



Nr.4/86

vom 01.10.1986

KOSTENDÄMPFUNGSPOLITIK IM GESUNDHEITSWESEN 1977 - 1984
KRITIK DER WIdO-BILANZ DER ZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Paul J. Müller

Kürzlich hat das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen - WIdO - eine

"Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977 - 1984"

vorgelegt, die einer empirisch abgesicherten Beurteilung der Kostendämpfungsinstrumente dienen sollte.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Bilanz ist die Aussage, daß die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung in den Jahren 1977 - 1984 effektive Kostendämpfungsbeiträge geleistet haben.

Nicht zugestimmt werden kann jedoch der Bilanz der zahnärztlichen Versorgung, bei der die Aufgaben und Wirkungen der Selbstbeteiligungsregelungen vom WIdO weder zutreffend beschrieben noch angemessen gewürdigt werden.

Die Annahme, die Selbstbeteiligungen beim Zahnersatz seien nicht steuerungswirksam, nur Kostenverlagerungen und deshalb wie (beitragssatzsteigernde) Leistungsausgaben der GKV zu betrachten, konnte empirisch nicht abgesichert werden.

Umso mehr kommt dem WIdO-Vorschlag von Modellversuchen zur empirischen Untermauerung der Steuerungswirkung von mehr Selbstbeteiligung und ihrer sozialen Tragbarkeit eine besondere Bedeutung zu.

Redaktion: Dipl.-Volksw. P. J. Müller

Abstract

THE RESULTS OF COST-CONTAINMENT POLICY IN THE
FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY 1977 - 1984
A CRITICAL APPRAISAL OF THE BALANCE OF DENTAL CARE

by

Paul J. MÖLLER

Research Institute for Dental Care (FZV)

A evaluation of cost-containment policy in the Federal Republic of Germany in 1977 - 1984 was recently published by the Research Institute of the National Federation of Local Sickness Funds (WIdO).

This report describes the main results of the WIdO-study and criticizes the conclusions drawn for oral health care as grossly misleading. The dispute mainly centers on the controversy about the effect of cost-sharing on the utilization of dental care and on dental expenditure.

Whereas the WIdO-study is assuming that coinsurance has no effect on the demand for dental care, this report demonstrates that there is considerable evidence - both nationally and internationally - of significant effects.

Both publications agree on the necessity to further investigate the costs and benefits of coinsurance within the dental health care delivery system in the Federal Republic of Germany.

FZV-Information No. 4/84 (October 1, 1986)

edited and published by

RESEARCH INSTITUTE FOR DENTAL CARE

West Germany

Universitätsstraße 73

D-5000 Köln 41

ISSN 0175-8667

Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977 - 1984
Kritik der WIdO-Bilanz der zahnärztlichen Versorgung

Dipl.-Volksw. P. J. Müller

Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen - WIdO - hat soeben sein im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung des DGB erstattetes Gutachten "Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977 - 1984" einer breiteren Öffentlichkeit vorgelegt.⁽¹⁾

Bereits als unveröffentlichtes Manuskript wurde es zur wissenschaftlichen Untermauerung von gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen von Verbänden verwandt. So bei der Vorstellung des Konzepts der "Strukturierten Budgetierung" des AOK-Bundesverbandes auf dem Presseseminar vom 10. - 11. Oktober 1985 in Maria Laach⁽²⁾ und bei der Präsentation der Vorschläge des DGB zur Strukturreform im Gesundheitswesen im März 1986 in Düsseldorf⁽³⁾.

Gründe genug, die vorgelegten Ergebnisse insbesondere über den zahnärztlichen Versorgungsbereich vorzustellen und kritisch zu würdigen.

Ziel der Untersuchung war die "empirisch abgesicherte Beurteilung der Kostendämpfungs-Instrumente". Hierzu sollten 5 Fragen beantwortet werden:

- "1. Inwieweit gab es Abweichungen von dem Ziel der Beitragssatzstabilität, welche Ursachen haben sie gehabt und welche Versichertenkollektive sind im besonderen Maße davon betroffen?"
2. Welche Kostenverlagerungseffekte hat die Kostendämpfungspolitik mit sich gebracht, und wie verteilen sich diese Effekte auf einzelne Versichertengruppen?

...

3. Haben auch die Leistungserbringer einen Beitrag zur Kostendämpfung geleistet?
4. Inwieweit ist es gelungen, die einzelnen Ausgabenbereiche einnahmenorientiert wachsen zu lassen?
5. Hat die Kostendämpfungspolitik wettbewerbliche Auswirkungen im gegliederten System der GKV gehabt?"

Nicht auf alle Antworten, die in dieser Untersuchung gegeben werden, kann und soll hier eingegangen werden. Dazu ist auch die Qualität der empirischen Evidenz zu unterschiedlich.

Gesamtwirkungen der K-Gesetze

In einem qualitativ ausgerichteten Kapitel werden zunächst die verschiedenen die GKV betreffenden Gesetze und die darin enthaltenen Maßnahmen seit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27.06.1977 beschrieben. Für den zahnärztlichen Versorgungsbereich fällt hierbei auf, daß die Deskription der gesetzlich induzierten Maßnahmen etwa Ende 1984 aufhört und auch die Änderung der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz vom Oktober 1985⁽⁴⁾ nicht mehr zutreffend dargestellt wird, was auch unter dem Gesichtspunkt der retrospektiven Betrachtung der Jahre 1977 - 1984 nicht von geringer Bedeutung ist, da sich in den von den Selbstverwaltungen gemeinsam getragenen Richtlinienänderungen auch bestimmte Wertungen des Vergangenen widerspiegeln.

In einem statistischen Teil werden dann die "Kostendämpfungswirkungen" der Kostendämpfungsgesetze in der GKV zusammengestellt. Fazit: "Die direkten Belastungen der Krankenkassen durch die sogenannten K-Gesetze (beliefen sich) allein im Jahre 1984 auf 14,7 Mrd. DM. Die Beiträge der GKV könnten heute um 2,1 %-Punkte niedriger liegen, stände ihr dies Geld noch zur Verfügung." (vgl. Tabelle 1)

Keines der sogenannten "K-Gesetze" (KVKG, KVEG und andere) war deshalb ein reines Kostendämpfungsgesetz, jedes brachte

Tabelle 1: Direkte Belastungen der Krankenkassen 1977 - 1984 in Mio. DM

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Rückzug der GRV aus der KVdR	2.364	4.966	6.311	7.865	9.454	9.520	10.945	12.385
Streichung des Bundeszuschusses für die KV der Studenten	-	-	-	-	-	58	92	95
Streichung des Bundeszuschusses für arbeitslose Jugendliche	-	-	-	-	-	13	13	-
Streichung des Bundeszuschusses für die AOK Berlin	-	-	-	-	-	80	80	80
Beitragskürzungen bei Arbeitslosen	-	-	-	-	-	400	460	420
Ausweitung des KVdR-Belastungsausgleichs auf die Bundesknappschaft	-	-	-	-	-	-	-	890
SV-Anteil für Krankengeldzahlungen	-	-	-	-	-	-	-	605
Übernahme der TBC-Behandlung von der GRV	-	-	-	-	-	-	-	270
	2.364	4.966	6.311	7.865	9.454	10.071	11.590	14.745

Quelle: WIdO

der GKV neben Entlastungen auch neue finanzielle Belastungen. Darüber hinaus wurden die gesetzlich verordneten kostendämpfenden Maßnahmen durch die Auswirkungen einer "Politik des Verschiebebahnhofs" weitgehend neutralisiert. Der Staatshaushalt hingegen wurde insbesondere durch den Rückzug der Rentenversicherung aus der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner entlastet.

