

Entwurf zur Verbesserung der Lenkungsseffizienz  
der Selbstbeteiligung in der GKV am

Beispiel Zahnersatz

Der Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt

by

Walter Winkler

September 1993



University of Bielefeld

33501 Bielefeld, Germany

## I. Einführung

In der ordnungspolitischen Reformdiskussion über die gesetzliche Krankenversicherung sind in den letzten Jahren verstärkt zentrale Begriffe in den Vordergrund gerückt.

Für die Bestimmung des sachlichen Leistungsumfanges wurde das Begriffspaar **Regel- und Wahlleistungen** geprägt. In die Diskussion um eine Neuregelung des finanziellen Versicherungsanspruches wurde der Begriff des **Festzuschusses** umfassender als bisher eingeführt. Entgegen dem Sachleistungsprinzip wurde der Begriff der **Kostenerstattung** zur Neugestaltung der vertraglichen Beziehungen zwischen den Leistungserbringern, den Versicherten und den Krankenkassen verwendet.

Die Einführung dieser Instrumente ist mit einem Eingriff in die fundamentalen Gestaltungsprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung verbunden. An eine Analyse der Realisierbarkeit und der Wirkungen der Instrumente sind deshalb besondere Ansprüche zu stellen. Die jeweilige Neuregelung muß zunächst daraufhin überprüft werden, ob sie mit dem Zielsystem einer solidarischen Krankenversicherung in Einklang steht. Auf der nächsten Ebene gilt es zu untersuchen, ob sie als Steuerungsinstrumente geeignet sind, die erwünschten Wirkungen in höherem Maß zu erreichen als die bisherigen Instrumente. Auf der dritten Ebene wäre im Rahmen einer Kosten-Nutzenanalyse zu untersuchen, ob der Grad einer Effizienzverbesserung eine Abkehr von den grundlegenden Prinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung rechtfertigt.

Bisher lediglich theoretisch formulierte Aussagen und Erwartungen an Modelle, die die o.g. Systemelemente enthalten, erfüllen die Ansprüche an eine solche Analyse nicht. Es fehlt eine konsistente Darstellung der konkreten Ausgestaltung des Konzeptes, ohne die es nicht an den realen Verhältnissen

gemessen werden kann.

Im Gegensatz zu diesen Vorschlägen setzt der hier vorgeschlagene Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt an den bestehenden Instrumenten und institutionellen Einrichtungen der GKV an. Die mit diesem Instrument beabsichtigten Finanzierungs- und Steuerungseffekte für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stehen im Vordergrund.

#### - Identifizierung der vorhandenen Defizite

Die Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird auch auf eine ungenügende Ausgestaltung der Lenkungsinstrumente für eine wirtschaftliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zurückgeführt. Bestehende Finanzierungsformen stellen für den Versicherten als auch für den Anbieter keinen oder einen zu geringen Anreiz dar, Gesundheitsleistungen nach ökonomischen Kriterien nachzufragen. Die Folge hiervon wird in einer medizinisch nicht notwendigen Ausweitung der in Anspruch genommenen Leistungen gesehen. Diese Leistungsausweitung drückt sich in einer Mengenausweitung und in einer strukturellen Veränderung der Nachfrage hin zu aufwendigeren Leistungen aus.

#### - Ansatzpunkte für eine Steuerung

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird praktisch von zwei Seiten bestimmt. Der Versicherte formuliert seine Gesundheitsbeschwerden, der Anbieter setzt einen diagnostizierten Versorgungsbedarf in die Nachfrage nach Therapieleistungen um. Lenkungsmechanismen haben deshalb bei beiden Entscheidungsträgern - dem Versicherten und dem Leistungserbringer - anzusetzen.

In der gesundheitsökonomischen Diskussion steht hingegen der Versicherte als originärer Nachfrager nach Gesundheitsleistungen im Vordergrund. In der Gestaltung der Höhe und der Struktur der für ihn geltenden Preise ist deshalb das geeignete Finanzierungs- und Steuerungsinstrument für die Nachfrage zu sehen.

Es ist deshalb nicht plausibel, wenn sich die Diskussion bisher weitgehend auf Leistungsausgrenzungen und auf eine Aufhebung des kollektiv-vertraglichen Konzeptes zur Feststellung von Leistungen, Preisen und Qualitäten auf der Anbieterseite konzentriert. Der auf dem "Beschaffungsmarkt" vereinbarte Anbieterpreis für Gesundheitsleistungen steht praktisch in keinem Zusammenhang mit dem "Preis", der für die originäre Nachfrage der Versicherten relevant ist.

Hieraus empfiehlt sich aus steuerntechnischer Sicht als Instrumentvariable der "Preis" für den Versicherten - und dies ist beim zuzahlungspflichtigen Zahnersatz die Höhe der "Eigenbeteiligung".

## II. Eckpunkte des Proportionaltarifes mit differenziertem Selbstbehalt

### 1.) Bestimmung des Leistungsangebotes

Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Aufgabe, ihren Mitgliedern die medizinische Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu sichern. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.

Die in der Selbstverwaltung entwickelten Leistungsverzeichnisse, die es nach fallbezogener individueller Indikation ermöglichen, Einzelleistungen so miteinander zu kombinieren, daß eine ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung gewährleistet ist, sind in ihrer Gesamtheit als medizinisch notwendiger Anspruchskatalog der Versicherten zu bezeichnen.

Eine reine Aufteilung des bestehenden Anspruchskataloges in Regel- und Wahlleistungen stellt keine Erweiterung der derzeitigen Wahlmöglichkeiten dar. Das bestehende Leistungsrecht verbietet es keinem Versicherten, auf alle denkbaren Therapiemöglichkeiten zurückzugreifen, die nicht in diesem Anspruchskatalog enthalten sind. Die Beschreibung der Anspruchsleistungen dient zwei zentralen Zwecken:

a.) Mit der Vereinbarung und Dokumentation des Leistungskataloges signalisiert die Selbstverwaltung gegenüber dem Versicherten, welche Gesundheitsleistungen sie aus der Vielfalt möglicher Leistungen als medizinisch ausreichend, zweckmäßig und notwendig unter Berücksichtigung des medizinischen Wissens hält. Damit übt sie eine wichtige Informationsfunktion für die Versicherten aus, ohne jedoch deren Wahlmöglichkeiten zu beschränken.

b.) Für Teile dieses Leistungskataloges, deren Inanspruchnahme die Selbstverwaltung empfiehlt, werden Zuschüsse unter Berücksichtigung differenzierter Selbstbehalte der Versicherten gewährt.

