einem anderen Wirtschaftsbereich positive Wachstumsaussichten in den nächsten Jahrzehnten vorausgesagt. Trotz der günstigen Entwicklungsaussichten steht die in Deutschland übliche Form der Gesundheitsversorgung in der Kritik. Oft wird im Gesundheitswesen gehört, dass eine steigende Anzahl an Ärzten eine steigende Zahl von Patienten zur Folge hat. In England hat M. Feldstein die Aussage geprägt: „A built bed is a filled bed“. Als wesentliche Variable zum empirischen Nachweis arztinduzierter Nachfrage wird die Zahl der Ärzte pro Einwohner (Ärztedichte) verwendet. Steigt die Zahl der Ärzte bei konstanter Patientenzahl, so wird geschlossen, dass jede Arztpraxis Umsatzeinbußen hinnehmen muss. Dies kann Ärzte veranlassen, die Nachfrage hinsichtlich der Inanspruchnahmehäufigkeit und des Leistungsumfangs zu beeinflussen, um das Umsatz bzw. Honorarziel zu realisieren. Mit Daten aus dem Kanton Bern in der Schweiz kann die These der arztinduzierten Nachfrage stützen. In Gegenden mit einer höheren Ärztedichte werden mehr Arztbesuche mit höheren Behandlungskosten je Arztbesuch und je Fall festgestellt als in Gegenden mit geringerer Ärztedichte. In Bezug auf eine einzuführende Selbstbeteiligung wird abgeleitet, dass die Ärzte versuchen werden, Nachfrage zu induzieren, um einen von der Selbstbeteiligung ausgehenden Nachfragerückgang kompensieren zu können.¹

1.2 Besonderheiten von Gesundheitsleistungen

Der Begriff Gesundheitsleistungen lässt erkennen, dass es sich hierbei in aller Regel um Dienstleistungen handelt, denkt man z.B. an eine ärztliche Untersuchung oder die

¹ Vgl. Kern A.: Arztinduzierte Nachfrage in der ambulanten Versorgung Wissenschaftliche Arbeit Universität Augsburg S.16

Pflege in Krankenhaus. Daneben gibt es auch sachlich Gesundheitsleistungen, die man als Gesundheitsprodukte bezeichnen könnte. Hier sind z.B. Arzneimittel und die Heil- und Hilfsmittel zu nennen. Einen Schlüssel zur Erklärung des oben geschilderten Phänomens könnten die folgenden Einheiten liefern, die auf den Besonderheiten von Gesundheitsgütern beruhen:

- ✧ Es bestehen asymmetrische Informationsverteilung zwischen Anbieter und Nachfrager

Gesundheitsgüter sind Vertrauensgüter. Wegen dieser Eigenschaft wird den Anbietern im Gesundheitswesen häufig eine Anbieterdominanz zugesprochen. Der Arzt ist besser über die auf dem Gesundheitsmarkt verfügbaren Diagnose- und Therapieverfahren, die erforderlichen Leistungen und Medizinprodukte sowie deren Preise informiert. Zudem kann der Arzt das Ausmaß einer Krankheit besser einschätzen, und der Patient kann die Qualitäten des Arztes, der ärztlichen Leistungen und der sonstigen erforderlichen medizinischen Leistungen kaum beurteilen. Ein Patient, der seinen Arzt aufsucht, tut das nur aufgrund der Befindlichkeitsstörung. Sein Vertrauen in die Kompetenz des Arztes ist eine wichtige Voraussetzung für den Heilerfolg.²

- ✧ Gesundheitsleistungen sind ein Eventualbedarf

Die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat das Anreizsystem verändert. Der Versicherte hat keine Sparanreize mehr, da es die Grenzkosten der Inanspruchnahme von Leistungen erheblich senkt. Bei einer Vollversicherung „bezahlt“ der Patient eigentlich nur mit seiner Zeit für die ärztlichen Leistungen. Dies führt zu einer Ausweitung der Gesundheitsnachfrage. Diese Erscheinung wird häufig mit dem Schlagwort „Moral Hazard“ bezeichnet. Dabei kann diese Ausweitung in drei Teile unterteilt werden. Erster Effekt: Die Zahl der Krankheitsfälle nimmt mit dem Umfang des Versicherungsschutzes zu. So zeigen empirische Analysen, dass in Deutschland der GKV-Versicherte 11,3 mal pro Jahr einen Arzt sieht, während in den USA, wo der Umfang des

² Breyer F./ Zweifel P./ Kifmann M. : Gesundheitsökonomie Aufl. 4 2002 S. 310

Krankenversicherungsschutzes wesentlich geringer ist, diese Rate bei 3,5 liegt. Zweiter Effekt: Wenn ein Krankheitsfall eintritt, werden aufwendigere Gesundheitsleistungen vom Patienten im Falle des Versicherte nachfragt. Ist man nicht versichert, dann reicht der Hausarzt, ist man versichert, so geht man in eine Spezialklinik. Dritter Effekt: Anbieter von Leistungen und Gütern, deren Kosten der Nachfrager von Versicherungen ersetzt bekommt, reagieren auf die fehlende Gegenmacht der Nachfrager, erhöhen die Preise und bieten möglichst teure Lösungen an.

✧ Qualität von ärztlichen Leistungen ist schwermessbar.