Beiträge zur Kostendämpfung in der GKV

Um zu prüfen, ob sich die Ausgabenentwicklung 1977 - 1984 in den Leistungsbereichen gemäß dem bisherigen Konzept der "einnahmenorientierten Ausgabenpolitik" bewegt hat, wurde für die vorgelegten Modellrechnungen die Grundlohnentwicklung für jede Kassenart retrospektiv erneut berechnet. Grundlage hierfür war allerdings nicht die KVdR-Ausgleichsverordnung⁽⁵⁾, sondern ein Verfahren, das alle aktiven Mitglieder (inklusive Studenten und Praktikanten) umfaßt. Der so berechnete Modellgrundlohn fällt dadurch geringer aus als der offiziell berechnete.

Diesem so berechneten Modellgrundlohn und seinen Steigerungsraten wurden die Leistungsausgaben pro Mitglied gegenübergestellt. Gemäß dem Konzept der "einnahmenorientierten Ausgabenpolitik" markieren die Steigerungsraten der Grundlöhne die Obergrenze für das Ausgabenwachstum bei stabilen Beiträgen. Diese wird als "oberer Expansionsrahmen" bezeichnet und allen weiteren Analysen der Entwicklungen zwischen 1977 und 1984 zugrunde gelegt. Stellt man nun die tatsächlichen Leistungsausgaben je Mitglied den theoretischen gegenüber, die entstanden wären, wenn die Ausgaben in den Jahren 1977 bis 1984 wirklich so gewachsen wären wie die Grundlöhne, so ist eine Bilanzierung über alle Leistungsbereiche hinweg und für einzelne Leistungsbereiche möglich. Hierbei wird von der Beitragssatzpolitik, aber auch von Änderungen des Leistungsumfangs völlig abstrahiert. Alleiniger Maßstab ist das Ausgabenwachstum, das die Beitragssatzstabilität in der GKV nicht gefährdet hätte.

Acht Jahre "Strukturierte Budgetierung"

Insgesamt gesehen waren die Leistungsausgaben der GKV im Zeitraum 1977 - 1984 um 3 Mrd. DM höher, als nach einer grundlohnorientierten Ausgabenpolitik es der Fall hätte sein dürfen (vgl. Schaubild 1). Dies ist insgesamt eine recht bescheidene Abweichung vom Konzept der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, bedenkt man die absolute Höhe der Leistungsausgaben der GKV in den acht Jahren von 1977 - 1984.

Die Differenzierung der Gesamtbilanz nach den verschiedenen Leistungsbereichen zeigt jedoch die real eingetretenen Verschiebungen in den Leistungsausgaben der GKV in den Jahren 1977 - 1984 auf. Die Entwicklung der Leistungsausgaben für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung und weniger für Arzneimittel verlief deutlich unterhalb der Grundlohnentwicklung, während die Ausgaben für stationäre ärztliche Behandlung und für Heil- und Hilfsmittel deutlich über der Grundlohnentwicklung lagen.

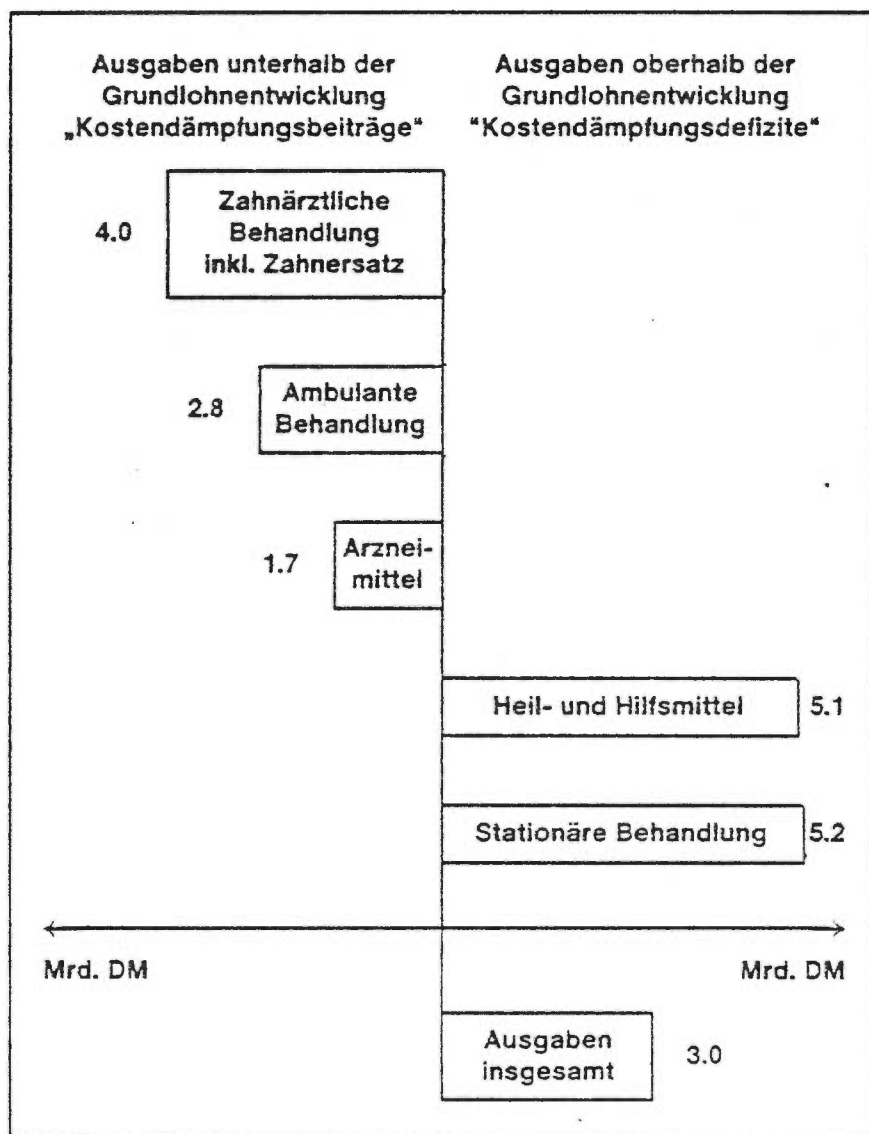
Wenn "einnahmenorientierte Ausgabenpolitik" die Bindung der Ausgaben der einzelnen Leistungsbereiche an die Grundlohnentwicklung bedeuten sollte, und "strukturierte Budgetierung" die unterschiedliche Behandlung der einzelnen Leistungsbereiche und weiteren Unterteilungen dieser Leistungsbereiche beabsichtigt⁽⁶⁾, dann hat es in den acht Jahren von 1977 - 1984 tatsächlich schon eine "strukturierte Budgetierung" gegeben - wenn auch ohne explizite gesundheitspolitische bedarfs- und ergebnisorientierte Zielsetzung, eher zufällig als geplant.

