

2005 – 2015

» 10 Jahre Festzuschüsse zum Zahnersatz

Ein Erfolgsmodell in der
gesetzlichen Krankenversicherung



Gesundheitsökonomische Analyse der Wirkungen befundbezogener Festzuschüsse

Befundbezogene Festzuschüsse als neuer ordnungspolitischer Weg

Die Einführung der sogenannten befundbezogenen Festzuschüsse in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zum 01.01.2005 stellte zum damaligen Zeitpunkt eine Innovation dar, da den Patienten hiermit erstmalig für den zahnprothetischen Versorgungsbereich feste Beträge in Geldeinheiten zu definierten klinischen Befunden des Gebisses gewährt wurden – und zwar unabhängig von der durchgeführten Therapieform.

Bei dem System befundbezogener Festzuschüsse handelt es sich insofern um einen neuen ordnungspolitischen Weg.² In einer umfassenderen gesundheitsökonomischen Darstellung

ist somit auch zu fragen, inwieweit sich das System befundbezogener Festzuschüsse gesamthaft in das Gesundheitssystem einfügt, dies speziell im Hinblick auf alternative Patientenbeteiligungssysteme.

Das folgende Kapitel analysiert das befundbezogene Festzuschuss-Konzept aus einem systemtheoretischen Blickwinkel der Angebots- und Nachfragesteuerung von Gesundheitsdienstleistungen, wobei insbesondere den allokativen und distributiven Wirkungen von Festbeträgen nachgegangen wird.

Allokative Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen

Unter dem Begriff der Allokation wird in den Wirtschaftswissenschaften die Zuordnung von Gütern und Ressourcen zu Personen und/oder Produktionsprozessen verstanden. Damit verbunden ist stets das Bestreben, die Zuordnung möglichst effizient und kostengünstig vorzunehmen. In der Marktwirtschaft gilt der Preismechanismus beziehungsweise die „Spürbarkeit des Preises“ als wichtigster Treiber für ein wirtschaftlich effizientes Handeln der Marktteilnehmer. Die unterschiedlichen Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitsbereich unterscheiden sich insbesondere im Hinblick auf die erwähnte Spürbarkeit des Preises.

Bei einer gesundheitsökonomischen Analyse der allokativen Wirkungen einer direkten Selbstbeteiligung sind drei Effekte zu unterscheiden:

1. Eine Selbstbeteiligungsregelung senkt das Realeinkommen des Patienten. Die Nachfrage ist unter anderem vom Haushaltseinkommen abhängig und wird deshalb in der Regel sinken (Einkommenseffekt).
2. Durch die Selbstbeteiligung werden die Gesundheitsleistungen für den Patienten im Vergleich zu anderen Gütern relativ teurer. Infolge des relativen Preisanstiegs wird die

Nachfrage nach Gesundheitsgütern in der Regel abnehmen, die Nachfrage auf andere preisgünstigere Güter verlagert (Substitutionseffekt).

3. Selbstbeteiligungen tragen zu einer Senkung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung bei, was wiederum das Netto-Einkommen des Patienten und damit vermutlich die Nachfrage nach Gesundheitsgütern erhöht (Beitragsenkungseffekt).

Während Einkommens- und Substitutionseffekt in die gleiche Richtung wirken, verläuft der Beitragssenkungseffekt gegenläufig. Ob und in welchem Umfang eine Selbstbeteiligung zu einer Senkung der Nachfrage nach Gesundheitsgütern führt, ist daher letztlich immer nur empirisch zu klären.

Je nach Ausgestaltung des Versicherungsschutzes sowie der damit verbundenen konkreten Selbstbeteiligungsregelung sind unterschiedliche Marktreaktionen der Beteiligten zu erwarten. Werden dem Versicherten sämtliche Krankheitskosten erstattet (Vollversicherung), so haben die Gesundheitsgüter für den Patienten einen effektiven Preis von Null, und er hat einen Anreiz, seine Nachfrage bis zur Sättigungsgrenze auszudehnen. Eine preislose Nachfrage nach Gesund-

¹ Überarbeiteter Auszug aus: Fedderwitz J, Micheelis W, Schmidt-Garrecht E: Das Festzuschussystem als Steuerungsinstrument in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Nomos 2007, S. 903 ff.