Zwar hat man im Rahmen der Entwicklung medizinischer Fortschritten und der Lebensqualitätsmessinstrumenten versucht, einheitliche Bemessungskriterien zu konstruieren, sind diese jedoch aus verschiedenen Gründen ungeeignet: Erstens ist der Heilungserfolg schwer zu messen. Zweitens hängt er nicht nur vom ärztlichen Bemühen, sondern auch von vielen anderen Faktoren ab, z.B. die Selbstheilungskraft des Körpers. Und drittens kann bei vielen Erkrankungen der Arzt nur langfristig Erfolge erzielen. Dieser Punkt ist bei Preisbildung und Vergütungsform der Gesundheitsleistungen auch problematisch.

2. Theoretische Grundlage der angebotsinduzierten Nachfrage

2.1 Definition der angebotsinduzierten Nachfrage

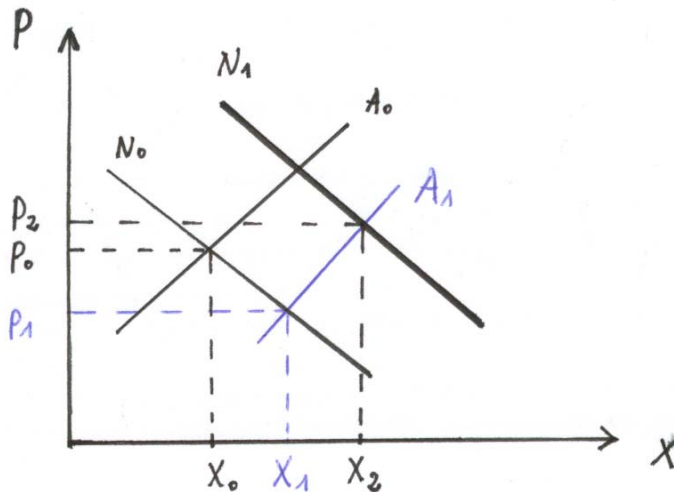
Die Unwissenheit der Patienten verleiht dem behandelnden Arzt die Möglichkeit, den Umfang und die Struktur der Nachfrage mit zu beeinflussen und möglicherweise den Patienten zu zusätzlicher Nachfrage zu veranlassen. So wird arztinduzierte Nachfrage gefasst als die Menge an Gesundheitsleistungen, welche ein Patient zusätzlich in Anspruch nimmt, im Vergleich zu der Leistungsmenge, die er gewählt hätte, wenn er über dieselben Informationen und Kenntnisse verfügt hätte wie der Arzt. Ähnlich wird definiert, dass arztinduzierte Nachfrage die Leistungsmenge ist, welche ein gut informierter Nachfrager nicht in Anspruch genommen hätte. Dies scheint der Tradition paternalistischen Arzthandelns zu entsprechen. Daraus ergibt sich, dass der Arzt in der

Lager ist und diese auch dazu nutzt, die Nachfrage eines Patienten nach Leistungen zu beeinflussen.

2.2 Graphische Darstellung

Entgegen der Grundlegenden neoklassischen Annahme unterstellt die Hypothese arztinduzierte Nachfrage, dass der Arzt in eigenem Interesse die Präferenzen des Patienten verändert. Dies verursacht im mikroökonomischen Modell eine Verschiebung der Nachfragekurve nach rechts und führt so zu einer Überfrage bei gegebenem Preis. Allerdings setzt dies voraus, dass der Patient die Handlung des Arztes weder beobachten noch beurteilen kann, und somit über keine andere Informationsquelle als den behandelnden Arzt verfügt.

Abbildung: Arztinduzierte Nachfrage



Aus der Abbildung wird deutlich, dass bei einer Erhöhung des ärztlichen Leistungsangebots von A_0 bis A_1 die Auslastung jedes Arztes sinkt und demnach der Preis ärztlicher Leistungen zurückgeht. Ein geringerer Geldpreis für ärztliche Leistungen führt zugleich dazu, dass die Nachfrager vermehrt Leistungen nachfragen und es somit zu einer rein durch den Preis bedingten Nachfrageerhöhung von X_0 auf X_1 kommt.

Im Modell arztinduzierte Nachfrage veranlassen ein verringerter Preis und eine damit verringerte Auslastung den Arzt dazu, seinen Einfluss auf die Nachfrageentscheidung der Patienten auszuüben, um Umsatzeinbussen zu kompensieren. Die Patienten werden veranlasst, ihre Nachfrage von N_0 auf N_1 zu erhöhen, wobei die Patienten sogar höhere Preise für die Leistungen in Kauf nehmen. Für arztinduzierte Nachfrage gilt, dass der Nettoeffekt von den Verschiebungen der Angebots- und Nachfragekurve nach rechts abhängt. Eine genügend starke Rechtsverschiebung der Nachfragekurve kann sogar zu einer Steigerung des Preises über den Ausgangspreis P_0 auf P_2 führen.³