Kostendämpfungsbeiträge und -defizite

Zur Beantwortung der Frage, ob sich im Verlaufe der Jahre 1977 - 1984 die Leistungsausgaben der GKV für die einzelnen unterschiedenen Leistungsbereiche jeweils entsprechend der Grundlohnentwicklung ("oberer Expansionsrahmen") gemäß dem Konzept der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik entwickelt haben, wurden für jedes Jahr Überschreitungen oder Unterschrei-

Schaubild 1

Tatsächliche Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV 1977 - 1984 in den verschiedenen Leistungsbereichen im Vergleich zur Entwicklung der Grundlohnsumme (gemäß Modellrechnung)



Quelle: WIdO

tungen dieses oberen Expansionsrahmens berechnet. Ein Überschreiten des oberen Expansionsrahmens hätte beitragsatzerhöhende, ein Unterschreiten beitragsenkende Impulse verursacht.

In Schaubild 2 sind zunächst die Ergebnisse dieser Berechnungen für die ambulante ärztliche und die zahnärztliche Behandlung (ohne Prothetik) dargestellt. Für den ambulanten ärztlichen Bereich wird deutlich, daß die Ausgabenentwicklung zwischen 1977 und 1983 durchgehend unterhalb der Grundlohnentwicklung verlief, mit einer Angleichung dieser Entwicklungen im Jahre 1984.

Ähnliches gilt für die Ausgabenentwicklung für die zahnärztliche Behandlung (ohne Prothetik), allerdings mit einer sich leicht öffnenden Schere zwischen Grundlohnentwicklung und Ausgabenentwicklung seit 1981. Diese beiden Leistungsbereiche waren deshalb in den Jahren 1977 - 1984 "beitragsatzschonend", von ihnen gingen keine Impulse für Beitragssatzerhöhungen aus.

Sehr viel unruhiger verlief die Ausgabenentwicklung im Bereich der prothetischen Versorgung gemäß den Rechnungsergebnissen der GKV (vgl. Schaubild 3).

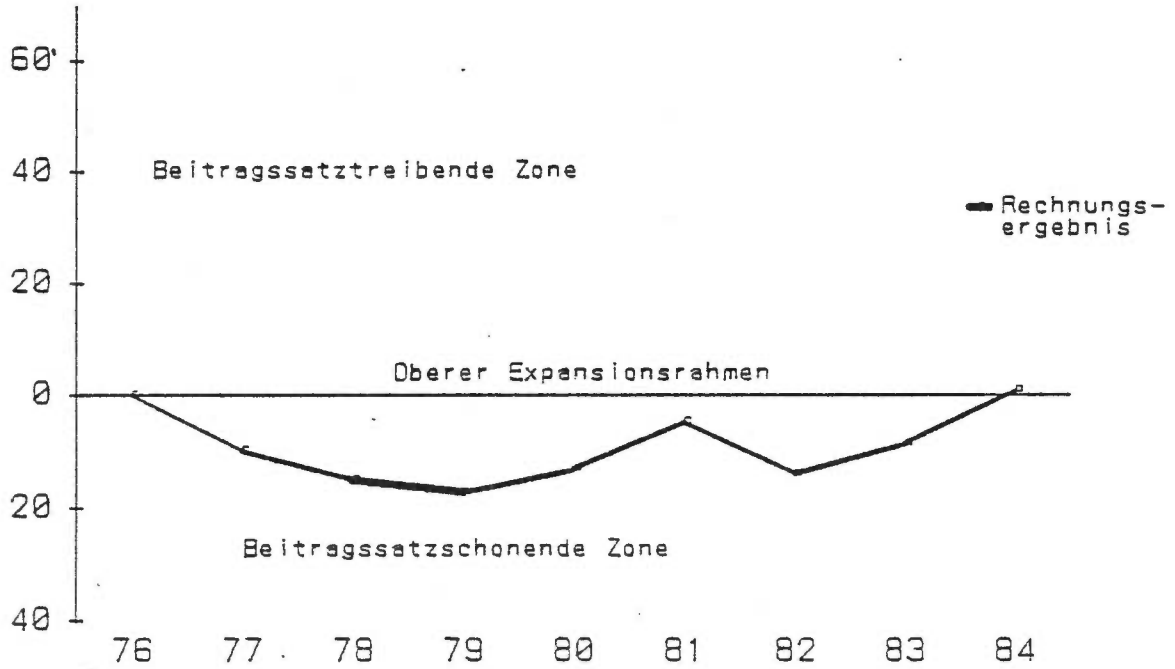
Seit 1978 steigen die Ausgaben der GKV für Zahnersatz als Folge der nochmaligen Erweiterung des Leistungskatalogs der GKV (bisher außervertragliche Leistungen, wie Metallkramik etc., wurden zu Kassenleistungen) ständig an. In den Jahren 1980 und 1981 liegen die Leistungsausgaben (Rechnungsergebnisse, untere Linie) deutlich über dem oberen Expansionsrahmen, der durch die Grundlohnentwicklung markiert wird. Insbesondere die Ausgabensteigerungen im Jahre 1981 sind ganz wesentlich auf Ankündigungseffekte einer Zuschußreform (KVEG) zurückzuführen, die als bevorstehende Erhöhung der Direktbeteiligung beim Zahnersatz wahrgenommen wurde.

Seit 1982 liegen die Leistungsausgaben der GKV pro Mitglied für Zahnersatz wiederum deutlich unterhalb der Grundlohnentwicklung und entfalteten wie in den Jahren 1977 - 1979 keine beitragsatzerhöhenden Wirkungen.