## 2.) Vereinbarungen über Leistungen, Preise und Qualitäten mit der Anbieterseite

Für die vereinbarten Leistungen müssen vertragliche Vereinbarungen über Honorare (Preise), Leistungsmengen, Qualitätskriterien und weitere Abrechnungsregelungen getroffen werden.

Zentrales Gestaltungselement hierfür sind kollektiv-vertragliche Vereinbarungen der Gesetzlichen Krankenkassen mit den Leistungsanbietern.

Der Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt behält das kollektiv-vertragliche Verhandlungskonzept der Gesetzlichen Krankenkassen mit den Leistungsanbietern bei. Die vereinbarten Preise sind weiterhin Höchstpreise, sodaß Preisspielräume der Solidargemeinschaft zugute kommen.

Ein zentraler Kritikpunkt gegen die Vorschläge zur Einführung von Kostenerstattung und Festzuschußsystemen muß gerade darin gesehen werden, daß sie mit einem weitgehenden Abbau von Mitwirkungs- und Steuerungskompetenzen der Krankenkassen verbunden sind, für die keine Alternativen angeden werden.

Bisher von den Krankenkassen für die Versicherungsgemeinschaft wahrgenommenen Informations-, Verhandlungs- und Kontrollfunktionen über Leistungen, Preise und Qualitäten der Anbieter würden mit den hierbei entstehenden Kosten auf den einzelnen Versicherten überwälzt.

Ohne ein Angebot funktionaler Äquivalente (wie z.B. Schaffung von Markttransparenz, Informations- und Beratungsdienste etc.), ist damit ein Abbau von Sicherheit und Transparenz des Leistungs- bzw. Marktgeschehens verbunden. Damit erhöhen sich für den einzelnen Versicherten erheblich die Marktunsicherheiten und Marktrisiken, während dem Leistungserbringer monopolistische Handlungsspielräume eröffnet werden. Das jedoch ist kein Ziel der Reform.

Die Risiken und Gefahren für die Versorgungsqualität, die sich hieraus ergeben, werden bisher in der Diskussion um die Einführung marktwirtschaftlicher Steuerungsinstrumente weitgehend vernachlässigt und unzureichend diskutiert. Noch ein anderer wichtiger Aspekt bleibt unberücksichtigt: Es gibt eine ganze Reihe von transaktionskostentheoretischen Überlegungen, die begründen, daß eine Versicherungsgemeinschaft bei Gesundheitsleistungen ausdifferenzierte Institutionen (dies können wie in der GKV die Krankenkassen selbst sein) mit der kollektiven Vereinbarung von Leistungen, Mengen, Preisen und Qualitäten beauftragt. Ein Vergleich mit den bestehenden Regelungen muß deshalb die Effizienz der verschiedenen Koordinationsmechanismen von Angebot und Nachfrage unter Berücksichtigung der alternativ entstehenden Informations- und Transaktionskosten und deren Verteilung auf die Beteiligten miterücksichtigen. Man muß dann zu dem Ergebnis kommen, daß bei gegebenem Leistungsangebot jene Regelung effizienter ist, die die geringsten Transaktionskosten für die Versicherungsgemeinschaft verursacht, und ein niedrigeres Niveau der Preis- und Qualitätsrisiken für die Versicherten gewährleistet.

Die Überlegungen zeigen einen wichtigen Sachverhalt auf. Die Funktion der gesetzlichen Krankenkassen geht aus der Sicht der Mitglieder über eine reine Versicherungstätigkeit hinaus, indem sie wichtige "Marktfunktionen" kostensparend für die einzelnen Mitglieder der Solidargemeinschaft wahrnimmt.

Kollektiv-vertragliche Vereinbarungen der Krankenkassen mit den Leistungsanbietern haben neben dem Aspekt der Wahrnehmung von Marktfunktionen auch den Vorteil, daß die gesetzlichen Krankenkassen und damit die Versicherungsgemeinschaft die Preiskomponente der Gesamtaufwendungen für Gesundheitsleistungen steuern können. Der einzelne Versi-

cherte kann darauf vertrauen, daß die Preise für seine in Anspruch genommenen Leistungen ein angemessenes Niveau widerspiegeln.

Insbesondere die bestehenden Regelmechanismen zur Sicherung und Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität müssen aufgrund der weithin bestehenden Uninformiertheit der Versicherten als unverzichtbar angesehen werden. Hierzu gehören z. Bsp. bei Zahnersatz die aus der Praxis bekannten Regelungen einer fachgerechten ex-ante-Prüfung des Heil- und Kostenplanes, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Rechnungslegung, sowie die Möglichkeit für den Versicherten, Gutachter mit der Beurteilung strittiger Entscheidungen, Leistungen oder vorliegender Mängel in Anspruch nehmen zu können.

Mögliche Ineffizienzen, die in diesen Verfahren auch aufgrund einer möglicherweise nicht sachdienlichen Regelungs-dichte bestehen, sprechen nicht generell gegen diese institutionellen und organisatorischen Sicherungsregelungen.

Für die weiteren Überlegungen folgt damit konsequent, daß die gesetzlichen Krankenkassen weiterhin als notwendiger und isopotenter Partner gegenüber den Leistungsanbietern und damit als Informations-, Verhandlungs- und Kontrollinstitution für die Versicherungsgemeinschaft angesehen werden müssen. Damit diese Funktionen angemessen wahrgenommen werden können, sind die institutionellen und organisatorischen Regelungen beizubehalten.