2.3 Zieleinkommenshypothese

2.3.1 Ein Modell des ärztlichen Verhaltens

Es soll nun anhand eines analytischen Modells das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage untersucht werden: zunächst zum Modellrahmen. Betrachtet wird ein repräsentativer Arzt, dessen Ziel nutzenmaximierend ist. Ärztliche Behandlung und Patienten seien dabei homogen. Es gebe a identische Ärzte, und das Symbol t bezeichne die vom einzelnen Arzt geleistete Arbeitszeit als Anteil an seiner insgesamt verfügbaren Zeit ($0 \leq t \leq 1$). Die Region hat n Einwohner, und die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung jedes Einwohners m , sei eine monoton steigende Funktion des Ausmaßes der künstlichen Nachfrageschaffung durch seinen Arzt, die mit dem Symbol s ($s \geq 0$) bezeichnet wird:

Variablenübersicht:

n : Einwohnerzahl	a : Anzahl der Ärzte
r : Einwohnerzahl je Arzt	m : ärztliche Leistungen je Einwohner
y : Einkommen / Konsum des Arztes	y^* : Zieleinkommen
t : Arbeitszeit des Arztes	s : künstliche Nachfrageschaffung des Arztes
u : Nutzen des Arztes	h : ärztliche Leistung je Arzt

³ vgl. Schulenburg M. / Wolfgang G.: Gesundheitsökonomik Tübingen 2000 S. 159 ff.

In der Gleichung $m = m(s)$ mit $m_s = m'(s) > 0$ wird m Einheiten ärztlicher Arbeitszeit gemessen.

$r = n/a$ steht für Einwohnerzahl pro Arzt, also der Kehrwert der Ärztedichte, so lautet die auf den einzelnen Arzt entfallende Nachfrage nach seiner Arbeitszeit

$$h(r, s) = r m(s) \quad \text{mit} \quad h_s = r m_s$$

Das verfügbare Einkommen des Arztes y ergibt sich als Differenz zwischen seinen Honorareinnahmen und den Praxiskosten sowie den Steuern und wird hier ganz allgemein als eine monoton steigende und konkave Funktion seines Arbeitseinsatzes t geschrieben: $y = y(t)$

Argumente der Nutzenfunktion des Arztes seien neben dem Konsum y , den er positiv bewertet, seine Arbeitszeit t , die er negativ bewertet, und das Ausmaß, in dem er künstliche Nachfrage schafft s , auch dies bewertet er negativ. Wir schreiben daher:

$$u = u(y, t, s) \quad \text{mit} \quad u_y > 0 \quad u_t < 0 \quad u_s < 0$$

Der Arzt wählt also seinen Konsum y , seine Arbeitszeit t , und seine Nachfragebeeinflussung s so, dass er seinen Nutzen in $u = u(y, t, s)$ maximiert. Dabei muss er die Beschränkung $t \leq h(r, s) = r m_s$ beachten. Diese sagt aus, dass die tatsächlich vom Arzt geleistete Arbeitszeit nicht größer sein kann als die nachgefragte, während umgekehrt unbefriedigte Nachfrage existieren kann. Setzen wir diese Gleichung in die Nutzenfunktion ein, so können wir jene als Funktion eines einzigen Aktionsparameters, nämlich s , schreiben:

$$u = u\{y[h(r, s)], h(r, s), s\}$$

Die notwendige Bedingung für ein inneres Maximum von u lautet daher:

$$du / ds = y_t r m_s u_y + r m_s u_t + u_s = 0$$

Die Bedingung zeigt, dass die künstliche Nachfrageschaffung s so weit betrieben wird, bis der Grenznutzen des dadurch ermöglichten zusätzlichen Konsums durch das Grenzleid der zusätzlichen Arbeitszeit und die „Gewissensbisse“ infolge der Nachfrageschaffung selbst gerade aufgewogen wird.⁴

Durch komparative statistische Analyse kann man nun anhand der

⁴ Breyer F./ Zweifel P./ Kifmann M. : Gesundheitsökonomie Aufl. 4 2002 S.312 ff.

Optimalbedingungen untersuchen, welchen Einfluss eine Veränderung der gegebenen Parameter auf die Entscheidungsgrößen des Arztes hat. So z. B. eine Erhöhung der Ärztedichte, also eine Verringerung des exogenen Parameters r , auf die Menge der je Patient erbrachten Leistungen m auswirkt. Aus mathematischer Rechnung⁵ folgt, dass ohne weitere Annahmen über die Eigenschaften der hier auftretenden Funktionen u , m und y aus dem Nutzenmaximierungskalkül des repräsentativen Arztes nicht eindeutig ableitbar ist, dass die Leistungsmenge je Patient zunehmen wird, wenn die Ärztedichte steigt.

2.3.2 Modell der Zieleinkommenshypothese

Eine spezielle Annahme über die Nutzenfunktion des Arztes geht von der Überlegung aus, dass der einzelne Arzt bezüglich seines Einkommens ein Anspruchsniveau hat, das er unbedingt realisieren möchte. Ist dieses Zieleinkommen y^* unterschritten, so verlieren die beiden übrigen Zielgrößen, Arbeitszeit und Berufsethos, ihre Bedeutung; ist es dagegen erreicht oder überschritten, so stiftet zusätzliches Einkommen keinen zusätzlichen Nutzen. Diese Zieleinkommenshypothese wird durch folgende Annahmen formalisiert:

$$u_y(y, t, s) \begin{cases} > 0 & \text{falls } y < y^* \\ = 0 & \text{falls } y \geq y^* \end{cases}$$

$$u_t(y, t, s) \begin{cases} = 0 & \text{falls } y \leq y^* \\ > 0 & \text{falls } y > y^* \end{cases}$$

$$u_s(y, t, s) \begin{cases} = 0 & \text{falls } y \leq y^* \\ < 0 & \text{falls } y > y^* \end{cases}$$