Schaubild 2: Die Ausgabenentwicklung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung (ohne Prothetik) 1977 - 1984 vor dem Hintergrund der Grundlohnentwicklung

Ambulante Behandlung

DM je Mitglied



Zahnaerztliche Behandlung

DM je Mitglied

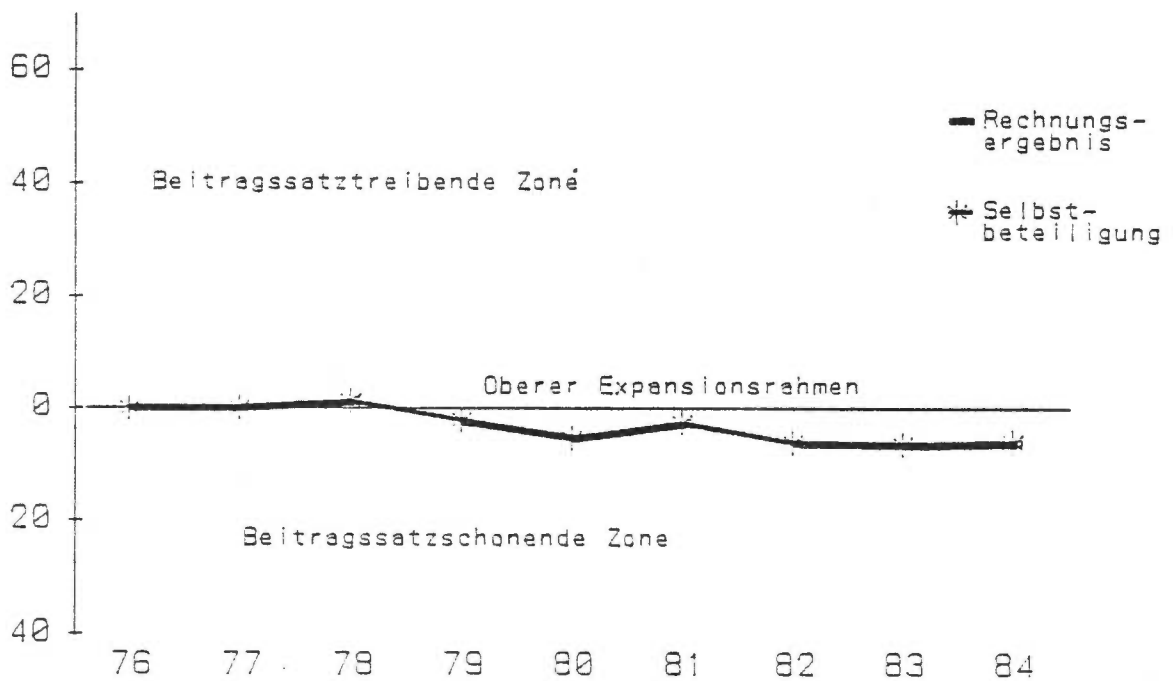
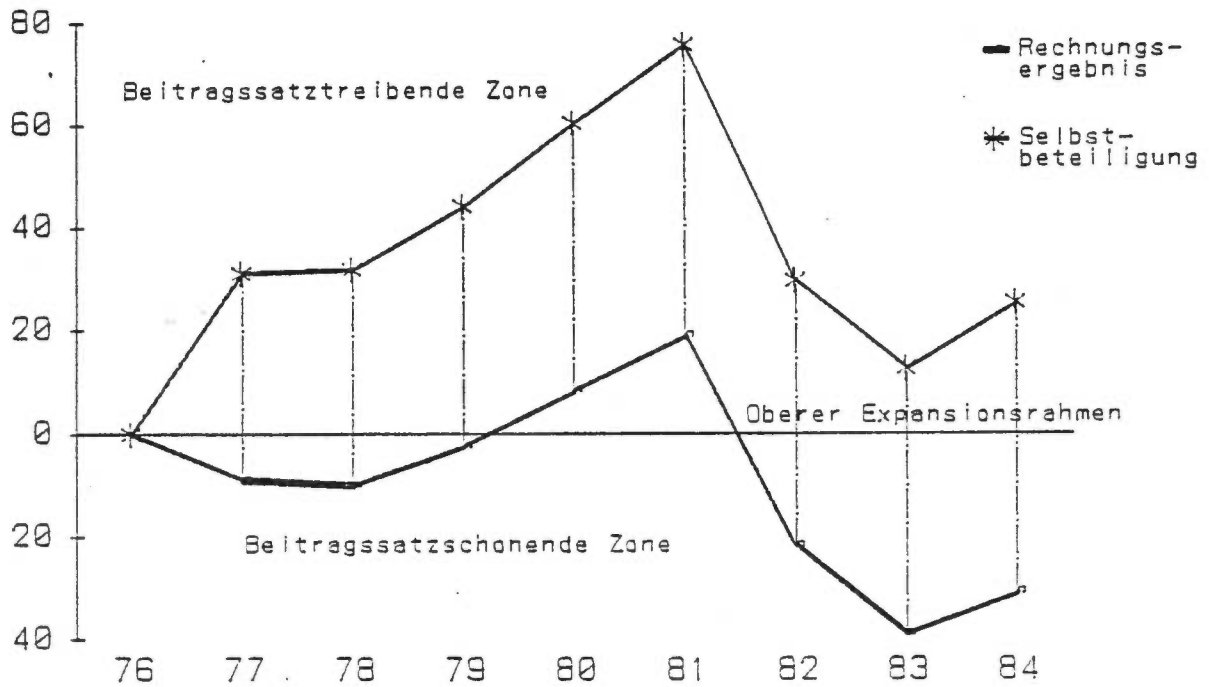


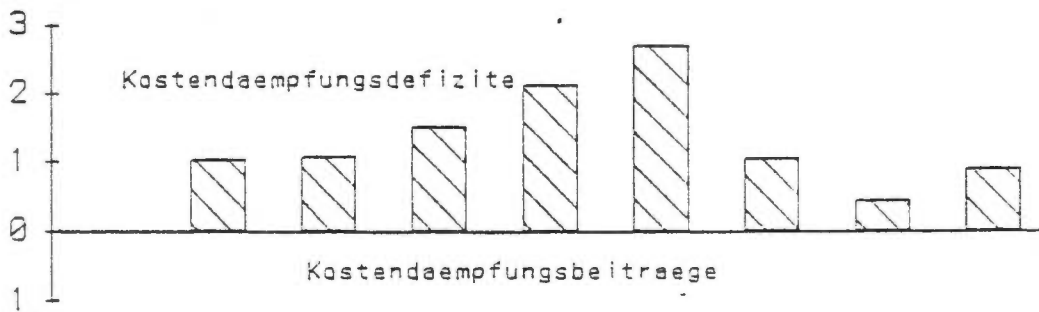
Schaubild 3: Die Ausgabenentwicklung des Zahnersatzes 1977 - 1984 vor dem Hintergrund der Grundlohnentwicklung

Zahnersatz

DM Je Mitglied



Mrd. DM



Kostendaempfungsbetraege 1977 - 1984: -11.0
 + Selbstbeteiligungen : 14.0
 = Reines Rechnungsergebnis : + 3.0

Quelle: WIdO

Die Leistungsausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel liegen demgegenüber seit 1977 und die für stationäre Behandlung seit 1981 ständig in der beitragssatztreibenden Zone.

Kostensteigernde Selbstbeteiligung?

In Schaubild 3 wurde vom WIdO jedoch noch eine zweite Linie eingezeichnet, die die Höhe der Selbstbeteiligungen beim Zahnersatz darstellen soll und die durchgängig die Ausgabenentwicklung für die prothetische Versorgung in der beitragssatztreibenden Zone erscheinen läßt. Wie können Selbstbeteiligungen beitragssatzsteigernde Impulse entfalten? Es ist deshalb irreführend, wenn die Selbstbeteiligungen einfach in den beitragssatztreibenden Bereich eingetragen werden.

