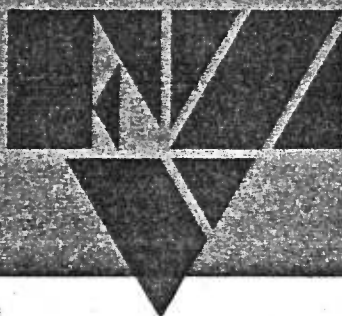




Information

FORSCHUNGSINSTITUT
FÜR DIE
ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

Stiftung des KASSENZAHNÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

Nr. 4/83

vom 13.07.1983

Der Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und Sozialpolitik an der Universität Trier (Prof. E. Knappe) hat den Abschlußbericht des empirisch ausgerichteten Forschungsprojektes "DIREKT BETEILIGUNG IM GESUNDHEITSWESEN", das er im Auftrag des FZV durchführte, vorgelegt.

(In der FZV-Information 3/81 vom 26.05.1981 wurde der theoretische Ansatz dargestellt und erläutert.)

Die Studie gliedert sich in zwei Abschnitte:

- (1) Absolute Direktbeteiligung bei ambulanten medizinischen Leistungen (PKV)
- (2) Relative Direktbeteiligung beim Zahnersatz (GKV)

Im ersten Teil wurde die Wirkungsweise der absoluten Direktbeteiligung theoretisch abgeleitet und anhand der Daten einer PKV gemessen. Es zeigte sich generell, daß deutliche Einsparungen, bezogen auf die Gesamtausgaben, nur bei relativ hohen absoluten Selbstbehalten erwartet werden können. Auch bezüglich der Prämienrückerstattungen reagieren Versicherte erst, wenn ihnen deutliche finanzielle Nachteile entstehen.

Im zweiten Teil wurden die Wirkungen des prozentualen Selbstbehaltes bei prothetischen Leistungen gemessen. Als Datenbasis dienten die Abrechnungsstatistiken der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Bayerns und Schleswig-Holstein. Als Ergebnis konnte die These bestätigt werden, daß eine prozentuale Erhöhung der Direktbeteiligung beim Zahnersatz die Entwicklung der Fallzahlen und der Ausgaben bremst. Die Reduktion der Inanspruchnahme umfaßte dabei nicht nur den prozentualen gleichen Anteil wie die Reduktion der Zuschußgewährung (statischer Effekt), sondern ging durch das geänderte Nachfrageverhalten der Versicherten darüber hinaus.

Der gesamte Abschlußbericht des Projektes wird Ende September d.J. im Deutschen Ärzte-Verlag veröffentlicht.

Prof. Dr. E. Knappe

Dr. W. Fritz

E. Knappe

W. Fritz

Direktbeteiligung im Gesundheitswesen

1. "Fehlsteuerung" im Gesundheitssektor

Anfang der 70er Jahre wuchsen die Ausgaben für die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland mit Raten von 20 % pro Jahr - dies löste die Diskussion um die sogenannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen aus.

Das rasche Anwachsen der Gesundheitsausgaben wird zum Teil durch die Einkommens- und Wohlstandsverbesserungen der Bevölkerung verursacht. Die Nachfrage steigt insgesamt und verschiebt sich zugunsten von Dienstleistungen der medizinischen Versorgung. Umweltbelastungen, Bewegungsarmut, Lebensgewohnheiten (Rauchen etc.) weiten die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ebenso aus wie Veränderungen der Altersstruktur und die Anwendung neuer medizinischer Erkenntnisse. Dies alles bewirkt ein umfangreicheres Angebot und steigende Ausgaben im Gesundheitssektor.

Teilweise kann die Ausgabenentwicklung jedoch auch auf eine falsche Steuerung im Gesundheitssektor zurückgeführt werden. Der Gesundheitssektor könnte - wie andere Produktions- und Dienstleistungssektoren auch - der Marktsteuerung unterliegen. Auf Märkten entscheidet der Konsument, der letztlich die Produktion bezahlt, mit seiner Einkommensverwendung, was in welchen Mengen und in welcher Qualität rentabel produziert werden kann. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern drückt die Gewinnspannen und erzeugt so einen ständigen Druck, Kosten zu senken, zu rationalisieren, Produkte zu verbessern und neu zu entwickeln.