⁵ siehe. Breyer F./ Zweifel P./ Kifmann M. : Gesundheitsökonomie Aufl. 4 2002 S 316

Hier ist zu sagen, dass ein inneres Optimum nur dann vorliegen kann, wenn das damit verbundene Einkommen y genau dem Zieleinkommen y^* entspricht. Damit aber ein inneres Optimum überhaupt existieren kann, muss die optimale Arbeitszeit t^* aufgrund der Umkehrfunktion zu $y = y(t)$ gelten: $t^* := y^{-1}[y^*] < 1$

Das Zieleinkommen y^* muss also bei gegebenem Konsumpreisniveau innerhalb der maximal möglichen Arbeitszeit erreichbar sein.

3. Alternative Einflussfaktoren auf angebotsinduzierte Nachfrage

Die Erklärung für angebotsinduzierte Nachfrage beruht auf der im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Hypothese, dass Ärzte ein bestimmtes Zieleinkommen anstreben und die ihnen von den Patienten delegierte Entscheidungskompetenz zu dessen Erreichung ausnutzen, indem sie medizinische unnütze und unwirtschaftliche Leistungen verordnen. Das gleiche empirische Phänomen kann aber auch andere Hintergründe haben.

3.1 Rückgang der indirekten Kosten und Zunahme der Qualität der Behandlung

Die Zunahme der Leistungsmenge bei steigender Ärztedichte kann auch auf die rationale Nachfrageentscheidungen der Patienten und damit auf eine Verschiebung der Nachfragekurve nach außen zurückgehen, wenn man bedenkt, dass die Inanspruchnahme medizinischen Leistungen für den Patienten mit indirekten Kosten verbunden ist. Zum einen werden mit der Eröffnung neuer Arztpraxen vor allem im ländlichen Raum die Zeit- und Wegekosten des Aufsuchens einer Arztpraxis im Mittel zurückgehen. Zum anderen wird auch die durchschnittliche Wartezeit im Wartezimmer verkürzt, wenn die Auslastung der Ärzte abnimmt. Schließlich wird auch die Beratungszeit je Patient wegen abnehmender Auslastung des Arztes ausgedehnt. Sofern die Patienten diese Erscheinung als wesentliches Qualitätsmerkmal ansehen, so

dürfen sie darauf mit einer Nachfrageausweitung reagieren.⁶

3.2 Beiderseitige Informationsunsicherheiten

Nicht nur, dass Patienten Informationen subjektiv verschieben aufnehmen und bewerten, auch der Zugang zu Informationen ist für Patienten eingeschränkt. Zwar gewinnt der Patient heutzutage mittels Informationsmittel immer größeres Verfügungswissen, kann er jedoch die gewonnenen Informationen kaum hinsichtlich der Relevanz für die eigene gesundheitliche Situation einordnen. Der Patient kann in der Regel weder nach Art oder nach Menge die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bestimmen, er ist doch kaum in der Lage, den privaten Nutzen von Gesundheitsleistungen zu erkennen.

Aus der Arztseite ist die Unsicherheit hier wieder auf die Eigenschaft von Vertrauensgütern zurückzuführen. Wie schon gesagt, dass die Qualität von Vertrauensgütern selbst durch Nutzung nicht festgestellt werden kann. Der geringe Grad an Sicherheit über die Qualitätseigenschaften eines Gutes resultiert im Wesentlichen daraus, dass sich die Qualität erst lange Zeit nach dem Kauf bzw. in einem unsicheren Zeitraum erfahren lässt. Für ärztliche Leistungen bedeutet dies, dass der Patient Co-Produzent seiner Gesundheit ist und eine wesentliche Rolle dabei spielt, inwieweit die ärztliche Leistung und damit die Therapie wirken. So ist es für Patienten auf Grund der vielfältigen Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis kaum möglich, die Qualität der ärztlichen Leistung getrennt zu beurteilen. Die unsichere Konsumtionstechnik des Patienten wirkt sich für den Arzt als Unsicherheit in der Produktionstechnik aus. Dieselbe Therapie kann bei zwei Patienten zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen führen. Nicht nur individuelle psychische und organische Unterschiede der Patienten beeinflussen dies, sondern auch deren Compliance. Für ärztliche Entscheidungen und Therapieplanungen besteht zudem eine beträchtliche Variationsbreite, wozu auch die Unsicherheit in der Diagnosestellung von Krankheiten zählt. So werden lediglich rund 20% der ärztlichen Entscheidungen auf

⁶ Breyer F./ Zweifel P./ Kifmann M. : Gesundheitsökonomie Aufl. 4 2002 S. 314

Grund harter Evidenz getroffen und davon ist wiederum nur in 20% der Fälle eine eindeutige Behandlungslösung vorhanden.⁷ Daraus folgt, dass der Arzt vor dem Dilemma steht, dass sie einerseits nach der besten Produktionsfunktion, der best-practice suchen, andererseits eindeutige Behandlungs- Technologien bezogen auf den einzelnen Patienten nicht verfügbar sind.⁸

3. 3 Gemischtes Versorgungssystem

In Deutschland gilt, dass der niedergelassene Vertragsarzt zugleich berechtigt ist, privatärztlich tätig zu sein. Ein solches vertragsärztlich und privatärztlich gemischtes System kann dazu beitragen, dass:

- GKV- Patienten Leistungen, die nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV sind, relativ leicht angeboten werden können, insbesondere dann, wenn der Arzt den sozioökonomischen Status des Patienten kennt.
- Infrastruktur und Ressourcen, die über die GKV finanziert wurden, dazu dienen, die Nachfrage nach privat angebotenen Leistungen zu erhöhen.