Sodann muß festgestellt werden, daß die vom WIdO berechneten Beträge für die Versichertenanteile beim Zahnersatz mit der Statistik der KZBV nicht übereinstimmen.⁽⁷⁾

In Tabelle 2 sind die vom WIdO berechneten Selbstbeteiligungen und andere direkte Belastungen der GKV-Versicherten in den Jahren 1977 - 1984 ausgewiesen. Vergleicht man die hier primär interessierenden Beträge für die Versichertenanteile beim Zahnersatz mit der Statistik der KZBV, so läßt sich, wenn überhaupt, nur ein gemeinsamer Trend, nicht jedoch eine Übereinstimmung in den absoluten Beträgen feststellen. Hauptursache für die Abweichung der Berechnungen durch WIdO von der KZBV-Statistik ist hierbei die Art der Erfassung. Durch das WIdO wurden die Versichertenanteile ex post nach den jeweiligen gesetzlichen Regelungen pauschal (rück-)berechnet, was in Anbetracht von Härtefallregelungen, Veränderungen bei der Bezuschussung von Dentallegierungen, Ausnahmeregelungen und unterschiedlicher Rechnungsabgrenzung zu unzutreffenden Ergebnissen führt.

Wichtiger noch als die Tatsache, daß die Zahlen nicht stimmen, ist aber die unangemessene Verwendung der Zahlen. Dürfen Leistungsausgaben der Krankenkassen pro Mitglied und berechnete Selbstbeteiligungen pro Mitglied in diesem Kontext deshalb einfach addiert werden, weil beide in DM-Beträgen gemessen wurden?

Tabelle 2: Selbstbeteiligungen und andere direkte Belastungen
der GKV-Versicherten 1977 - 1984 in Mio. DM

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Zahnersatz	1.351	1.439	1.618	1.838	2.028	1.839	1.845	2.021
Kieferorth. Behandlung	4	9	9	10	10	11	12	13
Arzneimittel	533	545	582	644	689	966	1.135	1.118
Bagatellarzneimittel	-	-	-	-	-	-	275	400
Heil- und Hilfsmittel	13	27	35	39	42	160	166	191
Krankenhausaufenthalt	-	-	-	-	-	-	210	210
Kuren	-	-	-	-	-	-	20	20
Fahrkosten	1	2	2	2	2	70	80	92
Selbstbeteiligung insgesamt	1.902	2.022	2.246	2.533	2.771	3.046	3.743	4.065
Beitragspflicht von Lohnersatzleistungen	-	-	-	-	-	-	-	744
Beitragspflicht von Einmalzahlungen	-	-	-	-	-	-	-	650
Zusammen	1.902	2.022	2.246	2.533	2.771	3.046	3.743	5.459

Quelle: WIdO

Selbstbeteiligungen (besser: Direktbeteiligungen) sollen von ihrer Intention her u. a. einen nachfragesteuernden - kostendämpfenden - Effekt haben. Haben Sie diesen nicht, wären sie als Kostenverlagerungen zu kennzeichnen. Privatzahlungen sind schließlich diejenigen Ausgaben der Versicherten für Leistungen, die nicht, noch nicht oder nicht mehr von der Leistungspflicht der GKV erfaßt werden.

Selbstbeteiligungen sollen also die Leistungsausgaben der Krankenkassen begrenzen. Wären sie geringer, stände zu erwarten, daß die Leistungsausgaben der Krankenkassen anstiegen und umgekehrt. Deshalb sind Leistungsausgaben und Selbstbeteiligungsausgaben keine voneinander unabhängige Größen, die einfach addiert werden dürfen. Verändert sich die Relation Kassenausgaben : Selbstbeteiligungen, können die Gesamtaufwendungen größer oder kleiner werden.

Das WIdO geht jedoch von der Annahme aus, daß Selbstbeteiligung "nur eine Individualisierung von Kosten", d. h. eine Kostenverlagerung sein würde. Damit ist jedoch noch nicht bewiesen, daß diese Annahme richtig ist. Die ausgewiesenen Zahlen der durchschnittlichen Selbstbeteiligung je Mitglied beim Zahnersatz vermögen dies jedenfalls nicht. Wenn dort von einer "kostenneutralen" Wirkung der Umstellung des Zuschußsystems durch das KVEG die Rede ist, zeigen die berichteten Zahlen selbst eine knapp 10%ige Reduzierung der durchschnittlichen Selbstbeteiligung je Mitglied (1981: DM 56,80; 1983: DM 51,53).

Wenn es schon unangebracht ist, Leistungsausgaben der Krankenkassen und Selbstbeteiligungen der Versicherten in einem Schaubild der vorgelegten Form zu addieren, so ist der Trend, mit dem die Selbstbeteiligungen beim Zahnersatz ausgewiesen werden, aus zwei Gründen unzutreffend. Es wird zum einen der Eindruck erweckt, als ob es vor dem KVKG im Jahre 1976 keine Selbstbeteiligung beim Zahnersatz gegeben hätte (Nullniveau der Selbstbeteiligung im Jahre 1976), was in Wirklichkeit nicht der Fall war.

Zum anderen wird nicht ausgewiesen, daß die Selbstbeteiligungen in Form von Privatzahlungen beim Zahnersatz in den Jahren vor

1977 höher gewesen sind. So wurde bekanntlich durch den Spruch des Bundesschiedsamtes vom 02.05.1977⁽⁸⁾ der Leistungskatalog der GKV im Bereich des Zahnersatzes nochmals erweitert. Durch die hierdurch erfolgte Einbeziehung der bis dahin außervertraglichen Leistungen (insbesondere die teure metallkeramische Verblendung von Kronen und Brücken betreffend) wurden bisherige Privatzahlungen in Leistungsausgaben der Kassen- und Versichertenanteile nach den damals geltenden Aufteilungen umgewandelt. Die Ausweitung des Leistungskatalogs der GKV war deshalb - wie schon früher - die entscheidende Ursache für beitragsatzsteigernde Ausgabenentwicklungen, nicht jedoch die Selbstbeteiligung, die wahrscheinlich eher noch höhere Anstiegsraten verhindert hat.

Wirkungen der Selbstbeteiligung

Es mag sein, daß die Selbstbeteiligungsregelungen in der Bundesrepublik Deutschland nicht optimal gesetzt sind. Im internationalen Vergleich gesehen, scheinen sie eher zu niedrig bzw. zu undifferenziert angesetzt zu sein⁽⁹⁾. Ihre Unwirksamkeit zu behaupten und diese Annahme in weitere Berechnungen und Argumentationen als Faktum zu übernehmen, ist jedenfalls nicht zu vertreten.

In einem ganz anderen Zusammenhang weist die Untersuchung selbst darauf hin, daß bestimmten Fragen der Selbstbeteiligung mit Globaldaten "gar nicht nachgegangen werden kann" und resümiert insoweit das Zwischenergebnis eines laufenden Streits um die realen Wirkungen von Selbstbeteiligungen, der kürzlich erst durch M. Schneider aktualisiert wurde⁽¹⁰⁾.

