

Anreize für Prävention im Morbi-RSA

JÜRGEN HOHNL,
BENJAMIN BERNDT

Jürgen Hohnl ist Geschäftsführer des IKK e.V. in Berlin

Benjamin Berndt ist Referent beim IKK e.V. in Berlin

Bewegung, gesunde Ernährung und sportliche Betätigung beugen Übergewicht, Diabetes Typ 2 und Herzerkrankungen vor. Folgerichtig werden die Krankenkassen mit dem Präventionsgesetz verpflichtet, stärker in Primärprävention zu investieren. Doch finanziell lohnt sich Prävention für Krankenkassen nicht, wie ein von den Innungskrankenkassen in Auftrag gegebenes Gutachten zeigt. Im Gegenteil: Kassen, die auf Gesundheitsförderung und effektive Krankheitsvermeidung setzen, werden durch die präventionsfeindliche Ausgestaltung des RSA finanziell benachteiligt.

Hintergrund

Vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen und der rasanten Zunahme chronischer Erkrankungen ist die Stärkung von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung ein Hauptziel aktueller gesundheitspolitischer Diskussionen in Deutschland. Nach der wiederholt gescheiterten Einführung eines neuen Präventionsgesetzes wurde 2015 das aktuelle Präventionsgesetz beschlossen und trat am 25. Juli 2015 in Kraft. Der Fokus liegt dabei auf lebens- und arbeitsweltbezogenen Präventionsstrategien und dem Ausbau von zielgruppenspezifischen Aktivitäten in deren Lebensbereichen. Neben der Vermeidung epidemiologisch bedeutsamer Erkrankungen geht es hierbei insbesondere um die Stärkung allgemeiner gesundheitlicher Ressourcen. Wichtiger Inhalt des Gesetzes ist zudem eine Anhebung der Ausgabenrichtwerte für Primärprävention. Die Krankenkassen spielen die zentrale Rolle in der Umsetzung der Präventionsstrategien des Gesetzgebers. Sie schultern den Löwenanteil der Ausgaben und der Verantwortung für die eigentlich gesamtgesellschaftliche Aufgabe Prävention.

Ob sich Präventionsausgaben für eine Kasse aus betriebswirtschaftlicher und damit wettbewerblicher Perspektive langfristig lohnen, ist jedoch aufgrund potenzieller Fehlanreize im aktuellen Finanzierungssystem des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) unsicher. Denn während die Zuweisungen zur Finanzierung der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Form von Zu- und Abschlägen zu den standardisierten GKV-Ausgaben in Abhängigkeit von versichertenindividuellen Risikostrukturfaktoren erfolgen, darunter insbesondere Alter, Geschlecht und Morbidität, werden die Kosten für individuelle und lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen den Kassen pauschal erstattet. Kassen, die stark in Prävention investieren und erfolgreich Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitglieder nehmen können, erhalten zudem möglicherweise durch die Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs in Zukunft geringere Zuweisungen und müssen ggfs. einen höheren Zusatzbeitrag erheben. Werden diese geringeren Zuweisungen nicht durch die Einsparungen in den Leistungsausgaben kompensiert, so wird effektive Prävention finanziell bestraft.

Ein nachhaltiger Einsatz für den Präventionserfolg der eigenen Versicherten ist dann von den Kassen nicht mehr zu erwarten.

Bereits die Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten ist eine entscheidende Komponente der Anreizsetzung im Bereich der Prävention. Der erste Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) stellte die finanzielle „Belohnung“ einer durch Prävention vermeidbaren Erkrankung bzw. deren Progression bereits vor Einführung des Morbi-RSA in Frage. Der Beirat schlug vor, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglichen Krankheiten im Ausgleich nicht zu berücksichtigen, um Fehlanreize zu vermeiden, die zur Unterlassung von Präventionsmaßnahmen führen könnten

Das BVA und weitere Gutachter sahen es nicht als Aufgabe des Morbi-RSA an, Prävention zu unterstützen.

(Busse et al., 2007). Das BVA und weitere Gutachter sahen es hingegen nicht als Aufgabe des Morbi-RSA an, Prävention zu unterstützen, sondern in erster Linie Risikoselektion zu vermeiden. Infolgedessen dominieren durch die aktuelle Prävalenzgewichtung insbesondere die sogenannten Volkskrankheiten den Morbi-RSA.