² Saekel, R.: Wettbewerbliche Gestaltung – Erfolgversprechende ordnungspolitische Reform des Zahnersatzsektors durch Festzuschüsse, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 6-7/2004, S. 16-23.

heitsgütern kann im Einzelfall gesundheitspolitisch und sozialmedizinisch erwünscht sein (etwa bei der Inanspruchnahme präventiver Zahnvorsorgemaßnahmen). Das Primat der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) lässt indes eine umfassende Vollversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung unter den heutigen Finanzierungsbedingungen nicht mehr zu.

Zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Vermeidung einer Überversorgung sind im Bereich der zahnprothetischen Versorgung vom Patienten Selbstbehalte zu entrichten. Im internationalen Vergleich fällt die finanzielle Belastung der Patienten infolge zu entrichtender Eigenanteile in Deutschland im Übrigen nach wie vor ausgesprochen moderat aus (siehe den Beitrag „Die Situation in den Nachbarländern“).

Die allokativen Wirkungen des zum 1. Januar 2005 eingeführten Festzuschussystems lassen sich am besten im Vergleich zu der alten proportionalen Selbstbeteiligungsregelung illustrieren. Bei der bis Ende 2004 im Bereich der zahnprothetischen Versorgung geltenden proportionalen Selbstbeteiligungsregelung musste der Versicherte einen bestimmten Prozentsatz (in der Regel zwischen 35 und 50 Prozent) der Kosten für die zahnprothetische Versorgung selber tragen. Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse im Bereich der zahnprothetischen Versorgung fand eine Abkehr von der vorherigen proportionalen Selbstbeteiligungsregelung statt. Bei dem seit 1. Januar 2005 geltenden System befundbezogener Festzuschüsse knüpft die Versicherungsleistung nicht mehr an die Behandlungskosten an, sondern an den jeweiligen zahnmedizinischen Befund. Entscheidend ist, dass die Krankenkasse – da die Höhe des Festzuschusses unabhängig von den Kosten der Behandlung ist – nunmehr lediglich das Mengenrisiko der Leistung zu tragen hat, jedoch nicht, wie zuvor bei der prozentualen Kostenbeteiligung, zusätzlich auch noch das Preisrisiko.³ Der Wegfall des Preisrisikos erleichtert eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, die für die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 71 SGB V vorgeschrieben ist und ermöglicht zugleich eine potentielle Wachstumsdynamik im Zahnersatzbereich, ohne dass die gesetzliche Krankenversicherung zusätzlich belastet wird.⁴

Der entscheidende Vorteil des Festzuschussmodells ist, dass die preislichen Anreize für den Patienten trotz der partiellen Kostenbeteiligung der Krankenkasse voll intakt bleiben. Der Patient hat als Nachfrager unter diesen Bedingungen ein vergleichsweise stärkeres Interesse an niedrigen Preisen, als es bei proportionalen Selbstbeteiligungstarifen der Fall wäre, da er nun zu 100 Prozent und nicht nur in Höhe seines vorherigen prozentualen Selbstbehaltes in Höhe von 35 bis 50 Prozent von der Preisdifferenz profitiert. Infolge des verstärkten Preisinteresses der Patienten wird der Zahnarzt motiviert, beim Einkauf zahntechnischer Leistungen ebenfalls preisbewusster zu handeln.⁵ Der Preisdruck auf die Zahnärzte und Vorleistungserbringer (zahntechnische Laboratorien) wird demnach durch die Einführung befundbezogener Festzuschüsse erhöht, die Anreize zu effizienterem und wirtschaftlicherem Verhalten entsprechend verstärkt.