In der Bundesrepublik Deutschland existiert eine Marktsteuerung des Gesundheitssektors nur in Randbereichen:

Der größte Teil der Bevölkerung ist zwangsweise im System der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert und zahlt einen vom Risiko unabhängigen Beitrag als Prozentsatz seines Einkommens, der scheinbar zu 50 % vom Arbeitgeber getragen wird (Arbeitgeberbeitrag). Es bestehen keine oder nur geringe Wahlmöglichkeiten bezüglich des Versicherungstarifs. So entsteht wenig Versicherungswettbewerb und damit kaum Zwang, die Beiträge zu senken und das Preis-Leistungsverhältnis des Versicherungsschutzes zu verbessern.

Der größte Teil der Leistungen im - sehr umfassend definierten - Krankheitsfall wird dem Patienten "kostenlos" bereitgestellt (Nulltarifregelung). Weder erfahren die Patienten, wie hoch die Ausgaben sind (Sachleistungsprinzip statt Kostenerstattung), noch tragen sie die Ausgaben in Abhängigkeit von ihrer Inanspruchnahme. Es ist daher nicht verwunderlich, daß die beste, umfangreichste und aufwendigste Behandlung ohne Rücksicht auf den Preis verlangt wird.

Es ist unbestritten, daß aufgrund dieser "Fehlsteuerung" die Ausgaben im Gesundheitssektor "zu hoch" sind. Über das "Wieviel" und den richtigen Reformweg wird jedoch heftig diskutiert. Erste Ansätze zur Kostendämpfung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung sehen u.a. die Ausgliederung von Leistungsarten (Bagatellarzneien etc.) und eine direkte Eigenbeteiligung der Patienten für

- Arzneimittel (Rezeptgebühren)
- Zahnersatz (prozentualer Selbstbehalt)
- Kuren und Krankenhausaufenthalt (absoluter Selbstbehalt)

vor.

2. Direkte Eigenbeteiligung

Die privaten Krankenversicherungen konkurrieren seit langem mit unterschiedlichen Direktbeteiligungsmodellen (Prämienrückerstattung, Wahltarife). Nach der ökonomischen Theorie ist grundsätzlich klar, daß die Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen wesentlich durch die Höhe des beim Kauf zu entrichtenden Preises bestimmt wird. Eine Direktbeteiligung der Patienten an den Ausgaben für medizinische Leistungen wird dementsprechend die Nachfrage dämpfen, den Preis- und Kostendruck verstärken.

In der politischen Diskussion wird gerade um das Für und Wider solcher Direktbeteiligungspläne gestritten. Die Aussagen der gesundheitsökonomischen Theorie, vor allem aber die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur Wirkung von Direktbeteiligungen, sind z.T. widersprüchlich. Prinzipiell ist festzuhalten, daß es die Wirkung der Direktbeteiligung nicht gibt. Die Art und Stärke der Wirkungen von direkten Eigenbeteiligungen ist im wesentlichen die Folge

- der Ausgestaltung des Instrumentes "Direktbeteiligung"
- der Einbettung des Instrumentes in den institutionellen Rahmen des Gesundheitssektors.

So kann die direkte Eigenbeteiligung prozentual oder absolut vereinbart werden. Den Versicherten kann die Wahl eines Tarifs mit direkter Eigenbeteiligung freigestellt werden, oder sie müssen einen Pflichttarif akzeptieren. Die Eigenbeteiligung kann für alle Leistungen gelten oder von der Art der Leistungen abhängig gemacht werden. Auch werden unterschiedliche Wirkungen eintreten, je nachdem ob ambulante oder stationäre Behandlungen mit einer Eigenbeteiligung belegt sind.