Diese chronischen Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs, zählen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen und sind mit Risikofaktoren, wie ungesunder Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum und einem Mangel an körperlicher Aktivität assoziiert. Aus medizinischer Sicht wird die Wirksamkeit von Prävention für diese sogenannten Volkskrankheiten in zahlreichen wissenschaftlichen Studien und qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten bestätigt. Dies gilt sowohl für primärpräventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Vermeidung als auch für sekundärpräventive, teils pharmakologisch unterstützte Ansätze zu deren Früherkennung oder Progressionsvermeidung. Gezielte Lebensstilmodifikationen können das Risiko und die Schwere von Diabetes

mellitus Typ 2 (Diabetes Prevention Program Research Group, 2015; Gill & Cooper, 2008; Pan et al., 1997), Koronarer Herzerkrankung (KHK) (Anderson et al., 2016; Sofi, Capalbo, Cesari, & Abbate, 2008; Taylor et al., 2013) oder Schlaganfällen (Wendel-Vos et al., 2004) reduzieren. Rauchentwöhnungsprogramme sind sinnvolle Interventionen zur Vermeidung einer Progression der COPD (Andreas et al., 2008; Van Der Meer et al., 2001) und des Lungenkrebses (Goeckeljan, Sitter, Thomas, Branscheid, & Al, 2010). Individualprophylaxe ist eine anerkannte Maßnahme zur Verhütung von Zahnerkrankungen, insbesondere in Populationen mit erhöhtem Risiko (Neusser, Krauth, Hussein, & Bitzer, 2014). Auch der Nutzen sekundärpräventiver Früherkennungsuntersuchungen und Screeningprogramme, vor allem für die frühzeitige Behandlung verschiedener Krebserkrankungen (Gotzsche & Jorgensen, 2013; Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, 2008; Otto et al., 2003) ist bekannt, wenn auch weiterhin das Verhältnis von

Nutzen und Schaden wissenschaftlich kontrovers diskutiert wird (Gotzsche & Jorgensen, 2013). Unstrittig ist aus gesundheitspolitischer Perspektive, dass bei Vorliegen effektiver primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen für die genannten Erkrankungen grundsätzlich den primärpräventiven Ansätzen der Vorzug zu geben ist. Dies ist auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive sinnvoll. Im gesundheitsökonomischen Verständnis entspricht der Nutzen von Prävention den durch effektive Maßnahmen vermiedenen Kosten für medizinische Leistungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder vermiedene Verluste durch Ausfallzeiten erwerbstätiger Personen (Brandes & Walter, 2008). Die volkswirtschaftliche Relevanz von Prävention ergibt sich zudem aus einer durch vermiedene Erkrankungen höheren Produktivität und einem höheren Bruttosozialprodukt (Suhrcke, McKee, Arce, Tsovala, & Mortensen, 2006).

Ob sich diese volkswirtschaftlichen Vorteile von effektiven Präventionsmaßnahmen auch bei den Kassen realisieren, ist seit Einführung der Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs allerdings unklar. Um

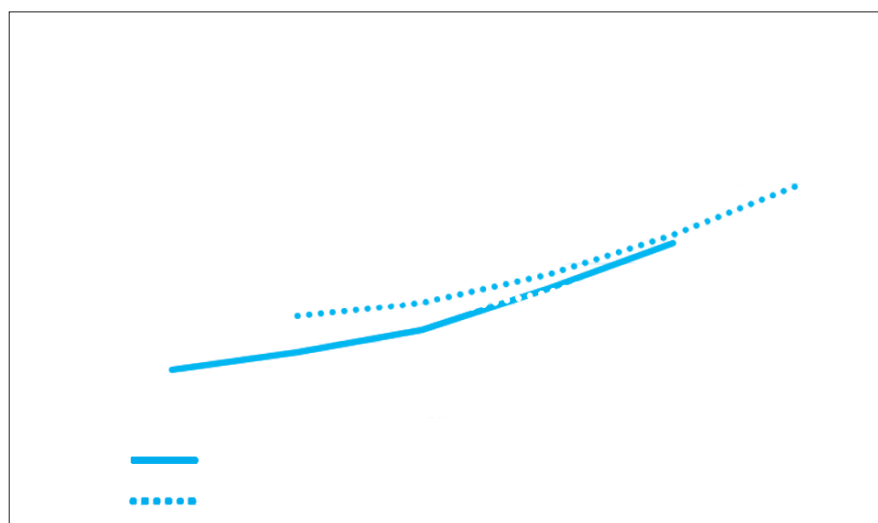
mögliche Wechselwirkungen zwischen erfolgreicher Prävention und den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich zu diskutieren, wurde in einem aktuellen wissenschaftlichen Gutachten des WIG2-Instituts die Wirkung von Prävention unter den Bedingungen des aktuellen Finanzierungssystems untersucht. Dafür wurde die Entwicklung von Kosten für medizinische Leistungen zwischen Versicherten, die Prävention in Anspruch nahmen und einer Kontrollgruppe, bestehend aus Versicherten ohne Inanspruchnahme von Präventionsleistungen, analysiert und mit der Entwicklung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verglichen. Auf Basis dieser Gegenüberstellung wurde der betriebswirtschaftliche Nutzen präventiver Leistungen aus Perspektive der Krankenkassen bewertet (Häckl, Weinhold, Kossack & Schindler, 2016).