Dies betrifft insbesondere die erste Kernfrage jeglicher Selbstbeteiligungsdiskussion: ob es überhaupt einen Zusammenhang zwischen den Preisen/der Höhe der Selbstbeteiligung und der nachgefragten Leistungsmenge von zahnmedizinischen Leistungen gibt.

Die Diskussion dieser Frage in der Bundesrepublik Deutschland wurde bisher ganz überwiegend auf der Basis von zumeist ausländischen empirischen Studien über die Inanspruchnahme von ärzt-

lichen Leistungen geführt, die eventuellen Besonderheiten bei der Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen nahezu ausgeblendet. Auch für diesen speziellen Bereich liegen vornehmlich ausländische Studien vor^(11 - 24), die - weil bisher kaum zur Kenntnis genommen - in Schaubild 4 übersichtsartig zusammengestellt sind.

Bei allen methodischen Mängeln, bedingt etwa durch selbstselektive oder nichtrepräsentative Stichproben, unangemessener Aggregationen und Analysemethoden, deuten alle Studien durchgängig auf einen signifikanten Zusammenhang hin, der in Schaubild 4 jeweils ausgewiesen wird. Insbesondere das kontrollierte Feldexperiment von RAND kam kürzlich zu dem Ergebnis, daß die Inanspruchnahme des Zahnarztes um 34 % und die Kosten um 46 % steigen, wenn die Selbstbeteiligung von 95 % auf 0 % abgesenkt wird.

Differenziert man - wie in der RAND-Studie geschehen - die Preiselastizität der Nachfrage nach einzelnen zahnärztlichen Leistungsbereichen, so stellt man fest, daß die Nachfrage nach prothetischen Leistungen die preisreagibelste ist. So steigt nach den Ergebnissen der RAND-Studie die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme prothetischer Leistungen um 63 % (38 %), wenn die Selbstbeteiligung von 95 % auf 0 % (25 %) abgesenkt wird.

Konzentrationsmaße irreführend

Auch die zweite Kernfrage jeglicher Selbstbeteiligungsdiskussion: ob die Selbstbeteiligung sozial verträglich ist, wird in der WIdO-Untersuchung höchst unzureichend und für den zahnärztlichen Versorgungsbereich zumindest irreführend beantwortet. So wird ausgeführt, daß "die Existenz extrem schiefer Verteilungen der Leistungsanspruchnahme im Gesundheitswesen" von den Befürwortern von Selbstbeteiligung gern übersehen würde. "Die wirklich kostenträchtige Inanspruchnahme wird nur von einem Bruchteil der Versicherten verursacht, während die weit überwiegende Mehrheit der Versicherten über lange Zeiträume gar keine oder nur sehr wenig Leistungen in Anspruch nimmt." Diese Aussage

Schaubild 4

Studien zur Preiselastizität der Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen			
<u>Untersuchung</u>	<u>Datenbasis</u>	<u>Indikator für Nachfrage</u>	<u>Ergebnis</u>
Upton/Silverman	USA Abrechnungsdaten Querschnitt	Einzelne Leistungen	nur Einkommenselastizität ermittelt
Feldstein	USA Abrechnungsdaten Zeitreihe/Querschnitt	Inanspruchnahme	- 1.43
Maurizi	USA Abrechnungsdaten Querschnitt	Inanspruchnahme	- 1.76
Holtmann/Olson	USA Querschnitt Haushalte	Inanspruchnahme	- 0.03 bis - 0.19
Manning/Phelps	USA Querschnitt Bevölkerung	Inanspruchnahme/ Einzelne Leistungen	- 0.65 bis - 1.40
Musgrave	USA Abrechnungsdaten Querschnitt 206 Kreise/7 Staaten	Einzelne Leistungen	- 0.41 bis - 3.65
Pedersen/Petersen	Dänemark Querschnitt: Industriearbeiter	Inanspruchnahme	- 0.002
Hixson	USA Zeitreihe Nationale Ausgaben	Ausgaben für Versorgung	- 4.40
Hay/Bailit/Chiriboga	USA Querschnitt: Versicherte	Inanspruchnahme	- 0.20
Sintonen et al.	Finnland Krankenversicherte	Ausgaben für Versorgung	- 0.16
Knappe/Fritz	BRD Abrechnungsdaten verschiedener Krankenkassen Zeitreihe	Fallzahlen beim Zahnersatz	- 0.101 bis - 0.090
Bonito et al. RTI	USA Querschnitt Bevölkerung	Inanspruchnahme	Die Tatsache, eine Versicherung zu haben, erhöht die Inanspruchnahme um 10 %.
Maning et al. RAND-HIE	USA Kontrolliertes Experiment Bevölkerung	Inanspruchnahme/ Ausgaben für Versorgung	Die Ausgaben für zahnärztlichen Versorgung steigen um 46 %, wenn die Selbstbeteiligung von 95 auf 0 % abgesenkt wird.

wird empirisch untermauert durch die Ergebnisse einer Untersuchung im Rahmen des § 223 RVO bei der AOK Lindau im Jahre 1981 (vgl. Tabelle 3).

Hieraus wird ersichtlich, daß z. B. ca. 92 % der Versicherten der AOK Lindau im Jahre 1981 einen niedergelassenen Arzt, 45 % einen Zahnarzt in Anspruch genommen haben und ca. 11 % in stationärer Behandlung waren. Zunächst würde man aufgrund dieser Zahlen eine Aussage des WIdO erwarten, daß die Inanspruchnahme des Zahnarztes für konservierende Behandlung "auf Krankenschein" unter dem Gesichtspunkt der Früherkennung und Frühversorgung viel zu gering und zu fördern sei. Nichts dergleichen geschieht. Vielmehr werden die Kennziffern der Inanspruchnahme von ausgewählten Leistungsarten zu einem Konzentrationsmaß (dem Gini-Index) verdichtet, der dann Sinn macht, wenn das "Ideal" des Inanspruchnahmeverhaltens darin bestehen würde, daß in einem gegebenen Jahr möglichst alle Versicherten die unterschiedlichen medizinischen Leistungen mit etwa gleichen Kosten in Anspruch nehmen würden (Gleichverteilung der Leistungsanspruchnahme). Technisch gesprochen, würden dann die in Schaubild 5 dargestellten Lorenzkurven (die bauchigen Kurven) mit der Geraden (Gleichverteilungsgeraden) durch die Punkte (0,0) und (100,100) zusammenfallen.

Tatsächlich ist diese "Idealvorstellung" gesundheitspolitisch absurd, wie anhand des Zahnersatzes leicht demonstriert werden kann. Eine Gleichverteilung könnte beim Zahnersatz nur dadurch erreicht werden, wenn in einem vorgegebenen Zeitraum möglichst alle Versicherten vom Kleinkind bis zum Greis nach Möglichkeit in gleicher Weise prothetisch versorgt werden würden. Es liegt deshalb auf der Hand, daß eine Betrachtung der Leistungskonzentration der zahnärztlichen Versorgung auf der Basis einer Momentaufnahme eines Querschnitts über alle Altersgruppen hinweg kaum sinnvoll ist. Hier müßte schon ein Verlaufsstudien-Ansatz gewählt werden.