### 3.) Vereinbarungen mit der Nachfragersseite

Aufgrund der Tatsache, daß in der geringen Lenkungseffizienz auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten die Ursache für unbefriedigende Entwicklungen der Ausgaben der Krankenkassen gesehen wird, kommt der Steuerung der Versichertennachfrage eine zentrale Bedeutung zu.

Für das Ziel einer Mengensteuerung stehen zunächst umfangreiche Aufklärungs- und Informationsinstrumente zur Verfügung.

Aus ökonomischer Sicht sind jedoch Preissignale für die Mengensteuerung auf Märkten relevant.

Bei der Versorgung mit Zahnersatz wird der Versicherte vor der Behandlung über die möglichen und notwendigen Leistungen und über die Preise der Anbieter informiert. An den Gesamtkosten wird er derzeit mit einer proportionalen Zuzahlung beteiligt. Er weiß daher, in welcher Höhe er bei einer Inanspruchnahme von Leistungen an den Gesamtkosten beteiligt wird.

Das nachfragewirksame "Preissignal" geht daher bei Zahnersatz aus der Sicht des originären Nachfragers von der Höhe seiner Zuzahlung aus.

### III. Konkrete Ausgestaltung des Proportionaltarifes mit differenziertem Selbstbehalt

Nach diesen Überlegungen ergibt sich nun die folgende Zielformulierung:

Der Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt soll es ermöglichen, einen stärkeren Einfluß auf das Versicherungsverhalten der Versicherten und der Anbieter (Steuerungseffekt) dahingehend auszuüben, daß Umfang und Struktur der Leistungsanspruchnahme sich so verändern, daß die Ausgaben der Krankenkassen nicht den Rahmen einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung überschreiten (Finanzierungseffekt).

Das Modell verbindet den bisher praktizierten Proportionaltarif mit den strukturellen Finanzierungs- und Steuerungswirkungen eines differenzierten Selbstbehaltes.

Die Zuschußgestaltung wird wie folgt vorgenommen:

1.) Für den derzeit geltenden Leistungsumfang der vertragssahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz gilt generell ein zu bestimmender proportionaler Zuschußtarif. Hierbei können Veränderungen der Präferenzen der Versicherten, der Preisrelationen zu anderen Gütern und der Einkommensentwicklung der Versicherten berücksichtigt werden. Die Veränderung des Proportionaltarifes ist ein global wirkendes, ausgabensteuerndes Instrument.

2.) Der allgemeine Proportionaltarif schließt nicht aus, daß man einzelne Leistungen zu Anreizzwecken für einen sparsamen Einsatz (seitens der Anbieter) und zur wirtschaftlich überlegten Wahl (seitens der Patienten) mit einem vom Versicherten zu tragenden "Selbstbehalt" in Form eines festen DM-Betrages belegt.  
Wählt ein Versicherter diese Leistung, so drückt sich seine höhere Nutzeinschätzung dieser Leistung in einer höheren Zuzahlungsbereitschaft gegenüber einer Alternativversorgung ohne Selbstbehalt aus.

Damit sind für die Nachfrage nach diesen Leistungen ursachenorientierte Zuzahlungsformen (Preise) eingeführt, ohne daß es deshalb notwendig ist, den kollektiv-vertraglichen Koordinationsmechanismus für die Anbieterseite zu ändern.

Die Erhebung des Selbstbehaltes für die spezifischen Leistungen wirkt unmittelbar ausgabenreduzierend.

#### - Versachlichung der Debatte

Zur Bildung von anreizwirksamen Zuzahlungs- (Preis-) relationen ist es nicht notwendig, sich an der Diskussion zu beteiligen, ob, welche und in welchem Umfang Leistungen aus medizinischen oder rein versicherungstechnischen Gründen

als Bestandteil einer Kassenzahnärztlichen Versorgung gelten können. In medizinischer Sicht bleiben solche Diskussionen immer riskant. Man muß sich auch nicht den Gefahren aussetzen, wie sie mit dem Versuch, vollständige, komplexe Behandlungsformen als Leistungsbündel zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen mengen-funktional beschreiben zu wollen, verbunden sind. Diesen Risiken muß sich jedoch ein Konzept stellen, das mit Leistungsausgrenzungen und Festzuschuldungen operiert. Es erfordert zwangsläufig eine eindeutige Definition der inhaltlichen und mengenfunktionalen Zusammenhänge der Heilbehandlung. Umfangreiche Realisierungsversuche solcher Zuordnungen sind bisher gescheitert. Mit der Bildung von durchschnittlichen Leistungskomplexen, wären auch die Grundlagen einer individuellen befundorientierten Therapie, einer leistungsäquivalenten Kostenzurechnung für den Versicherten und einer leistungsgerechten Entlohnung der Leistungserbringer weitgehend in Frage gestellt.

#### - Differenzierter Selbstbehalt als Instrument der Feinststeuerung

Der Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt orientiert sich zur Vermeidung der obengenannten Risiken nicht an komplexen Beschreibungen von abstrakten Versorgungsformen, sondern an deren Differenzen. Er geht von der Erfahrung aus, daß sich befundorientierte Kombinationen zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen unter Berücksichtigung der Forderung nach Leistungs- und Kostenäquivalenz einer Standardisierung entziehen. Abstrakte Beschreibungen sind für Heilbehandlungen nicht ohne erhebliche medizinische Risiken möglich. Sie werden deren Unikat-Charakter einer individuell angepaßten Therapie nicht gerecht.

Es ist hingegen ohne die genannten Nachteile möglich, unterschiedliche Behandlungsformen nach ihren Differenz-

leistungen zu identifizieren, und diese Einzelleistungen als zusätzliches Steuerungselement zu nutzen.

Im Leistungsbereich Zahnersatz sind hierfür beispielsweise nur einige wenige Leistungen mit einem Selbstbehalt zu belegen.