Das Preisbewusstsein aller Beteiligten wird im Übrigen auch dann durch die befundbezogenen Festzuschüsse geschärft, wenn der Festzuschuss im neuen System betragsmäßig exakt der Höhe des prozentualen Zuschusses im alten System entspricht.⁶ Für den Bereich der Regelversorgung hat die gemeinsame Selbstverwaltung Festzuschüsse angesetzt, die in etwa den vorherigen prozentualen Zuschüssen entsprechen. Bei von der Regelversorgung abweichenden Versorgungsgestaltungen (gleich- oder andersartig) ist der vom Patienten zu zahlende Selbstbehalt gegenüber der vorherigen Rechtslage teilweise gestiegen, teilweise werden bestimmte Versorgungsformen aber auch – wie im Falle von Implantaten – sogar erstmals bezuschusst.

Durch die Einführung befundbezogener Festzuschüsse haben sich die Preisrelationen zwischen den verschiedenen Versorgungsformen geändert und in der Folge können die eingangs erwähnten Substitutionseffekte auftreten. Nachfrageverschiebungen können insbesondere zwischen prothetischen und konservierend-chirurgischen Leistungen, zwischen verschiedenen prothetischen Versorgungsformen selbst sowie zwischen Neuanfertigungen und Wiederherstellungen von Zahnprothesen auftreten.⁷ Ebenso kann eine Veränderung der Preisrelationen tendenziell zu einer Substitution medizinischer Leistungen durch eigene präventive Anstrengungen

³ Wendt, C.: Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, 3. Aufl., Wiesbaden 2013.

⁴ Saekel, R., a.a.O.

⁵ Saekel, R., a.a.O.

⁶ Schulenburg, J.-M. Graf v.d., Claes, C.: Neue Honorierung in der privatärztlichen Versorgung: Klare Trennung zwischen Liquidation und Erstattung, Köln, München 2000.

⁷ Knappe, E., Fritz, W.: Direktbeteiligung im Gesundheitswesen – Steuerungswirkungen des Selbstbehalts bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz, Köln 1984.

führen.⁸ Diese Substitutionseffekte in Richtung Prävention sind aus oralepidemiologischer wie gesundheitspolitischer Perspektive zu begrüßen.

In allokativer Hinsicht zeigt sich somit deutlich, dass mit der Einführung des befundbezogenen Festzuschusssystem zugleich weitreichende Änderungen hinsichtlich der Steue-

rungswirkungen der Selbstbeteiligung verbunden sind. Das Festzuschussmodell ist aus den genannten Gründen anderen Selbstbeteiligungsregelungen, insbesondere der bis Ende 2004 geltenden proportionalen Selbstbeteiligung, überlegen, da es das Interesse der Versicherten an niedrigen Preisen stärkt und insofern am „marktähnlichsten“ wirkt.

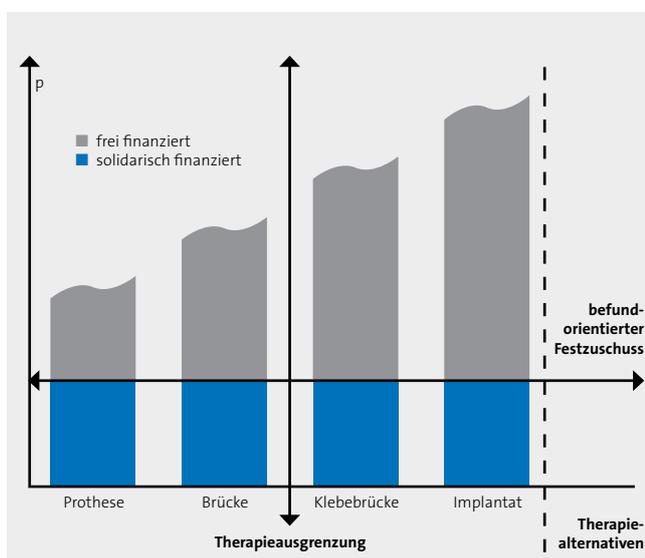
Distributive Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen

Von der Frage der Allokation zu unterscheiden ist die Frage der Verteilung (Distribution) der produzierten Güter auf Individuen oder gesellschaftliche Gruppen. Der gesellschaftliche Grundwert der „sozialen Gerechtigkeit“ ist in den sozialen Grundrechten Deutschlands verankert (Art. 20 Grundgesetz), ebenso der Verfassungsauftrag der Herstellung der „Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse“ (Art. 106 Grundgesetz). Die effizienzerhöhenden Wirkungen von Festzuschüssen sind daher immer gegen deren sozialpolitischen Verteilungswirkungen abzuwägen.⁹ Die verteilungspolitischen Implikationen befundbezogener Festzuschüsse werden ebenfalls in der Gegenüberstellung mit der vorherigen prozentualen Bezuschussung verdeutlicht.