Dennoch können die in Tabelle 3 wiedergegebenen Kennziffern Hinweise zu aktuell diskutierte Fragen geben. Es fällt auf,

Tabelle 3: Aspekte versichertenbezogener Inanspruchnahme
bei ausgewählten Leistungsarten
Fallstudie AOK Lindau 1981

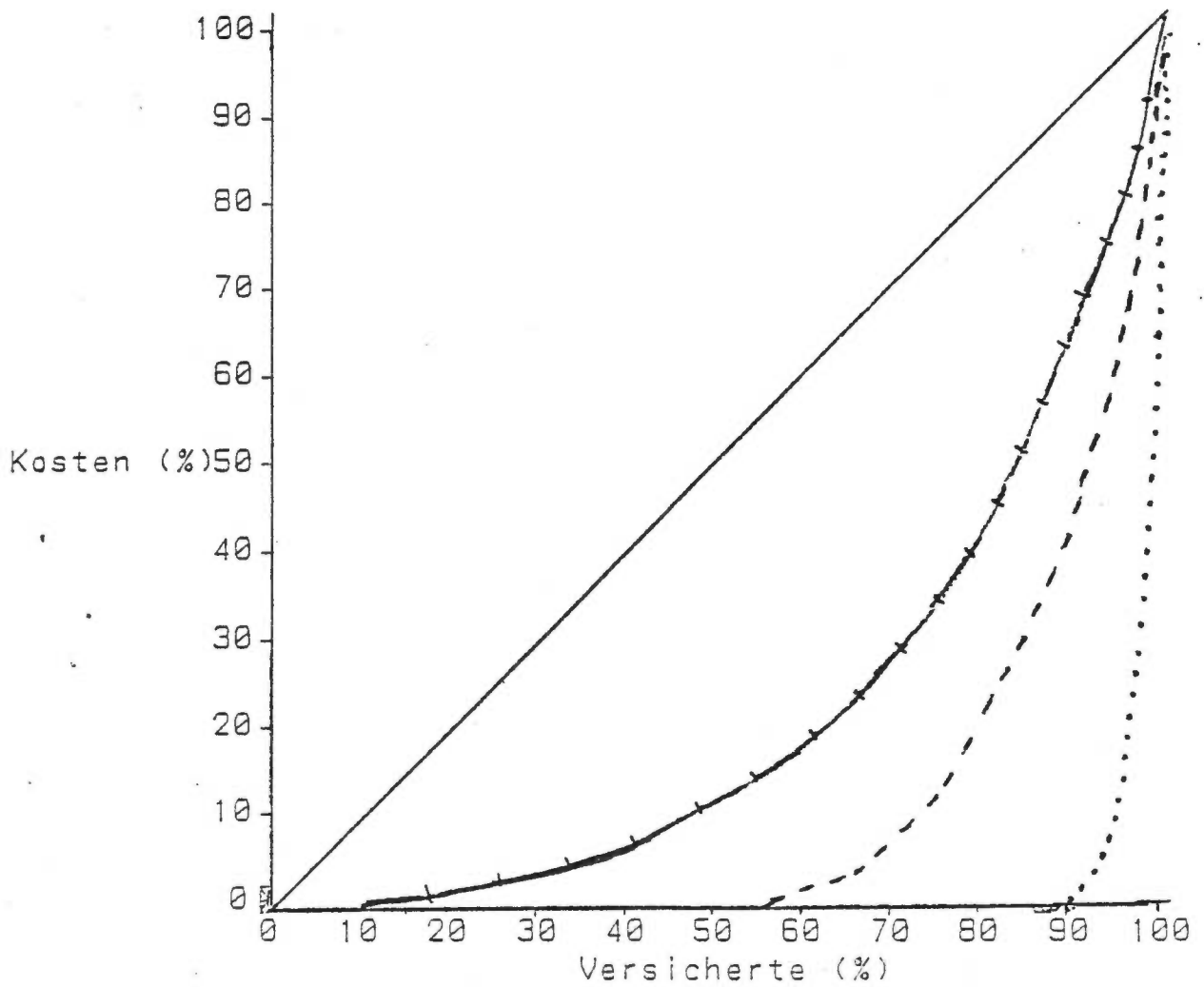
Leistungsart	Versicherte ohne Inan- spruchnahme (in v. H.)	25 % aller Versicherten beanspruchen folgende Anteile an den Ausgaben (in v. H.)	10 %	1 %
Ambulante Behandlung	7,9	65,5	35,1	6,1
Zahnärztliche Behandlung	55,0	87,0	54,9	10,9
Arzneimittel	15,7	78,8	51,1	12,1
Heil- und Hilfsmittel	80,0	100,0	79,4	26,6
Zahnersatz	87,3	100,0	98,6	38,7
Stationäre Behandlung*	89,1	100,0	99,6	38,3

Anmerkung: Als Versicherte werden Mitglieder und Angehörige
definiert.

* Ohne Krankengeld

Quelle: WIdO

Schaubild 5: Lorenzkurven zur Leistungskonzentration ausgewählter Leistungsarten - AOK Lindau 1981



- Gleichverteilung
- - - - - Ambulante ärztliche Behandlung
- Zahnärztliche Behandlung
- Zahnersatz

Quelle: WIdO

daß von den insgesamt 12,7 % der Versicherten der AOK Lindau, die im Jahre 1981 prothetisch versorgt wurden, immerhin 1 % insgesamt fast 39 % der Kosten auf sich vereinigten.

Obwohl die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer prothetischen Versorgung grundsätzlich nur am Einzelfall festgestellt werden kann, wäre die Existenz von über diesen Rahmen hinausgehenden Versorgungen im Jahre 1981 mit diesen Kennziffern zwar nicht bewiesen, wohl aber vereinbar. Für Selbstbeteiligungsregelungen könnte dies bedeuten, daß nicht unbedingt nur an der zahnprothetischen Versorgung per se anzusetzen sei, sondern auch am angestrebten Aufwand der Versorgung, eine Schlußfolgerung, die das WIdO zu ziehen vermag.

Wissensdefizite

Zur dritten Kernfrage jeglicher Selbstbeteiligungsdiskussion: welche gesundheitspolitischen Zielsetzungen erreicht werden sollen, nimmt das WIdO überhaupt keine Stellung. Die Aussage, daß Selbstbeteiligungen das Ziel haben müssen, "verzichtbare Inanspruchnahme" zu begrenzen - ohnehin eine konzeptionelle Verengung der Funktionen der Selbstbeteiligung -, wird nicht weiter ausgeführt.