Für Versorgungsarten, denen eine disproportionale Kosten-/Nutzenrelation zugeschrieben werden, können damit unterschiedliche Zuzahlungs-(Preis-)Relationen gebildet werden. Besteht in besonderen Fällen bei der Wahl der vorzunehmenden Heilbehandlung keine Alternative, so kann dies analog einer bisher schon geübten Praxis in der Weise gelöst werden, daß in solchen Fällen der Selbstbehalt entfällt.

Es werden damit die Steuerungsmechanismen für die Krankenkassen entscheidend verbessert:

-Durch eine Veränderung des Proportionaltarifes können zukünftig politisch gewünschte Erhöhungen der generellen Selbstbeteiligungen vorgenommen werden (Globalsteuerung).

-Durch Veränderungen der Strukturkomponente "Selbstbehalt" kann der gewünschte Einfluß auf das strukturelle Versorgungsverhalten erreicht werden (Feinststeuerung).

Der Versicherte ist daran interessiert, seine Zuzahlung durch eine verstärkte Inanspruchnahme von Leistungen ohne Selbstbehalt zu reduzieren. Der Anbieter wird durch die entsprechende Wahl der Leistungen den Selbstbehalt für den Versicherten zu vermeiden oder zu verringern suchen.

Die veränderten Zuzahlungs-(Preis-)Relationen führen zu einem Substitutionseffekt zugunsten von Versorgungsformen mit relativ geringerer Zuzahlung. Gegenüber dem reinen Proportionaltarif ist damit der Steuerungseffekt verbessert. Die Erhebung des Selbstbehaltes bei spezifischen Leistungen führt

kalkulierbar zu einer Ausgabenreduzierung bei den Krankenkassen.

#### - Einfaches Leistungs- und Abrechnungsverfahren

Beim Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt wird das bisherige Abrechnungssystem der Leistungsanbieter ohne Änderung beibehalten.

Der Zuschuß errechnet sich in einfacher Weise:

Wählt der Versicherte eine Behandlungsform, die Leistungen enthält, für die ein Selbstbehalt vorgesehen ist, wird dieser von dem Rechnungsbetrag abgezogen. Von diesem hieraus sich ergebenden Rechnungsbetrag wird dann der prozentuale Zuschuß ermittelt.

Die verwaltungspraktischen Prüfverfahren bei Zahnersatz, wie z.B.

- die vorherige sachliche Prüfung der Heil- und Kostenpläne
  - die sachliche und rechnerische Prüfung der Rechnungslegung
- bleiben erhalten.

Die Dokumentation der erbrachten Leistungen, sowie die Rechnungslegung bleiben für den Versicherten weiterhin transparent und in einfacher Weise nachvollziehbar.

#### Beispiele aus dem Versorgungsbereich Zahnersatz

- Wahl unterschiedlicher Verblendungsarten bei Zahnersatz

Der Verblendung von Kronen/Brücken wird vornehmlich ein ästhetischer Wert zugeschrieben. Es ist daher eine normative Entscheidung diese Leistung als Kassenleistung anzuz-

sehen. Der Anteil der Ausgaben für Verblendungen an den Zahntechnikausgaben beträgt rund 25 %. Besteht die Ansicht, daß eine Verblendung mit Kunststoff einen vollwertigen Ersatz zur Keramikverblendung darstellt, so reicht es für eine Nachfragesteuerung aus, die Zuzahlung des Versicherten bei der Keramikverblendung gegenüber der Kunststoffverblendung zu erhöhen.

Je Keramik-Verblendung wird dafür ein Selbstbehalt erhoben, der von dem Versicherten voll zu tragen ist.

Die durch dieses Versorgungsverhalten ansonsten entstehenden zusätzlichen Ausgaben bei der bisherigen proportionalen Zuschußpraxis entstehen nicht. Das Einsparpotential ist erheblich. Es liegt bei dieser Variante bei rund 13 % der Gesamtausgaben.

- Größere Brücken zum Ersatz von mehreren Zähnen

Der Gesetzgeber hat große Brückenkonstruktionen zum Ersatz von mehr als vier Zähnen in vollem Umfang, d.h. alle für diese Behandlungsart notwendigen einzelnen Leistungen aus der Zuschußpflicht für die Krankenversicherung ausgenommen. Damit unterliegen alle hierfür notwendigen Leistungen keinen kollektiv-vertraglichen Vereinbarungen mehr.

Die Informations-, Prüf- und Kontrollfunktionen der Krankenkassen sind aufgehoben.

Der Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt vermerdet solche Ausgrenzungen. Bei ihm wird nur die spezifische Leistung "Brückenglied" mit einem Selbstbehalt belegt. Da der Umfang der Versorgungsform durch die Anzahl der Brückenglieder bestimmt ist, steigt bei der Wahl "großer Brücken" die Zuzahlungsbelastung des Versicherten proportional mit der Anzahl der Brückenglieder.

Hält der Gesetzgeber "kleine Brücken" für zuschufswürdig, so

kann er den Selbstbehalt erst ab einer bestimmten Anzahl der Brückenglieder ansetzen.

- **Beibehaltung der praktizierten Bonus-Regelung bei Zahnersatz**

Der Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt erlaubt es, die bisherige Bonus-Regelung, die dem Versicherten nach dem Nachweis eigener Vorsorgebemühungen zur Gesunderhaltung seiner Zähne einen höheren Zuschuß gewährt, ohne Änderung zu übernehmen.

- **Individuelle Therapie ist weiterhin gewährleistet**

Die Beibehaltung der bisherigen Abrechnungsverfahren gewährleistet, daß die Leistungserbringer wie bisher nach den individuell notwendigen Einzelleistungen berechnen. Hierfür erhalten sie jeweils den vereinbarten Preis. Leistungs- und Kostenäquivalenz bei der individuellen Versorgung sind für den Versicherten als auch für die Leistungserbringer daher gegeben.