Von den gesundheitspolitischen Regelungen, die unmittelbar die Wirksamkeit der direkten Eigenbeteiligung

beeinflussen, sind die Beitragsrückerstattungen sowie die Arbeitgeberzuschüsse zu den Versicherungsprämien und den Behandlungskosten hervorzuheben. Die von privaten Krankenversicherungen gewährten Prämienrückerstattungen bei Nicht-Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen sind in der Wirkung einem absoluten Selbstbehalt sehr ähnlich; die Wirkungsrichtung ist gleich, die Wirkungsstärke geringer. Sie verstärken also die Wirkung eines Selbsthalts. Die Arbeitgeberzuschüsse zu den Versicherungsprämien stellen Arbeitnehmer vor eine andere Entscheidungssituation als Selbstständige. Arbeitnehmer werden versuchen, Selbstbehalte so weit wie möglich zu vermeiden, da sich der Arbeitgeber an diesen direkten Ausgaben nicht beteiligt. Sie nehmen stattdessen höhere Versicherungsprämien in Kauf. Werden prozentuale Zuschüsse zu den Ausgaben für Behandlungen gewährt, bietet sich für Zuschußberechtigte die Wahl eines prozentualen Selbstbehaltstarifs an. Diese Versicherten sind, obwohl sie einen Selbstbehaltstarif gewählt haben, insgesamt in der Regel vollversichert.

3. Schwierigkeiten beim Messen von Wirkungen

Solche Regelungen, die die Wirkungen von Direktbeteiligungen verstärken oder abschwächen können, erschweren die empirische Analyse ganz wesentlich. Im folgenden wird an zwei Beispielen einer direkten Eigenbeteiligung gezeigt, welche Beobachtungen möglich sind und inwiefern diese der direkten Eigenbeteiligung direkt zugerechnet werden können. Absolute Direktbeteiligungstarife werden in der Bundesrepublik Deutschland von den privaten Krankenversicherungen angeboten. Verschiedene Tarife einer Versicherung könnten untersucht werden. Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen werden die Patienten unmittelbar an den Ausgaben für Zahnersatz beteiligt. Daten über die Entwicklung der Nachfrage

nach Zahnersatz bei verschiedenen Versicherungen standen zur Verfügung. Beide Formen der Direktbeteiligung unterschieden sich wesentlich (vergl. Übersicht). Je nach Art der Eigenbeteiligung und der Rahmenbedingungen mußte mit unterschiedlicher Reaktion vor allem der Versicherten gerechnet werden. Diese unterschiedlichen Wirkungsweisen können in der theoretischen Diskussion herausgearbeitet werden. Beim Messen von Reaktion auf den Instrumenteneinsatz sind darüber hinaus Unterschiede in den statistischen Daten zu berücksichtigen, die unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Analyse der Daten erforderlich machen. Für die absolute und prozentuale Direktbeteiligung wird im folgenden gezeigt, inwiefern Wirkungen beobachtbar und meßbar sind.

Übersicht

absolute Direktbeteiligung	prozentuale Direktbeteiligung
private Versicherung	gesetzliche Versicherung
ambulante Behandlung	Zahnersatz
eine Versicherung	mehrere Versicherungen
mehrere Tarife	ein Tarif
1976 - 1981	Jan. 1979 - Dez. 1981
Jahreswerte	Monatswert
Wahltarife	Pflichttarif

4. Absolute Direktbeteiligung

Tarife mit unterschiedlich hoher absoluter Direktbeteiligung und ein Tarif mit prozentualer Direktbeteiligung eines privaten Versicherungsunternehmens wurden verglichen,

um die Wirkung der absoluten Direktbeteiligung bei ambulanten medizinischen Leistungen (einschließlich Medikamente) zu ermitteln. Es konnten Daten für den Zeitraum 1976 bis 1981 berücksichtigt werden.