Die bis Ende 2004 geltende prozentuale Bezuschussung hatte zur Folge, dass diejenigen Versicherten, die statt einer einfachen Versorgung (z. B. Prothese) eine aufwändigere Versorgung (z. B. Brücke) wählten, einen höheren Zuschuss von ihrer gesetzlichen Krankenkasse erhielten. Die Krankenkasse

beteiligte sich also nicht nur an den Kosten der einfachen Versorgung, sondern ebenso an den Mehrkosten der aufwändigeren Versorgung. Mit anderen Worten: Je höher die Kosten waren, desto höher war auch der Zuschuss. Die aufwändigere Versorgung blieb für den Patienten indes auch im prozentualen Bezuschussungssystem mit einer absolut höheren Selbstbeteiligung verbunden. Dies war zugleich der Grund, weshalb aufwändigere Versorgungsformen im alten System der prozentualen Bezuschussung tendenziell häufiger von Personen mit höherem Haushaltseinkommen nachgefragt wurden. Für den zahnmedizinischen Sektor konnte dieser Sachverhalt anhand empirischer Daten aus der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) des IDZ nachgewiesen werden. Patienten mit einer aufwändigeren Brückenversorgung verfügten demnach über ein signifikant höheres Haushaltsnettoeinkommen als Patienten mit herausnehmbarer Teilprothese.¹⁰

Die sozialmedizinische Forschung hat immer wieder gezeigt, dass die Entscheidung für eine spezifische Versorgungsform in signifikanter Weise durch sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen des Patienten beeinflusst wird.¹¹ Erstattungssysteme, in denen die Höhe der Bezuschussung von der gewählten Versorgungsform abhängig gemacht wird, bergen daher immer die Gefahr, aus verteilungspolitischer Perspektive regressiv zu wirken, also eine bestehende soziale Schieflage noch zu verstärken. Im Sinne des Solidargedankens muss die bis 2004 praktizierte prozentuale Bezuschussung aus den genannten Gründen als sozial ungerecht und verteilungspolitisch kontraproduktiv gewertet werden. Im befundbezogenen Festzuschusssystem erhält der Patient hingegen unabhängig vom gewählten Therapiemittel einen



> Unabhängigkeit der Erstattungshöhe von der Versorgungsform

fixen befundbasierten Festzuschuss von der Krankenkasse. Am Beispiel des Befunds Einzelzahnlücke wird dies beispielhaft skizziert (siehe Abbildung unten links).

Der zahnmedizinische Befund Einzelzahnlücke bietet mehrere Therapiealternativen, die sich hinsichtlich Art, Umfang und Kosten ($P = \text{Preis}$) voneinander unterscheiden. Im gewählten Beispiel sind dies unter anderem die Therapiealternativen Prothese, Brücke, Klebebrücke sowie Implantat. Bei dem befundbezogenen Festzuschussmodell erhält der Patient einen Festzuschuss für den Befund Einzelzahnlücke unabhängig davon, für welches zahnmedizinische Therapiemittel er sich entscheidet. Ob Brücke oder Implantat, der Festzuschuss bleibt in der Höhe gleich und wird solidarisch über die Krankenkassenbeiträge finanziert. Etwaige vom Patienten gewünschte Zusatzleistungen führen in diesem System indes

nicht zu einer Erhöhung des Kassenzuschusses, sondern müssen privat finanziert werden.¹² Eine zahnmedizinisch nicht indizierte Ausgrenzung einzelner Therapieformen (Klebebrücke, Implantat) wie im prozentualen Bezuschussungssystem findet im befundbezogenen Festzuschussmodell nicht mehr statt.