Ein Festzuschuß-Modell bei freier Honorarvereinbarung birgt hingegen die Gefahr in sich, daß fehlerhafte Leistungsdefinitionen bei der Bildung von "Versorgungsformen" beim Versicherten zu medizinisch notwendigen zusätzlichen Leistungen führen, die seine Zuzahlung unvorhersehbar und unkalkulierbar erhöhen. Andererseits besteht die Gefahr, daß die asymmetrische Verteilung der Qualitätsinformationen zwischen dem Versicherten und dem Anbieter, sowie eine fehlende Leistungs- und Kostenkontrolle zu einer weitergehenden verteilten Qualitätsverschlechterung durch nicht oder ungenügend erbrachte notwendige Teilleistungen, die nicht in die Berechnung der Festzuschüsse einfließen sind, führen. Beide Entwicklungen sind zu vermeiden.

- **Stärkung der Nachfragersseite**

Der Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt stellt deshalb sicher, daß die Gesamtleistung weiterhin in den Preis- und Qualitätssicherungsregelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung verbleibt. Die obengenannten Risiken treten nicht auf.

Der Versicherte hat damit weiterhin alle Vorteile hinsichtlich der Preis- und Qualitäts-sicherheit und kann mit seinem Informations- und Beratungsanspruch an seine Krankenkasse die Durchsetzung seiner Leistungsansprüche im Falle von festgestellten Mängeln sicherstellen.

- **Flexibler Einsatz des Selbstbehaltes als Instrument der flexiblen Feinsteuern**

Mit dem Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt sind schnelle, kalkulierbare Reaktionen auf eine Vielzahl von Veränderungen im Leistungsgeschehen möglich.

Führen beispielsweise neue medizinische Erkenntnisse oder Neuentwicklungen aufgrund technischen Fortschrittes zu einer anderen Einschätzung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit bestimmter Versorgungsarten, kann darauf flexibel mit einer Veränderung des Selbstbehaltes reagiert werden.

Modelle, die mit gesetzlich fixierten Leistungsausgrenzungen oder abstrakten Leistungskomplexen operieren, weisen hierin deutliche Nachteile auf.

- **Einfache Integration in das bestehende System**

Die Regelungen des Leistungsrechtes der Gesetzlichen Krankenversicherung verfolgen ein mehrdimensionales Zielsystem, in dem das Ziel einer effizienten preliatalen Steuerung

der Versorgungsverhaltens teilweise mit anderen, z. B. weiteren gesundheits- und verteilungspolitischen Zielen in Konkurrenz stehen kann. Diesem Sachverhalt trägt der Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt Rechnung.

Er beteiligt sich damit nicht an der Diskussion um die Einführung von marktwirtschaftlichen Lenkungsmechanismen, die angesichts der realen Verhältnisse bei der Versorgung mit Gesundheitsleistungen zwingend umfangreiche flankierende Maßnahmen voraussetzt, die heute noch in keiner Weise verfügbar sind. Hierzu zählen insbesondere für den Versicherten leicht zugängliche alternative Preis- und Qualitätsinformationsmöglichkeiten, Anbietervergleiche, neutrale Beratungsinstitutionen, Möglichkeiten informativer Werbung, Neudefinition der Haftungsregeln und Normen zum Abbau des bestehenden Preis- und Qualitätsrisikos bei den Versicherten. Ohne diese Voraussetzungen kann in Leistungsausgrenzungen und einem Abbau von Steuerungskompetenzen bei den Krankenkassen bei der Einführung marktwirtschaftlichen Elemente nur ein Vorteil für den Leistungsanbieter in der Eröffnung von monopolistischen Handlungsspielräumen gesehen werden.

Unter diesen Aspekten bietet der Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt gegenüber jenen Systemen mit Kostenerstattung und Festzuschüssen in wesentlichen Punkten entscheidende Vorteile.

#### - Übertragbarkeit des Modells auf andere Leistungsbereiche

Der als Beispiel genannte Zahnersatz ist nur ein Teil der Therapiformen in der zahnärztlichen Versorgung. Es lassen sich hierbei medizinische als auch ökonomische Interdependenzen im Entscheidungskalkül des Anbieters zum Leistungsbereich "konservierender-chirurgischer" Behandlungsformen feststellen. Auch hier werden jene Phänomene diagnostiziert und

problematisiert, die Anlaß gaben, nach Reformmöglichkeiten bei Zahnersatz zu suchen. Es gibt deshalb keinen sachlichen Grund die Überlegungen auf nur einen Teilbereich zu beschränken. Im Gegenteil bietet sich unter einem anderen Aspekt eine Erweiterung an: Bezieht man das politische Ziel, bei "kleineren Risiken" (geringe Folgekosten bei Eintritt des Risikofalles) die Versicherten stärker mit Zuzahlungen zu belasten, auf den Gesamtbereich der zahnärztlichen Versorgung, läßt sich mit diesem Ziel begründen, auch die Beseitigung kleinerer Zahnschäden mit einem Selbstbehalt zu belangen.

Die Ausführungen zeigen, daß es keiner riskanten Veränderung der Fundamentalprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf. Das Ziel einer effizienten Mengen- und Ausgabensteuerung ist auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung erreichbar. Das Risiko des schlechenden Kompetenzverlustes der Krankenkassen gegenüber den Leistungsbringern entsteht nicht, was ihnen die vollständige Erfüllung ihrer Aufgaben gegenüber den Versicherten weiterhin ermöglicht. Aus sozialpolitischer und verwaltungspraktischer Sicht erscheint daher die Verbesserung des Zuschußsystems in der beschriebenen Form eher als Reformschritt geeignet, als Alternativkonzepte, die die Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend in Frage stellen.

## Finanzierungswirkungen beim Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt

### - Eine Modellrechnung -

Das Modell beschreibt die Finanzierungswirkungen des Proportionaltarifs mit differenziertem Selbstbehalt. Es zeigt weiter das Einsparpotential bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auf. Das im Rahmen der Versorgung ausgelöste Honorarvolumen für korrespondierende zahnärztliche Leistungen bleibt unberücksichtigt.

#### Modellvariablen:

##### BEL-Leistung:

Hierbei handelt es sich um die im Rahmen der kassenvertrags-ärztlichen Versorgung ab-rechenbaren zahntechnischen Leistungen ohne die L-Nr. 033 Versandkosten.