Erstes folgt den natürlichen und rechtfertigbaren Interessen der Ärzte, Einkommen zu erzielen. Diese Interesse wird begünstigt, wenn es dem Arzt möglich ist, einen Patienten von seiner „GKV- Praxis“ in seine „Privat- Praxis“ zu überweisen.

Die zweite Möglichkeit ergibt sich aus der ersten und bezieht sich darauf, dass der Arzt einen Anreiz hat, private Leistungen durch die vertragsärztliche Versorgung zu fördern. Dies ist dann denkbar, wenn die Infrastruktur für die GKV- Versorgung auch für die private Leistungserbringung genutzt werden kann. Bis auf die Finanzierung der Lesegeräte für Chipkarten und Finanzmittel für die Infrastruktur, die Ärztenetzen von Krankenkassen gewährt werden, sind auch in der GKV Aufwendungen für den Praxisbetrieb mit dem Honorar abgegolten.

Sonst ergäbe sich, dass der Input, wie Kosten für medizinische Geräte, in die private Praxis verringert werden kann und dadurch auch die Kosten der Leistungen für den

⁷ Prof. F. Porzolt 2002 Universität ULM und LMU München , mündliche Mitteilung

⁸ Adam H.: Ambulante ärztliche Leistungen und Ärztedichte Berlin 1982

Privatpatienten günstiger angeboten werden können. Sollte sich herausstellen, dass die privaten Behandlungsleistungen für den Patienten zu teuer werden, so kann in dem gemischten System jederzeit der Patienten in das GKV- finanzierte System „zurücküberwiesen“ werden.

Das gemischte System schafft eine gute Voraussetzung, den uninformatierten Patienten „abzuschöpfen“. Dieses Risiko hängt von der Art der Leistungen ab, welche als diejenigen Leistungen definiert werden, die aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegrenzt werden und damit vollständiger privater Finanzierung unterliegen. Nach Urteilen des Bundessozialgerichts, ist es nicht zulässig, dass ein Vertragsarzt medizinische Leistungen, welche zum Leistungsumfang der GKV gehören und im Rahmen der GKV erstattet werden, mit dem Patienten privatärztlich vereinbart und abrechnet. Dies ist selbst dann nicht erlaubt, wenn die Vergütung einer Leistung im vertragsärztlichen Bereich für den Arzt nicht kostendeckend sein sollte.

3.4 Vergütungsformen

3.4.1 Formen der Honorierung von ambulant tätigen Ärzten

Die Honorierung von Gesundheitsdienstleistungen stellt sich seit langem ein Problem dar. Welche Vergütungsform wird aufgenommen, hat direkt einen Einfluss auf die ärztlichen Leistungen.

Heutzutage verwendet man in der Bundesrepublik Deutschland vorwiegend Einzelleistungshonorierung. Im Grundsatz wirkt eine Einzelleistungshonorierung mangelexpansiv. In einer Gebührenordnung mit Einzelleistungsposition sind alle Preisrelation festgelegt und steuern so auch den Faktoreinsatz. Die Befürworter der Einzelleistungshonorierung schätzen an ihr vor allem ihre Leistungsbezogenheit: Arztpraxen, die relativ viele Leistungen erstellen, erhalten auch ein entsprechend höheres Honorar. Jedoch sollte nicht übersehen werden, dass bei der Einzelleistungshonorierung für den Arzt auch ein Anreiz besteht, besonders viel von den Leistungen zu produzieren, bei denen die Gebührensätze besonders stark die

Produktionskosten übersteigen und für deren Erstellung der Arzt selbst relativ wenig Zeit aufwenden muss.⁹ Die durch solche Honorierungsform induzierten ärztlichen Leistungen sind meistens weniger notwendig sogar überflüssig und sie können dazu führen, dass kostensparende Behandlungsmethode nicht gewählt werden, Doppelbehandlungen vorgenommen werden. Dies verschärft in großem Maßstab das Problem von angebotsinduzierter Nachfrage.

3.4.2 Entlohnung in Krankenhaus

Nach der Erläuterung von Vergütungsform für ambulant tätige Ärzte soll im folgenden Abschnitt die Entlohnung im Krankenhaus im Mittelpunkt stehen.

Grundsätzlich können Krankenhäuser aus fünf verschiedenen Quellen finanziert werden:

- aus allgemeinen Steuern
- aus Krankenkassenbeiträgen
- aus dem Prämienaufkommen von Privatversicherungen
- aus Spenden von Stiftungen und Privatpersonen und
- über Preise, die Patienten direkt entrichten

Laut Statistik sind von Gewicht allerdings vorwiegend Krankenkassenbeiträge (ca. 75%) und die Steuermittel (ca. 10%). Das heißt, in Deutschland hat sich eine duale Krankenhausfinanzierung herausgebildet: Die Investitionskosten werden aus allgemein Steuermitteln von Ländern finanziert, soweit das Krankenhaus im Krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden ist. Die variablen Kosten werden über Pflegesätze und Fallpauschalen durch die Krankenkasse finanziert.¹⁰

Um Krankenhaus zu bezahlen, können verschiedene Indikatoren herangezogen werden, So sind z. B.