Auch aus distributiver Sicht ist das Festzuschussmodell dem vormals praktizierten System der prozentualen Bezuschussung überlegen, da sozial ausgewogener. Die Versicherungsleistung wird auf die Finanzierung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen zahnmedizinischen Versorgung (Regelversorgung) konzentriert; darüber hinausgehende Zusatzleistungen kann der Patient nicht mehr zulasten der Solidargemeinschaft in Anspruch nehmen.

Gesamtfazit der gesundheitsökonomischen Analyse

Die Beurteilung des Festzuschussmodells fällt in der gesundheitsökonomischen Literatur^{13, 14, 15, 16} insgesamt deutlich positiv aus, insbesondere im direkten Vergleich mit anderen Selbstbeteiligungsmodellen. Die Steuerungswirkung von Festzuschüssen ist demnach vergleichsweise präziser und, was aus ordnungspolitischer Perspektive ins Gewicht fällt, auch marktkonformer, da die Nachfrage oberhalb des gezahlten Kassenzuschusses nicht verzerrt wird. Aufgrund ihrer allokativen Überlegenheit sind befundbezogene Festzuschüsse wesentlich effizienter als andere nachfragesteuernde Maßnahmen und insofern auch mit stärkeren Kostendämpfungseffekten verbunden. Zugleich ist das Festzuschussmodell in distributiver Hinsicht gerechter, da die solidarisch aufgebrachtten Finanzmittel der gesetzlichen Krankenkassen gezielter für die Regelversorgung eingesetzt werden können.

Die damalige Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse muss im Zusammenhang mit dem Bemühen des Gesetzgebers um eine Neuordnung der Finanzierung im Gesundheitswesen gesehen werden. Die Finanzierungsreform zielte darauf ab, Beitragssatzsenkungen durch „ausgewogene Sparbeiträge aller Beteiligten und unter Aspekten der sozialen Gerechtigkeit neu gestaltete Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen für Versicherte“ (Gesetzentwurf und Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz, Drucksache 15/1525) zu ermöglichen. Das Instrument der befundbezogenen Festzuschüsse fügt sich hier, wie die gesundheitsökonomische Analyse verdeutlicht, im Hinblick auf die Ziele des Gesetzgebers nahtlos ein.

Seite 44:

⁸ Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M.: Gesundheitsökonomik, 6. Aufl., Berlin u. a. 2013.

⁹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2002/2003: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum.

¹⁰ Klingenberg, D., Micheelis, W.: Nachfrage zahnprothetischer Leistungen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Einflussgrößen, Ergebnisse aus einer Sekundäranalyse von Daten der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III), in: ZWR, 112. Jg., 2003, Nr. 3, S. 81-90 (Teil 1), Nr. 4, S. 134-140 (Teil 2).

¹¹ Micheelis, W.: Zur Dynamik des sozialen Gradienten in der Mundgesundheit. Befunde aus 1997 und 2005, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 2009, S. 113 – 117.

Seite 45:

¹² Weitkamp, J., Ziller, S.: Modellprojekt einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland – Ein Konzept aus befundbezogenen Festzuschüssen und Kostenerstattung, in: forum für gesundheitspolitik, April 2002, S. 113-117.

¹³ Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M.: Gesundheitsökonomik, 6. Aufl., Berlin u. a. 2013.

¹⁴ Knappe, E., Leu, R. E., Schulenburg, J.-M. Graf v.d.: Der Indemnitätsstarif – Wege zur Sozialverträglichkeit und Wirtschaftlichkeit beim Zahnersatz, Berlin, Heidelberg, New York 1988.

¹⁵ Schulenburg, J.-M. Graf v.d.: Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Tübingen 1987.

¹⁶ Schulenburg, J.-M. Graf v.d., Claes, C.: Neue Honorierung in der privatärztlichen Versorgung: Klare Trennung zwischen Liquidation und Erstattung, Köln, München 2000.