##### Preise:

Arithmetisches Mittel der Preise der 12 regionalen Vertragsbereiche zum 31.12.1991 (alte Bundesländer)

##### Frequenz:

Modell-Summe und Struktur der abgerechneten Leistungsmengen aus repräsentativen Vertragsbereichen.

##### Gesamtkosten Zahntechnik:

Preise \* Frequenz

##### Eigenanteil:

Der Eigenanteil der Versicherten wird mit 40 % angenommen. Gemäß SGB V sind 50% der Kosten als Zuschuß zuzüglich 10 % Bonus vorgesehen.

##### Kassenausgaben:

Die Ausgaben ergeben sich aus:  
Gesamtkosten ./ Eigenanteil

## Selbstbehalt in DM:

Bei 5 Positionen, deren Verwendung aufwendige Versorgungsformen indizieren, werden Selbstbehaltbeträge festgesetzt, die sich in einer Differenzrechnung approximativ für alternativ anfallende Leistungen ergeben.

#### Ergebnis:

Es zeigt sich, daß bei Einführung des Proportionaltarifs mit differenziertem Selbstbehalt erhebliche Einsparpotentiale für die Krankenkassen entstehen.

Das Einsparvolumen beträgt in der Modellrechnung 20,4 % der Ausgaben der Krankenkassen für zahntechnische Leistungen.

Die Versicherten werden bei der individuellen Entscheidung für aufwendige Versorgungsformen angemessen belastet.

Die mit dem Selbstbehalt veränderten Zuzahlungs- (Preis-) Relationen wirken unmittelbar auf das Nachfrageverhalten der Versicherten und auf das Angebotsverhalten des Leistungserbringers Zahnarzt.

Werden Leistungen mit Selbstbehaltbeträgen nicht mehr in Anspruch genommen, so entfallen fallweise und patientenspezifisch korrespondierende Einzelleistungen, so daß sich das potentielle Einsparvolumen erhöht.

Damit sind die Anforderungen an ein Reformmodell erfüllt:

- 1.) Es wirkt ausgabenreduzierend
  - 2.) Es wirkt nachtragsteuernd
  - 3.) Die Wahl des Versicherten gemäß seiner individuellen Präferenzen ist gegeben.
- Die Entscheidung des Versicherten jedoch ist aus Sicht der Krankenkassen ausgabenneutral.

Finanzierungswirkungen eines differenzierten Selbstbehalt

Keramische Verbindung	BEL-Nr.	Preise 1991 DM	Selbstbehalt	Frequenz	Modell - * Einsparung in DM
Keramische Verbindung	162 Verbindung Keramik	139		843.590	
	160 Verbindung Kunststoff	62			
	Differenz	77	80,00		67.487.200
Teleskopierende Krone	120 Teleskopierende Krone	260		134.998	
	134 Sekundärteil einarbeiten	80			
	101 Gußkrone	(95)			
	103 Gußkrone für Kammer vorbereiten /.	(17)			
	204 Zweiarmlige Kammer	(42)			
Differenz	186	200,00		26.999.600	
Individuelles Geschiebe	132 Individuelles Geschiebe	208		11.084	
	134 Sekundärteil einarbeiten	80			
	009 Sägestumpf	15			
	103 Gußkrone für Kammer vorbereiten /.	(17)			
	204 Zweiarmlige Kammer	(42)			
Differenz	244	260,00		2.881.840	
Konfektionsteil primär	133 Konfektionsteil primär	78		47.329	
	134 Sekundärteil einarbeiten	80			
	Material	40			
	103 Gußkrone für Kammer vorbereiten /.	(17)			
	204 Zweiarmlige Kammer	(42)			
Differenz	139	140,00		6.626.060	
Stieg	130 Stieg	107		5.257	
	Material	45			
	134 Sekundärteil einarbeiten	80			
	103 Gußkrone für Kammer vorbereiten /.	(17)			
	204 Zweiarmlige Kammer	(42)			
Differenz	114	120,00		630.840	
Brückenglied * (bleibt zunächst unberücksichtigt)		91	90,00	227.822	
* nach empirischen Frequenzen 1990			Modell:		104.625.540
Modell - Gesamtvolumen BEL - Leistungen abzüglich Selbstbehalt			513.455.087 (104.625.540)		308.073.052
Zuschußfähiges Volumen für Proportionaltarif			408.829.547		245.297.728
Ausgabenminderung der Krankenkassen in %					20,4

Modell: Finanzierungs- und Ausgabenwirkungen eines Proportionaltarifs mit differenziertem Selbstbehalt