Ein Teil der Ausgaben wird von Patienten mit absoluter Beteiligung direkt bezahlt; die Ausgaben der Versicherung müssen um diesen Anteil sinken (statische Reduktionswirkung). Anhand des Instrumentariums der Wirtschaftstheorie kann abgeleitet werden, daß die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zurückgeht, und zwar über diesen statischen Effekt hinaus:

- Unterhalb des Selbstbehalts zahlen die Patienten alle Leistungen selbst; sie nehmen daher weniger (keine) und preiswertere Leistungen in Anspruch.
- Oberhalb der Selbstbehaltsgrenze entfällt der Sparanreiz, weil die Leistungen zu 100 % erstattet werden.
- Für einen Großteil der Versicherten ist es zu Beginn eines Jahres unklar, ob sie ihre Selbstbehaltsgrenze überschreiten werden oder nicht. Auch sie haben einen Anreiz zu sparen.

Um diese Hypothesen überprüfen zu können, muß das Ausgabenverhalten der Versicherten in verschiedenen Tarifen verglichen werden. Dabei muß gewährleistet sein, daß die Tarife eine vergleichbare Besetzung, insbesondere nach Alter und Geschlecht, aufweisen.

5. Einsparung für die Versicherung (Versicherten) über den statischen Effekt hinaus ? -----

In einem ersten Schritt wurden die Entwicklungen der Ausgaben oberhalb der Selbstbehaltsgrenzen verglichen. In diesem Bereich besteht kein unmittelbarer Sparanreiz für die Versicherten. Nur wenn die Versicherten längerfristig ihr Inanspruchnahme-Verhalten an die Eigenbeteiligung anpassen, sind in diesem Bereich Einsparungen zu

erwarten. Bei den Schadensfällen ab 600,- DM wurden etwa 53 % der Schäden im 250,-/300,-DM-Tarif, aber nur ca. 45 % im 500,-/600,-DM-Tarif beobachtet (vergl. Tabelle 1). Die Zahl der Patienten mit Ausgaben über 600,- DM sank zwischen 1976 und 1978 ab, um dann 1979 wieder zuzunehmen. Bei dem Tarif mit dem niedrigen Selbstbehalt ging die Zahl der Patienten erst um 1,7 Prozentpunkte zurück, um dann innerhalb von einer Periode um 3,9 Prozentpunkte zuzunehmen. Bei dem Tarif mit dem hohen Selbstbehalt war das Umgekehrte zu beobachten: Einem Rückgang um 14,8 Prozentpunkte in den ersten drei Jahren des Beobachtungszeitraums steht eine Zunahme um nur 0,6 Prozentpunkte im letzten Jahr gegenüber. Folglich haben sich die beiden Tarife im Beobachtungszeitraum deutlich auseinander entwickelt.

Tabelle 1

Versicherte mit Ausgaben über 600,- DM
(absolute Selbstbehaltstarife)

Jahr	Selbstbehalt	Zahl der Patienten	
		absolut	in %
1976	250,-	4842	54,3
1977	250,-	5869	52,1
1978	300,-	5892	51,6
1979	300,-	5534	55,5
1976	500,-	276	56,7
1977	500,-	395	45,1
1978	600,-	419	41,9
1979	600,-	419	42,5

Auch oberhalb der Selbstbehaltsgrenze sind also Einsparungen zu beobachten. In Tarifen mit hohem Selbstbehalt gehen die Erstattungen der Versicherung auch dadurch zurück, daß die Zahl der Patienten mit hohen Rechnungen längerfristig sinkt.

Wegen der Preisentwicklung im Gesundheitssektor müßte sich der Anteil der Versicherten mit Ausgaben über 600,- DM in den beobachteten Jahren kontinuierlich erhöht haben, wenn man von einem im Zeitablauf konstanten Nachfrageverhalten nach medizinischen Leistungen ausgeht, da immer mehr Patienten allein schon infolge der Preissteigerungen über die 600,-DM-Grenze rutschen. Bei dem zu Vergleichszwecken berücksichtigten 20 %-Tarif zeigte sich dieser Effekt deutlich (Tabelle 2). Der Anteil der Patienten mit Ausgaben über (hier) 625,- DM stieg kontinuierlich von 53 % auf 63 %.