- die Menge der eingesetzten Produktionsfaktoren (Arbeitszeit der Ärzte, medizinische Bedarf, Strom usw.)

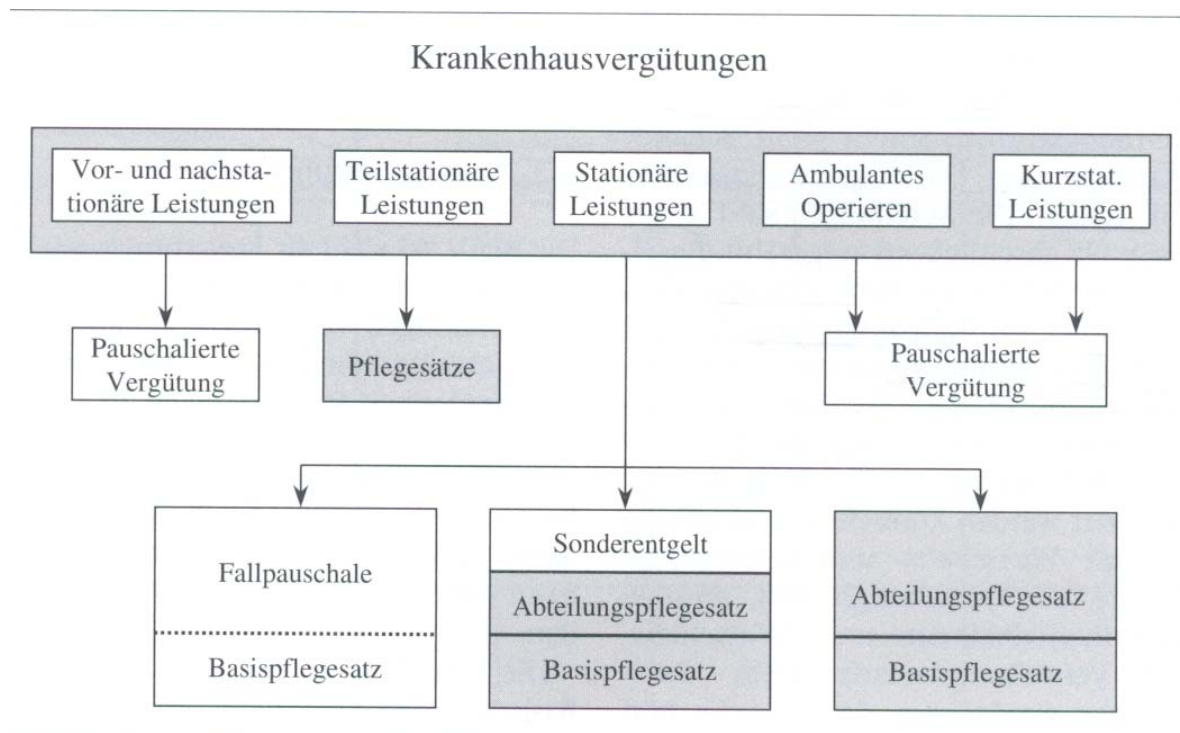
⁹ Schulenburg M. / Wolfgang G. : Gesundheitsökonomik Tübingen 2000 S. 154

¹⁰ Braun G. : Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung 1999 Stuttgart S. 19 ff.

- die Menge der erbrachten medizinischen bzw. pflegerischen Einzelleistungen (Untersuchungen, Operationen, Fiebermessen, Mahlzeit usw.)
- die Anzahl der Patienten eventuell differenziert nach verschiedenen Indikatoren oder Behandlungsarten
- die Anzahl der Pflgetage, eventuell differenziert nach der Intensität der Pflege (Basispflege, Normalpflege, Intensivpflege)

Nach welchen Kriterien das Krankenhaus entlohnt wird, bringen doch unterschiedliche Anreize auf das Verhalten des Krankenhauses. Zieht man die Pflgetage heran, so besteht eine Tendenz zu besonders langen Verweildauern. Dies gilt deshalb, da in der Regel am Tag der Einweisung die Kosten pro Tag relativ hoch sind und dann im Laufe der Zeit abnehmen, so dass das Krankenhaus um so größere Überschüsse erwirtschaftet, je länger der Patient im Krankenhaus liegt.

Abb. Das Vergütungssystem von Krankenhausleistungen nach BPflV'95



Quelle: Braun G. : Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung 1999 Stuttgart S. 28

Mit der Bundespflegesatzverordnung 1995 wurde der Pflgetag als

Abrechnungseinheit aufgegeben und durch Abteilungstage,¹¹ Basistage,¹² Leistungskomplexe¹³ und Behandlungsfälle abgelöst.