Nr.	BEL Leistung	Bisheriges Modell: Proportionaltarif					Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt				
		Preise 31.12.91	Mengen Frequenz	Gesamtkosten Zabntechnik	Eigen- anteil 0,4	Kassen- Ausgaben	Selbst- behalt DM	Selbstbehalt Volumen DM	Proport. anteil 0,4	Versicherten Volumen Gesamt	Kassen- Ausgaben
001	Modell	9,31	1.080.343	10.054.392	4.021.757	6.032.635	0	0	4.021.757	4.021.757	6.032.635
002	Duplikatmodell	25,18	10.781	271.493	108.597	162.896	0	0	108.597	108.597	162.896
003	Platzhalter	18,96	10.823	205.168	82.067	123.101	0	0	82.067	82.067	123.101
004	Weitere Maßnahmen	29,58	9.576	283.258	113.303	169.955	0	0	113.303	113.303	169.955
005	Sägemodell	15,13	440.804	6.667.895	2.667.158	4.000.737	0	0	2.667.158	2.667.158	4.000.737
006	Zahnkranz		99	0	0	0	0	0	0	0	0
007	Zahnkr. sockeln	8,16	27.003	220.389	88.156	132.234	0	0	88.156	88.156	132.234
008	Sägestumpf	15,15	1.097.696	16.633.753	6.653.501	9.980.252	0	0	6.653.501	6.653.501	9.980.252
009	Einzelst. SHG	15,01	255.089	3.828.248	1.531.299	2.296.949	0	0	1.531.299	1.531.299	2.296.949
010	Einzelst. Metall	21,02	56.410	1.185.550	474.220	711.330	0	0	474.220	474.220	711.330
011	Stumpfabd. galv.	9,45	10.922	103.258	41.303	61.955	0	0	41.303	41.303	61.955
012	Einst. Mitteilw.	13,84	574.418	7.951.381	3.180.552	4.770.829	0	0	3.180.552	3.180.552	4.770.829
020	Schellackbasis	12,58	56.097	705.841	282.336	423.504	0	0	282.336	282.336	423.504
021	Kst.-Basis Bißw.	34,55	76.750	2.651.585	1.060.634	1.590.951	0	0	1.060.634	1.060.634	1.590.951
022	Bißwall	9,27	39.177	363.203	145.281	217.922	0	0	145.281	145.281	217.922
023	Indiv. Löffel	36,28	217.611	7.893.839	3.157.536	4.736.303	0	0	3.157.536	3.157.536	4.736.303
024	Ob. Kap. Kust.	21,24	5.057	107.402	42.961	64.441	0	0	42.961	42.961	64.441
025	Ob. Kap. Metall	33,26	1.220	40.582	16.233	24.349	0	0	16.233	16.233	24.349
030	Bißführungsplatte	93,00	3.182	295.913	118.365	177.548	0	0	118.365	118.365	177.548
031	Prov. Krone	34,97	36.091	1.262.192	504.877	757.315	0	0	504.877	504.877	757.315
032	Formteil	28,09	23.136	649.871	259.948	389.923	0	0	259.948	259.948	389.923
033	Versandkosten										
101	Gußkrone	94,52	958.664	90.608.927	36.243.571	54.365.356	0	0	36.243.571	36.243.571	54.365.356
102	GK einarbeiten	22,15	10.928	242.037	96.815	145.222	0	0	96.815	96.815	145.222
103	GK/BG vorbereiten	16,72	24.040	401.829	160.731	241.097	0	0	160.731	160.731	241.097
104	Ang. Modell gießen	26,30	10.132	266.488	106.595	159.893	0	0	106.595	106.595	159.893
105	Stiftaufbau	61,61	32.813	2.021.472	808.589	1.212.883	0	0	808.589	808.589	1.212.883
110	Brückenglied	90,58	277.822	25.164.654	10.065.861	15.098.792	0	0	10.065.861	10.065.861	15.098.792
111	Mantelkr. Kust.	92,73	1.684	156.155	62.462	93.693	0	0	62.462	62.462	93.693
112	Mantelkr. Keramik	135,82	10.862	1.475.322	590.129	885.193	0	0	590.129	590.129	885.193
120	Telesk. Krone	260,21	134.998	35.127.605	14.051.042	21.076.563	200	26.999.600	3.251.202	30.250.802	4.876.803

Nr.	Leistung	Preis 31.12.91	Mengen Frequenz	Gesamtkosten Zahntechnik	Eigen- anteil 0,4	Kassen- Ausgaben	Selbst- behalt DM	Selbstbehalt Volumen DM	Proport. anteil 0,4	Versicherten Volumen Gesamt	Kassen- Ausgaben
130	Steg	106,56	5,257	560,195	224,078	118,430	120	630,840	(28,28)	602,562	(42,387)
131	Ind. geschleibe	208,30	11,084	2.308,779	923,511	1.385,267	260	2.881,840	(229,225)	2.652,615	(343,837)
132	Steggeschleibe	2.103	197,884	197,884	118,430	118,430	0	78,954	(78,954)	0	118,430
133	Konf.teil primär	77,58	47,329	3.671,744	1.468,698	2.203,047	140	6.626,060	(1.181,726)	5.444,334	(1.772,589)
134	Einbauten Sek.Teil	80,10	206,966	16.563,843	6.625,537	9.938,306	0	6.625,537	(6.625,537)	0	9.938,306
135	Friktionsschliff	63,96	10,459	668,975	267,590	401,385	0	267,590	(267,590)	0	401,385
136	Gel. Lager	44,49	44,329	1.971,976	788,790	1.183,185	0	788,790	(788,790)	0	1.183,185
137	Schubvert.-arm	53,29	53,756	2.972,080	1.188,832	1.783,248	0	1.188,832	(1.188,832)	0	1.783,248
138	Federbolzen	59,81	510	30,502	12,201	18,301	0	12,201	(12,201)	0	18,301
140	Drehriegel	202,81	2,819	571,728	228,691	343,037	0	228,691	(228,691)	0	343,037
141	Konf.-Riegel	111,72	704	78,652	31,461	47,191	0	31,461	(31,461)	0	47,191
142	Verschraubung	93,04	1,482	137,880	55,152	82,728	0	55,152	(55,152)	0	82,728
150	Metallverb.	40,25	10,962	441,230	176,492	264,738	0	176,492	(176,492)	0	264,738
160	Verteilungskunst	61,64	262,990	16.211,142	6.484,457	9.726,685	0	6.484,457	(6.484,457)	0	9.726,685
161	Zahnfleischkust	21,54	16,844	362,876	145,150	217,726	0	145,150	(145,150)	0	217,726
162	Verteild. Keramik	138,69	843,590	116.997,497	46.798,999	70.198,498	80	67.487,200	(19.804,119)	87.291,319	29.706,178
163	Zahnfleisch Keramik	51,44	7,612	391,593	156,637	234,956	0	156,637	(156,637)	0	234,956
201	Metallbasis	188,64	161,131	30.394,946	12.157,978	18.236,968	0	12.157,978	(12.157,978)	0	18.236,968
202	1 arm. geg. Haltevor.	33,950	687,912	275,165	412,747	150,056	0	275,165	(275,165)	0	412,747
203	2 arm. geg. Haltevor.	31,49	7,942	250,094	100,037	150,056	0	100,037	(100,037)	0	150,056
204	2 arm. geg. H+S.vorr.	42,09	236,818	9.967,472	3.986,989	5.980,483	0	3.986,989	(3.986,989)	0	5.980,483
205	Bonwillkammer	26,575	1.717,675	687,070	1.030,605	1.030,605	0	687,070	(687,070)	0	1.030,605
206	Geg. Auflage, a. Kaste	13,71	36,122	495,263	198,105	297,158	0	198,105	(198,105)	0	297,158
207	Kragelassung	10,26	32,977	338,317	135,327	202,990	0	135,327	(135,327)	0	202,990
208	Rückenschutzplatte	58,18	38,889	2.262,432	904,973	1.357,459	0	904,973	(904,973)	0	1.357,459
209	Metallb. o. Metallkaut.	43,48	61,00	265,223	109,140	156,083	0	109,140	(109,140)	0	156,083
210	Lösungskopf	17,13	10,687	183,095	72,338	109,857	0	72,338	(72,338)	0	109,857
211	Umfert. Abschlußrand	26,33	3,553	93,533	37,413	56,120	0	37,413	(37,413)	0	56,120
212	Zuschl. einz. geg. Kl.	24,03	512,668	5.557,673	2.223,067	3.334,604	0	2.223,067	(2.223,067)	0	3.334,604
302	Aufst. a. Wachsbl. je Z.	2,34	1.546,786	3.615,612	1.446,245	2.169,367	0	1.446,245	(1.446,245)	0	2.169,367
301	Aufst. a. Wachsbl. GE	38,81	143,199	5.557,673	2.223,067	3.334,604	0	2.223,067	(2.223,067)	0	3.334,604
307	Aufst. a. Wachsbl. GE	307,601	21,333	512,668	205,067	307,601	0	205,067	(205,067)	0	307,601