Tabelle 2

Versicherte mit Ausgaben über 625,- DM
(prozentuale Direktbeteiligung)

Jahr	Selbstbehalt	Zahl der Patienten	
		absolut	in %
1977	20 %	4255	52,8
1978	20 %	4978	56,8
1979	20 %	5262	60,3
1980	20 %	5464	63,4

Bei der absoluten Beteiligung läßt sich - wie gesagt - die umgekehrte Entwicklung beobachten. Das kann einmal damit erklärt werden, daß zu Beginn einer Rechnungsperiode für die meisten Versicherten ein Sparanreiz besteht, solange die Chance vorhanden ist, die Selbstbehaltsgrenze nicht zu überschreiten. Erzwingen dann (unvorhergesehene) Krankheitsfälle Ausgaben über die Selbstbehaltsgrenze hinaus, entfällt für den Rest der Rechnungsperiode jeder weitere Sparanreiz. Die bis dahin bewirkten Einsparungen behalten jedoch zum großen Teil ihre Wirkung. Der Nachfrageverzicht wird nicht vollständig nachgeholt.

Überraschend ist im 500,- DM-Selbstbehaltstarif der erneute Anstieg der Patienten mit Ausgaben über 600,- DM von 41,9 % auf 42,5 % (1979). Im Beobachtungszeitraum wurde ein Tarif mit 150,- DM Selbstbehalt eingeführt. Sehr viele Versicherte sind nach Aufforderung durch die Versicherung aus dem 300,-DM-Tarif, aber auch aus dem 600,-DM-Tarif in diesen abgewandert. Dabei hat es sich anscheinend nicht um die gesundheitlich gefährdeten Versicherten dieser Tarife gehandelt, obwohl man aufgrund theoretischer Überlegung erwarten würde, daß vor allem gefährdete Versicherte sich für einen niedrigen Selbstbehalt entscheiden.

Patienten, die in der laufenden Periode Versicherungsleistungen in Anspruch genommen haben, werden sich nur sehr zurückhaltend um eine Änderung der Versicherungskonditionen bemühen. Beim Wechsel des Versicherungstarifs kann eine Risikoprüfung von der Versicherung verlangt werden, was potentielle Tarifwechsler abschrecken wird. Nach Einführen des 150,-DM-Tarifs wurden zusätzlich die Tarife mit höherem Selbstbehalt seltener nachgefragt. Der Neuzugang fand vornehmlich im 150,-DM-Tarif statt. Entscheidend sind jedoch die Arbeitgeberzuschüsse zu den Versicherungsprämien, die eine nicht risikogerechte Wahl eines Versicherungstarifs bewirken. Die eventuell vorhandenen Risikoentscheidungen werden durch die Arbeitgeberzuschüsse überlagert. Bei dem größten Teil der Versicherten in dem 150,-DM-Tarif handelt es sich um zuschubsberechtigte Arbeitnehmer. Es überrascht daher nicht, daß gerade auch junge Leute sich für diesen Tarif entscheiden.

6. Einsparungen bei den "Selbstzahlern"

Neben diesen bei der Versicherung ermittelten Effekten ist bei denjenigen Versicherten mit Einsparungen zu rechnen, die mit ihren Ausgaben im Bereich des Selbst-

behalts bleiben. Insbesondere ist anzunehmen, daß der Anteil der Versicherten, die ganz auf Behandlungen verzichten, bei höherem Selbstbehalt zunimmt. Das Verhalten dieser Gruppe wurde in einer Stichprobe ermittelt.

Tabelle 3 ist zu entnehmen, daß beim 600-DM-Tarif der Anteil der behandlungsfreien Versicherten mit 20,2 % mehr als doppelt so hoch lag als bei dem 350-DM-Tarif (9,3 %). Der Anteil der Behandlungsfreien lag außerdem in beiden Fällen höher als in dem Tarif mit prozentualem Selbstbehalt.