Die Einführung von Fallpauschalen gibt den Krankenhäusern Anlass, die Patienten schneller zu entlassen und sogar gegebenenfalls die Behandlungen eines Patienten in zwei oder mehrere Behandlungsfälle aufzuteilen. So werden mehrere „zusätzliche“ Nachfragen nach ärztlichen Leistungen künstlich gebildet, damit das Krankenhaus besser über die Krankenkasse finanziert wird.

Darüber hinaus ist ein Aspekt zu beachten, dass Krankenhäuser in der weit überwiegenden Mehrzahl nicht gewinnorientiert sind und demzufolge kein Eigeninteresse an einer kostenminimalen Produktion haben. Diese Eigenheit deutet darauf hin, dass die Leistungsmenge in der Regel nicht mit dem geringstmöglichen Einsatz volkswirtschaftlicher Ressourcen erstellt wird und es keine Anreize für Krankenhäuser besteht, sich ökonomisch effizient und medizinisch effektiv zu verhalten.¹⁴

4. Empirische Untersuchungen

Die Existenz arztinduzierter Nachfrage ist umstritten. Bislang konnte sie nicht zweifelfrei nachgewiesen werden.

4.1 Internationale Untersuchungen

Wenngleich es schwierig ist, die Hypothese von arztinduzierter Nachfrage empirisch zu testen, so wurden dennoch seit der ersten empirischen Studie zu diesem Thema (Evans, 1974), welche die Diskussion maßgeblich begründete, eine große Zahl von

11 Abteilungstage sind für alle bettenführenden Abteilungen die Abrechnungseinheit, sofern nicht Behandlungsfälle und Leistungskomplexe Vorrang haben.

12 Basistage werden für alle Patienten abgerechnet, außer für Fallpauschalen, die Basistage sind Indikatoren für die Basisleistungen.

13 Während Behandlungsfälle die gesamte Krankenhausleistung von der Aufnahme bis zur Entlassung beinhalten, decken die Leistungskomplexe in der Mehrzahl lediglich die Operationsleistung von der Einschleusung der Patienten in den OP-Trakt bis zu dessen Ausschleusung.

14 Breyer F./ Zweifel P./ Kifmann M. : Gesundheitsökonomie Aufl. 4 2002 S. 327

Untersuchungen zum Thema durchgeführt. Die Arbeiten von unterschiedlichen Forschern beruhen zumeist auf US-amerikanischen Daten und damit auch auf den spezifischen rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen. Im Ergebnis konnten die empirischen Untersuchungen und deren Interpretation bislang keinen eindeutigen Zusammenhang für eine arztinduzierte Nachfrage nachweisen. Methodische Unterschiede, keine einheitliche Definition des Begriffs arztinduzierter Nachfrage und keine übereinstimmende theoretische Analyse des Phänomens gelten als Gründe dafür. Allen Erklärungsmodellen arztinduzierter Nachfrage ist gemeinsam, dass die ärztlichen Leistungen auch hinsichtlich der Qualität als homogen betrachtet werden. Damit sind lediglich nicht beobachtbare Qualitätsunterschiede die Hauptursache für die Überprüfung mittels empirischer Daten.¹⁵

4.2 Untersuchungen in Deutschland

Untersuchungen, die sich auf Deutschland beziehen, kommen ebenso zu keinem eindeutigen Ergebnis. Zudem beziehen sich die Arbeiten zumeist auf den stark reglementierten Bereich der vertragärztlichen Versorgung. Eine steigende Arztdichte wird hier auch als relevanter Einflussfaktor auf die arztinduzierte Nachfrage gesehen. Die erste empirische Arbeit stammt von Borchert 1980¹⁶, der einen jeweils unterschiedlich stark ausgeprägten Anbietereinfluss in den verschiedenen Bereichen ärztlicher Versorgung, wie Beratung, Besuch, Laborleistung oder Röntgen ermitteln konnte.

Krämer konnte 1981 die These der arztinduzierten Nachfrage anhand der Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen in der GKV für die Jahre 1970 bis 1975 bestätigen. Es weist jedoch darauf hin, dass veränderte institutionelle Rahmenbedingungen es nicht zulassen, dieses Ergebnis auf einen anderen Zeitraum zu übertragen. Zudem weist er auf nicht verfügbare oder kaum verlässliche Angaben zu Einkommen, Umsatz und

15 Newhouse J.: The Economics of Medical Care 1978 S. 60

16 Borchert G. : Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/ Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte Forschungsbericht Band 25 1980 Bonn

Patientenzahlen der niedergelassenen Kassenärzte.¹⁷

Breyer bestätigt die Ergebnisse von Borchert und Krämer in der Tendenz, wenn auch deutliche Unterschiede in den Schätzkoeffizienten zu beobachten sind. So zeigen die Daten auf Ebene der Bundesländer, dass die Auslastung der Ärzte auch bei steigender Arztdichte unverändert bleibt.¹⁸

Aus AOK-Daten für Bremen, Hamburg, und Niedersachsen konnten Adam und Mühlenkamp¹⁹ ermitteln, dass die Ärztedichte, bestimmt durch die Pro- Kopf-Inanspruchnahme und das Angebot an Krankenhausbetten, bedeutungslos ist. Sie konnten jedoch nachweisen, dass die Spezialisierung der Ärzte entscheidend war. So wurden bei zunehmender Spezialisierung der Ärzte mehr und teurere Leistungen erbracht.