Modell: Finanzierungs- und Ausgabenwirkungen eines Proportionaltarifs mit differenziertem Selbstbehalt

Modell: Finanzierungs- und Ausgabenwirkungen eines Proportionaltarifs mit differenziertem Selbstbehalt

Nr.	BEL Leistung	Bisheriges Modell: Proportionaltarif					Proportionaltarif mit differenziertem Selbstbehalt				
		Preis 31.12.91	Mengen Frequenz	Gesamtkosten Zahntechnik	Eigen- anteil 0,4	Kassen- Ausgaben	Selbst- behalt DM	Selbstbehalt Volumen DM	Proport. anteil 0,4	Versicherten Volumen Gesamt	Kassen- Ausgaben
321	Aufst. a. Metallb. GE	44,55	120.374	5.362.762	2.145.105	3.217.657	0	0	2.145.105	2.145.105	3.217.657
322	Aufst. a. Metallb. je Z.	2,82	779.683	2.198.050	879.223	1.318.834	0	0	879.223	879.223	1.318.834
341	Übertr. Metall Zahn	2,17	74.948	162.887	65.155	97.732	0	0	65.155	65.155	97.732
191	Fertigst. GE	95,96	283.352	18.688.868	7.475.656	11.213.939	0	0	7.475.656	7.475.656	11.213.939
362	Fertigst. Zahneinh.	4,31	2.368.908	10.217.176	4.087.156	6.130.734	0	0	4.087.156	4.087.156	6.130.734
380	Einf. geb. Haltevor.	13,50	103.816	1.401.259	569.503	840.754	0	0	569.503	569.503	840.754
188	Sonst. geb. Haltevor.	23,67	23.969	906.795	226.222	340.444	0	0	226.222	226.222	340.444
382	Verarb. Weichkust.	103,83	9.612	98.951	509.696	411.908	0	0	274.605	509.696	411.908
383	Zahn, zahnl. Kust.	33,33	7.260	242.952	187.96	145.171	0	0	178.96	187.96	145.171
384	Abdeck. Kiefert.	9,34	40.645	257.554	202.030	154.532	0	0	103.022	202.030	154.532
385	Radierung	12,03	17.229	70.143	57.82	224.274	0	0	57.82	57.82	224.274
101	Instandsetzung GE	37,63	320.500	11.982.427	4.792.971	7.189.456	0	0	4.792.971	4.792.971	7.189.456
802	Weitere LE	10,74	310.215	3.331.192	1.332.477	1.998.715	0	0	1.332.477	1.332.477	1.998.715
803	Kust. Sattel lösen	29,94	49.252	1.474.488	589.779	699.709	0	0	589.779	589.779	699.709
804	Retention geb.	23,41	851.879	1.571.446	628.676	943.770	0	0	628.676	628.676	943.770
805	Retention geg.	40,29	11.153	100.600	179.600	292.407	0	0	179.600	179.600	292.407
806	Geg. Basisteil	79,44	10.073	956.369	369.746	407.619	0	0	271.746	369.746	407.619
807	Metallverbindung	26,51	149.743	3.670.901	1.588.025	2.382.037	0	0	1.588.025	1.588.025	2.382.037
808	Teilverf.	88,68	9.696	62.883	185.153	277.730	0	0	185.153	185.153	277.730
809	Vollst. Unterfütt.	78,34	131.416	2.295.677	4.118.271	6.177.406	0	0	4.118.271	4.118.271	6.177.406
810	Basis erneuern	88,98	6.851	675.052	106.021	130.585	0	0	106.021	106.021	130.585
811	Wiederh. Krone	127,19	1.874	238.362	95.345	143.017	0	0	95.345	95.345	143.017
812	Wiederherst. Ind. Gesch.	105,01	437	46.152	18.460	27.690	0	0	18.460	18.460	27.690
813	Ausw. Konf.-Teil	19,33	8.089	156.320	62.528	93.792	0	0	62.528	62.528	93.792
820	Kr/BG-Reparatur	40,62	12.625	805.682	203.473	305.202	0	0	203.473	203.473	305.202
				13.153.455	5.202.382	7.030.073			5.202.382	5.202.382	7.030.073
Verteilung der Ausgaben in %											
Krankenkassen					0,0	60,0					47,8
Versicherte					0,0	0,0		20,4	81,8	2,2	
Gesamt				100,0							