Die Zahl der Versicherten, die keine Behandlungen in Anspruch nehmen, steigt. Der Anteil dieser Versicherten ist bei höherem Selbstbehalt deutlich größer als in anderen Versicherungstarifen. Es konnte nicht geprüft werden, ob die Versicherten, die noch Behandlungen in Anspruch nahmen, preiswertere Leistungen bevorzugten. Da der Anteil der Versicherten, deren Ausgaben den jeweiligen Selbstbehalt überstiegen, zurückgegangen ist, müssen diese bei den leistungsfreien Versicherten wieder aufgetaucht sein. Die Gesamtausgaben der leistungsfreien Versicherten müßten daher gestiegen sein, weil sich ihre Zahl erhöht hat. Dies gilt allerdings nur, wenn nicht gleichzeitig auch die Zahl der Versicherten ohne Behandlung entsprechend angewachsen ist. Folglich ist selbst dann ein weiteres Indiz für Einsparwirkungen als Folge der absoluten Direktbeteiligung gefunden, wenn diese Gesamtausgaben nicht höher sind als bei vergleichbaren Versicherten in Tarifen ohne absolute Direktbeteiligung. Dies konnte sowohl für den mittleren als auch für den hohen Selbstbehalt bestätigt werden.

Tabelle 3

Verteilung der Versicherten auf ausgewählte Intervalle

Jahr	prozentualer Selbstbehalt 20 %				absoluter Selbstbehalt DM 350,- 600,-	
	1977	1978	1979	1980	1981	1981
Ausgaben: prozentuale Anteile:						
0	5,8	7,2	8,1	7,3	9,3	:
1 - 300	24,3	20,7	17,7	16,4	14,5	:
301 -	69,9	72,1	74,2	76,3	76,2	:

0	5,8	7,2	8,1	7,3	:	20,2
1 - 600	41,5	36,0	31,6	29,3	:	32,9
601 -	52,7	56,8	60,3	63,4	:	46,9

Deutliche Einsparungen, bezogen auf die Gesamtausgaben können nur bei relativ hohen absoluten Selbstbehalten erwartet werden. Zusätzlich konnte festgestellt werden, daß Versicherte erst dann auf Versicherungsleistungen verzichten und stattdessen Prämienrückerstattungen in Anspruch nehmen, wenn ihnen deutliche finanzielle Nachteile entstehen. Das ergab sich - wie gesagt - bei einem Vergleich von Tarifen mit absolutem Selbstbehalt und einem Versicherungstarif mit 20 % direkter Eigenbeteiligung. Da auch 20 % Direktbeteiligung bereits die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verringert, werden in der empirischen Untersuchung die Einsparungen absoluter Selbstbehalte eher unterschätzt.

7. Prozentuale Direktbeteiligung

Zum 1. Januar 1980 haben verschiedene gesetzliche Krankenversicherungen ihre Zuschüsse zu den Ausgaben für Zahnersatz von 80 % auf 70 % gekürzt.

Innerhalb des Leistungsbündels "Zahnersatz" muß mit Verschiebungen der Nachfrage gerechnet werden, da unter ökonomischen Gesichtspunkten nur dann die effizientesten Formen des Zahnersatzes gewählt werden, wenn für diese Leistungen ein angemessener Preis - aus der Sicht der Patienten - zu entrichten ist.

Durch die erhöhte direkte Kostenbeteiligung der Patienten werden diese neben den Qualitätskriterien in stärkerem Maße auch den Kostenaspekt bei der Entscheidung für eine bestimmte Form des Zahnersatzes berücksichtigen.

Die Substitutionswirkungen können innerhalb des Leistungsbündels "Zahnersatz" auch in Verschiebungen zwischen der Neuanfertigung und der Wiederherstellung von Zahnprothesen auftreten.

Die Reaktionen der Versicherten auf die Erhöhung der Direktbeteiligung wurden aus den monatlichen Fallzahlen und Ausgaben für Zahnersatz derjenigen Versicherungen ermittelt, die ihre Zuschußregelungen geändert haben. U.a. waren dies in Schleswig-Holstein die Versicherungen OKK Kiel, AOK Lübeck und AOK Neumünster und in Bayern die AOK Lindau. Zur Berechnung der Elastizität der Nachfrage bei einer Änderung der Direktbeteiligung wurden die Ausgaben und Fallzahlen des Jahres 1979 mit denen von 1980 verglichen. Das Abrechnungsverhalten der Zahnärzte wurde dabei berücksichtigt. Bei den Versicherungen Schleswig-Holsteins wurde fast ausschließlich ein Rückgang in der Zahl der Behandlungen registriert. Die Ausgaben gingen dagegen weniger stark zurück oder stiegen sogar an.