Breyer (1986) kommen anhand von Daten der AOKen Niedersachsen, Hamburg, Bremen und Baden- Württemberg zu dem Ergebnis, dass arztinduzierte Nachfrage über die Zeit instabil ist. Zudem konnte kein Unterschied hinsichtlich Fachärzten und Allgemeinärzten ermittelt werden.

Pohlmeier und Ulrich²⁰ (1995) konnten einen positiven Einfluss der Arztdichte auf die Nachfrage nach Arztleistungen bei Allgemeinärzten, jedoch nicht bei Fachärzten nachweisen. Demgegenüber ermitteln Andersen und Schwarze²¹ (1977) eine Nachfragebeeinflussung bei Fachärzten und weniger bei Allgemeinärzten. Beide Untersuchungen unterscheiden sich in der Wahl der Datensätze. Andersen und Schwarze arbeiten mit Daten des Sozi-ökonomischen Panels (SOEP) für 1987 und 1994, Pohlmeier und Ulrich mit SOEP- Daten für 1985. Inwieweit eine größere

17 Krämer W. : Eine ökonometrische Untersuchung des Marktes für ambulanten kassenärztliche Leistungen (Zeitschrift für die gesamte Staatwissenschaft) 1981

18 Breyer F.: Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Eine empirische Analyse von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung Berlin 1984

19 Adam H. / Mühlenkamp H. : Einflussgrößen der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen Universität Hannover 1984

20 Pohlmeier W. / V. Ulrich: An Econometric Model of the Two- Part Decision-making Process in the Demand for Health Care 1995

21 Andersen H. / Schwarze J. : Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb? Diskussionsbeitrag des Berliner Zentrums Public Health 1997

Informationsasymmetrie zwischen Patient und Facharzt sowie Allgemeinarzt die Möglichkeit der arztinduzierten Nachfrage beeinflusst, ist jedoch unklar.

Mit diesen unterschiedlichen Ergebnissen kann arztinduzierte Nachfrage für Deutschland kaum überzeugend nachgewiesen werden.

5. Fazit

Vom Erkennen der Probleme bis zu ihrer Lösung ist es ein weiter Weg. Es wird zu prüfen sein, ob und mit welchen Maßnahmen eine verbesserte Steuerung des Nachfrager - und des Anbieterverhaltens auf dem Arztleistungsmarkt erreicht werden kann.

Zur Eindämmung der angenommenen arztinduzierten Nachfrage könnte es von Interesse sein, ein Vergütungssystem mit stärkerer Pauschalierung einzuführen. Dies würde für Ärzte einen Anreiz schaffen, nicht mehr Leistungen zu erbringen als erforderlich. Zudem werden durch eine Pauschalierung die Preisrelationen in geringerem Maß verändert. Der Faktoreinsatz kann so auch weniger exogen beeinflusst werden. Wird der Arzt so entlohnt, dass er sein individuelles Optimum genau dann erreicht, wenn er mit den volkswirtschaftlichen Ressourcen, über die er kraft seiner Schlüsselrolle entscheidet, effizient umgeht, so ist Problem der Wirtschaftlichkeit gelöst.²²

Im Gesundheitswesen kommt dem Verbandswesen eine besonders große Bedeutung zu. Zur Bewertung ärztlichen Leistungen sollten Berufsverbänden im Auftrag von Staat und Krankenkassen über die Qualität und Sinn medizinischer Leistungen sowie erreichbare Behandlungsergebnisse informieren. Gleichzeitig haben die Berufsverbände die Aufgabe einheitliche Qualitätskriterien und dessen Standardpreis zu setzen, um zur Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz, und zum Abbauen der Informationsasymmetrie zwischen Ärzten und Patienten.²³

Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen erfolgt in stark regulierten Märkten. Der

²² Breyer F./ Zweifel P./ Kifmann M. : Gesundheitsökonomie Aufl. 4 2002 S. 324

²³ vgl. Schulenburg M. / Wolfgang G. : Gesundheitsökonomik Tübingen 2000 S.132

Versicherte hat bei Vollversicherungsschutz keine Sparanreize. Die Behandlungskosten werden voll von der Krankenkasse übernommen. Es behauptet, dass die Verteilung der Gesundheitsleistungen zum „Nulltarif“ die Patienten zu einer übermäßigen und damit suboptimalen Ausdehnung ihrer Nachfrage veranlasse. Als Lösung dieses Problems wird vielfach die Einführung einer Selbstbeteiligung der Patienten an den Behandlungskosten angesehen. Versicherte haben einen Anreiz, eine hohe Menge an medizinischen Leistungen nachzufragen, deshalb sollten sie einen Teil der Kosten selbst tragen.

Vor dem Hintergrund des Einkommensinteresses des Arztes sollten Gemeinschaftspraxen nur dann zugelassen werden, wenn die Versorgung durch die Zusammenarbeit verschiedener Fachärzte in räumlicher Einheit die vermuteten Defizite in Folge arztinduzierter Nachfrage überkompensieren. Die bisherige Trennung der Facharztgruppen wirkt dämpfend auf arztinduzierte Nachfrage, da bei Überweisungen und Konsilien der überweisende Arzt kein Einkommen generiert.

Solange dies nicht gelingt, kann arztinduzierte Nachfrage zweifelfrei existieren und die Souveränität des Patienten nicht vollständig hergestellt werden.