Die medizinischen Zielsetzungen, die zur Zielerreichung erforderlichen Direktbeteiligungsinstrumente, sowie ihre bereichs- bzw. phasenspezifische und sozial verträgliche Ausgestaltung sind jedoch zentrale Themen der neueren Gesundheitssystemforschung im zahnärztlichen Versorgungsbereich⁽²⁵⁾. Einiges kann aus der vergleichenden Gesundheitssystemforschung gelernt werden, wenn es darum geht, Selbstbeteiligungsregelungen zu erproben, die in anderen Versorgungssystemen (z. B. in Dänemark oder in den Niederlanden) nicht nur Kosten dämpfen, sondern auch zahnerhaltendes Verhalten durch zeitlich synchrone Anreize fördern sollen.⁽²⁶⁾ All dies scheint im WIdO völlig unbekannt zu sein oder verdrängt zu werden, sonst wäre die pauschale Ablehnung jeglicher Selbstbeteiligungsregelungen kaum verständlich.

Die WIdO-Untersuchung führt jedoch aus, daß "in der Diskussion um die Steuerungswirkung von mehr Selbstbeteiligung und ihre

soziale Tragbarkeit die theoretischen Überlegungen durch mehr Daten untermauert werden müßten".

Dies ist ein Wort. Es möge auch von den Verbänden gehört werden, die sich bei ihren gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen auf die WIdO-Studie berufen haben oder noch werden.

Fußnoten

- (1) Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977 - 1984, Untersuchung im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, St. Augustin, Asgard Verlag 1986
- (2) AOK-Bundesverband (Hrsg.), Lebendige Krankenversicherung - 13. Presse-seminar des AOK-Bundesverbandes vom 10. - 11.10.1985 in Maria Laach, Bonn 1985
- (3) DGB-Bundesvorstand, Abt. Sozialpolitik, Von der Kosten-dämpfung zur Strukturreform im Gesundheitswesen - Vorschläge des DGB zur Sicherung und zum Ausbau der Versorgungsqualität bei stabilen Beitragssätzen, Düsseldorf, März 1986
- (4) Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in der am 31.10.1985 geänderten Fassung, in: ZM Nr. 7/1986, S. 833 - 835
- (5) In § 2 der KVdR-Ausgleichsverordnung (KVdR-AusglV) vom 20.12.1977 ist die offizielle Berechnungsmethode für die Grundlohnsumme definiert. Hierzu: Laufer, H., Eibs, K., Ott, I., Krankenversicherung der Rentner, Berlin 1984, S. 345 ff.
- (6) Smigielski, E., Das Konzept der "Strukturierten Budgetierung", in: Die Ortskrankenkasse, Heft 6/7, 1986, S. 145 f.
- (7) Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Statistische Basisdaten zur kassenzahnärztlichen Versorgung, Köln 1985
- (8) Spruch des Bundesschiedsamtes vom 02.05.1977 über die Einbeziehung bisher außervertraglicher Leistungen in den Bema (metallkeramisch verblendete Kronen und Brücken, Verbindung von herausnehmbarem mit festsitzendem Zahnersatz, Schienung und Verblockung des Restgebisses, Provisorische Brücken), in: ZM 11/1977, S. 658 - 660
- (9) Bericht über die WHO-Europa-Studie: Yule, B. und Parkin, D., Financing of Dental Care in Europe, Part I, WHO-Europa, Kopenhagen 1986
- (10) vgl. Schneider, M., Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der Sozialen Krankenversicherung, Hrsg. v. d. Robert Bosch-Stiftung, Bleicher Verlag, Gerlingen 1985
Reichelt, H., Sozial tragbare Selbstbeteiligung oder statistische Artefakte? - Anmerkung zu einer BASYS-Studie, in: Sozialer Fortschritt, Heft 12, 1985, S. 265 - 271
Pfaff, M., Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig "sozial tragbar" und "kostendämpfend" sein?, in: Sozialer Fortschritt, Heft 12, 1985, S. 272 - 276

Schneider, M., Sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 1/2, 1986, S. 29 - 34

Pfaff, M., Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5/6, 1986, S. 105 - 119

- (11) Andersen, R. und Benham, L., Factors affecting the Relationship between Family Income and Medical Care Consumption, in: Klarman (ed.), Empirical Studies in Health Economics, John Hopkins Press, Baltimore 1970
- (12) Upton, C. und Silverman, W., The Demand for Dental Services, Journal of Human Resources, Vol. 7, No. 2, 250 - 261, 1972
- (13) Feldstein, P. J., Financing Dental Care - An Economic Analysis, D. C. Heath, Lexington, Mass. 1973
- (14) Maurizi, A. R., Public Policy and the Dental Care Market, American Enterprise Institute, Washington 1975
- (15) Holtman, A. G. und Olson, E. O., The Demand for Dental Care: A Study of Consumption and Household Production, Journal of Human Resources, Vol. 11, No. 4, 546 - 560, 1976
- (16) Manning, W. G. und Phelps, C. E., The Demand for Dental Care, Bell Journal of Economics, Vol. 10, No. 4, 503 - 525, 1979
- (17) Musgrave, G. L., Economic Analysis of the Characteristics of the Dental Services Markets, DHEW, PHS, HRA, Bureau of Health Manpower, Hyattsville, May 1979
- (18) Pedersen, K. M. und Petersen, C. E., The Demand for Dental Care among Industrial Workers - Construction and Testing of a Structural Model, Odense, Working Papers No. 6, Odense University 1980
- (19) Hixson, J. S., Research on the Demand for Dental Services, in: L. J. Brown und J. E. Winslow (eds.), Proceedings of a Conference on Modeling Techniques and Applications in Dentistry, DHHS, Bureau of Health Professions, Hyattsville 1981
- (20) Hay, J. W., Bailit, H. und Chiriboga, D. A., The Demand for Dental Health, Social Science and Medicine, Vol. 16, 1285 - 1289, 1982

- (21) Sintonen, H., Maljanen, T., Heinonen, M. und Myyttinen, A., Economics of Finnish Dental Care, Ministry of Social Affairs and Health, Research Department, Helsinki 1983
- (22) Bonito, A. J., Albertini, T., Iannacchione, V. G., Dental Insurance, Length of Coverage and the Use of Dental Services, Vortrag, 1983, Meeting of the American Public Health Association, mimeo., 1983 (Bericht über die RTI-Studie: Dental Health related and Process Outcomes associated with Prepaid Dental Care)
- (23) Knappe, E. und Fritz, W., Direktbeteiligung im Gesundheitswesen - Steuerungswirkungen des Selbstbezalts bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz, Köln 1984
- (24) Manning, W. G., Bailit, H. L., Benjamin, B. und Newhouse, J. P., The Demand for Dental Care - Evidence from a randomized trial in health insurance, Journal of the American Dental Association, Vol. 110, 895 - 902, 1985 (Bericht über das RAND Health Insurance Experiment, HIE)
- (25) vgl. Manning et al., a. a. O., mit weiteren Nachweisen; Sommer, J. H. und Leu, R. E. Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung als Kostenbremse?, Diessenhofen, Ruedger Verlag, 1984; Yule, B. und Parkin, D., The Demand for Dental Care: An Assessment, Social Science and Medicine, Vol. 21, 753 - 760, 1985
- (26) vgl. z. B. Yule, B. und Parkin, D., 1986, a. a. O.