./.

Die Entwicklung der Fallzahlen ist als Indiz für die Verhaltensanpassungen der Versicherten besser geeignet als die Entwicklung der Ausgaben. Während die Patienten vorwiegend entscheiden werden, ob sie zu einer Behandlung bereit sind oder nicht, liegt die Entscheidung, welche Art der Behandlung der einzelne Patient erhält, in weit stärkerem Maße bei den Zahnärzten.

Geht man von dieser Annahme aus, reagierten die Patienten auf die Erhöhung der Kostenbeteiligung mit einer Reduktion der Nachfrage. Diese Einschränkung der Nachfrage machte sich jedoch nur bei der Versicherung auch in den Ausgaben deutlich bemerkbar, die vor der Maßnahme bereits ein relativ hohes Ausgabenniveau erreicht hatte.

Bei der AOK Lindau gingen nach der Erhöhung der Beteiligung sowohl die Fallzahlen als auch die Ausgaben nahezu gleich stark zurück. Überraschend ist eine vergleichsweise hohe negative Elastizität beim Arzthonorar. Die Material- und Laborkosten haben relativ schwach auf die Maßnahme reagiert. Neben den Elastizitäten wurden die jährlichen Zuwachsraten bei den Fällen und Ausgaben für die Versicherungen mit geändertem Zuschußverhalten berechnet und mit sonstigen Versicherungen verglichen (Tabellen 4 und 5).

Tabelle 4

Jährliche Zuwachsraten bei den Fällen und Ausgaben
in Schleswig-Holstein (%)

		Kiel/Lübeck Neumünster		sonstige AOKen Schleswig-Holsteins	
		1979	1980/81	1979	1980/81
Fälle:	M	12,3	3,2	14,9	7,3
	F	9,1	-3,2	12,0	0,0
	R	29,0	10,2	28,0	12,1
	G	18,0	4,8	19,2	7,8

Ausgaben	M	27,1	2,8	36,6	13,8
	F	26,2	-2,9	31,8	-0,5
	R	52,1	19,3	56,8	31,1
	G	32,9	5,3	40,3	13,8

Bei allen Versicherungen Schleswig-Holsteins sind 1980/81 die Zuwachsraten der Zahl der Behandlungen und der Ausgaben gegenüber 1979 gesunken. Dabei war der Rückgang bei den Versicherungen mit geänderter Zuschußgewährung in allen Fällen stärker ausgeprägt als bei den übrigen Versicherungen. Während 1979 die Zahl der Behandlungen bei den beiden Gruppen von Versicherungen etwa in gleichem Maße anstieg (18 % bzw. 19,2 %), war in den folgenden zwei Jahren ein deutlicher Unterschied zu beobachten (4,8 % gegenüber 7,8 %).

Für die Versicherungen Schleswig-Holsteins kann zusammenfassend festgehalten werden, daß sich das Instrument "Erhöhung der prozentualen Direktbeteiligung beim Zahnersatz" bezüglich der Entwicklung der Zahl der behandelten Personen und der Gesamtausgaben der Versicherungen als günstig erwiesen hat. Der Vergleich mit den Versicherungen, die ihre Zuschußgewährung im Beobachtungszeitraum nicht geändert haben, zeigt jedoch, daß

die Wirkungen nicht ausschließlich der Erhöhung der Direktbeteiligung zugerechnet werden können.

Eine ähnliche Entwicklung konnte im Bereich der KZV Bayerns festgestellt werden. Dort wurden die Zuwachsraten der AOK Lindau mit denen der sonstigen AOKen Bayerns und der BKK ENKA verglichen. Die BKK ENKA gewährte im Beobachtungszeitraum einen Zuschuß von 75 %.

Tabelle 5

Jährliche Zuwachsraten bei den Fällen und Ausgaben
in Bayern (%)

	AOK Lindau		BKK ENKA		sonst. AOKen Bayerns	
	1979	1980/81	1979	1980/81	1979	1980/81
Fälle	0,7	-2,9	3,9	4,4	4,2	7,7
Honorar	1,3	-0,8	9,7	20,6	:	:
Mat.+Lab.	16,2	2,2	21,2	42,5	:	:
gesamt	9,1	0,8	15,6	31,1	26,2	13,8

Während bei der AOK Lindau die Gesamtausgaben für Zahnersatz vor der Maßnahme noch um 9,1 % stiegen, wurde nach der Maßnahme nur noch ein Zuwachs von 0,8 % beobachtet. Bei den sonstigen AOKen Bayerns, die ihre Zuschußregelungen nicht geändert haben, war ein Rückgang in den Ausgabenzuwächsen von 26,2 % auf 13,8 % zu beobachten.

Im Gegensatz zu den sonstigen AOKen Bayerns zeigt sich bei der BKK ENKA nur ein leichter Anstieg in der Zahl der behandelten Personen. Dagegen stiegen die Ausgaben zwischen 1980 und 1981 jährlich um 31,1 %, während 1979 ein Zuwachs von 15,6 % zu beobachten war. Sowohl das Honorar für die zahnärztlichen Leistungen als auch die Material- und Laborkosten waren an dieser Entwicklung

beteiligt. Der AOK Lindau ist es durch die Erhöhung der prozentualen Direktbeteiligung beim Zahnersatz offensichtlich gelungen, sich von der allgemeinen Entwicklung der AOKen Bayerns abzukoppeln.

Insbesondere der Vergleich der Krankenversicherungen Bayerns zeigt, daß die einzelnen Krankenversicherungen sich selbst in einem als relativ homogen anzusehenden Beobachtungszeitraum sehr unterschiedlich entwickeln können, wodurch die Beurteilung der Wirksamkeit der Direktbeteiligung der Patienten wesentlich erschwert wird. Die Entwicklung bei der AOK Lindau fiel deutlich günstiger aus als bei der BKK ENKA. Es kann jedoch nicht gefolgert werden, daß dies ausschließlich auf die Erhöhung der Direktbeteiligung zurückgeführt werden kann. Immerhin waren bei der AOK Lindau nach der Maßnahme rückläufige Fallzahlen zu beobachten, während bei den sonstigen AOKen Bayerns ein verstärkter Zuwachs zu beobachten war. Dagegen waren die Ausgabenzuwächse bei beiden rückläufig. Auch bei der AOK Lindau sind somit die auf die geänderte Zuschußregelung zurückführbaren Wirkungen geringer zu veranschlagen, als man bei einer isolierten Betrachtung dieser Versicherung vermuten würde.

8. Der Wert von Meßergebnissen

Am Beispiel der absoluten und prozentualen Direktbeteiligung konnte somit herausgearbeitet werden, mit welchen Reaktionen auf die direkte Eigenbeteiligung unter konkreten gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen gerechnet werden muß. Dabei zeigte sich, daß eine isolierte Beurteilung des Instrumentes "Direktbeteiligung" sehr leicht zu falschen Schlußfolgerungen führen kann. Die "Wirksamkeit" der Direktbeteiligung kann durch andere Regelungen abgeschwächt oder verstärkt werden. Ebenso muß man sich davor hüten, von

der Direktbeteiligung unabhängige Entwicklungen fälschlicherweise dem Instrumenteneinsatz zuzurechnen. Das geringe Datenangebot im Gesundheitsbereich trägt nicht gerade dazu bei, falsche Schlußfolgerungen zu verhindern. Trotz dieser Einschränkung konnten verschiedene Indizien für die Wirksamkeit der Direktbeteiligung herausgearbeitet werden. Diese Ergebnisse sind zum einen geeignet, die Diskussion über direkte Eigenbeteiligungen zu versachlichen, andererseits können sie die Grundlage für weitergehende Analysen im Gesundheitsbereich darstellen.