Methodik

Zur Untersuchung des betriebswirtschaftlichen Nutzens von Präventionsmaßnahmen wurde eine retrospektive Kontrollgruppenstudie durchgeführt. Grundlage dieser Untersuchung bilden von fünf Innungskrankenkassen bereitgestellte, anonymisierte Routinedaten für den Zeitraum 2010 – 2014. Als Präventionsteilnehmer wurden Versicherte aufgegriffen, die in 2010 oder 2011 an einem präventionsbezogenen Bonusprogramm teilgenommen oder individuelle Primärpräventionsmaßnahmen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V oder Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V in Anspruch genommen haben. Um jedem Versicherten der Interventionsgruppe eine möglichst ähnliche Vergleichsperson zuzuordnen, wurde ein Propensity Score Matching unter Verwendung der Versichertenmerkmale Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, Erwerbsminderungsstatus, DMP-Teilnahme, Krankengeldanspruch, Morbidität und Leistungsausgaben im Basisjahr 2010 durchgeführt. Die Methodik orientierte sich hierbei maßgeblich an den Empfehlungen des Bundesversicherungsamts zur Evaluation von Bonusprogrammen.

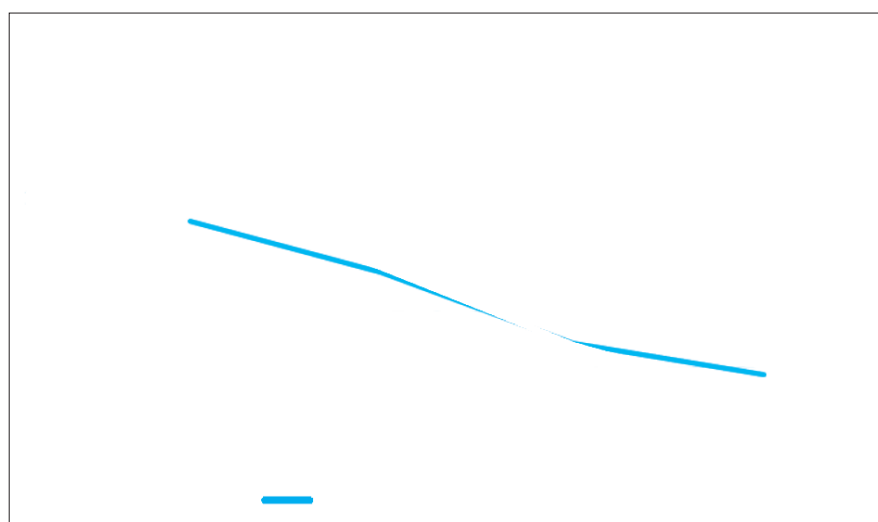
Die Daten wurden im Längsschnitt (2010 – 2014) erhoben und in einem Vergleich der Gruppen ausgewertet. Das Studiendesign und die Stichprobe ist ausführlich in der publizierten Langfassung des Gutachtens beschrieben (Häckl et al.,

Abbildung 1: Entwicklung Leistungsausgaben und Zuweisungen Primärprävention



Quelle: WIG2-Institut

Abbildung 2: Entwicklung Deckungsbeiträge Primärprävention



Quelle: WIG2-Institut

Krebs, Osteoporose und Glaukom. Die Gruppengrößen betragen jeweils 271.079 Versicherte. Auch hier wurde eine entsprechend große Kontrollgruppe gebildet.

Ergebnisse der Untersuchung

Im Ergebnis zeigt sich, dass bei Versicherten, die Primärprävention betreiben, eine auf einem 1 %-Level statistisch signifikante ($p < 0,0001$) Dämpfung in den Leistungsausgaben stattfindet (Abbildung 1). Der Anstieg in der Nichtpräventionsgruppe beträgt dabei 639,82 Euro gegenüber 568,42 Euro in der Präventionsgruppe.

Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive bleibt dieser Vorteil allerdings nicht erhalten. In der Primärpräventionsgruppe steigen nicht nur die Leistungsausgaben weniger stark an, sondern gleichzeitig erfahren auch die Zuweisungen eine Dämpfung. Eine Betrachtung der statistisch signifikant unterschiedlichen ($p = 0,0004$) Deckungsbeiträge (Abbildung 2) zeigt, dass sich diese von einem zunächst vorteilhaften Betrag für die Primärpräventionsgruppe in einen gegenüber Nicht-Präventionsteilnehmern nachteiligen Deckungsbeitrag entwickeln. Insgesamt sinken die Deckungsbeiträge in der Interventionsgruppe um 187,38 Euro und in der Kontrollgruppe um 137,51 Euro. Obwohl also sowohl die Leistungsausgaben als auch die Zuweisungen in der Nichtpräventionsgruppe stärker ansteigen, was auf eine zunehmende Morbidität hindeutet, spiegelt sich diese Entwicklung nicht in den Deckungsbeiträgen wider. Mit Blick auf deren Auseinanderdriften wird offensichtlich, dass sich Investitionen in Primärprävention für die Kassen mittelfristig wirtschaftlich nicht lohnen, obwohl sie gesamtgesellschaftlich die kosteneffizientesten und effektivsten Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und zur Kostenverringerung darstellen.

In der Gruppe der Sekundärpräventionsteilnehmer zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung der Leistungsausgaben und Zuweisungen ab (Abbildung 3). Auch hier steigen die Leistungsausgaben statistisch signifikant ($p < 0,0001$) stärker in der Nichtpräventionsgruppe (645,09 Euro vs. 531,21 Euro) an.

Die statistisch signifikant unterschiedlichen ($p = 0,0022$) Deckungsbeiträge (Abbildung 4) zeigen jedoch einen negativen Effekt für die Präventionsgruppe. Hier sinkt das zunächst höhere Niveau in der Präventionsgruppe im Zeitverlauf

2016). Zur Bewertung potentieller finanzieller Fehlanreize erfolgte ein Vergleich der Entwicklung der Leistungsausgaben, Zuweisungen und Deckungsbeiträge zwischen den Gruppen, wobei in der Präventionsgruppe in einer weitergehenden Betrachtung danach differenziert wurde, ob Versicherte Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention wahrgenommen haben.

Um die Gruppe der Versicherten mit Primärprävention zu identifizieren, wurden Versicherte selektiert, die Angebote aus dem Bereich Sport und Bewegung, allgemeine Vorsorge, Ernährung und Gewicht sowie Rauchen (d. h. Nichtraucherprogramme) wahrgenommen haben. Hinzu kommen Personen, die Leistungen

aus dem Bereich der individuellen Primärpräventionsmaßnahmen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V und der Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V in Anspruch genommen haben. Daraus ergab sich eine Gruppengröße für Präventionsteilnehmer von 350.282 Versicherten und eine entsprechend große Kontrollgruppe von statistisch möglichst ähnlichen Versicherten ohne Präventionsteilnahme.

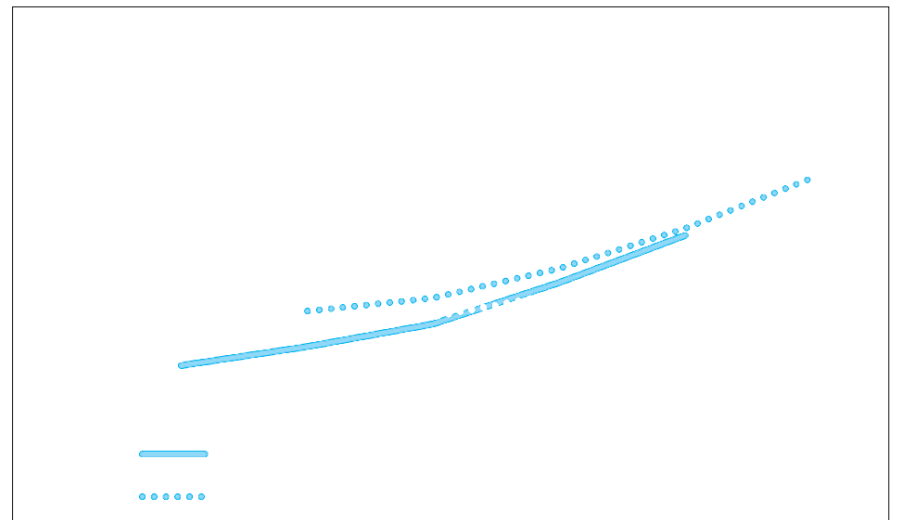
Die Gruppe der Versicherten mit Sekundärprävention wurde vornehmlich über Maßnahmen aufgegriffen, die der Früherkennung von Krankheiten dienen. Dies sind alle Kinder- und Jugenduntersuchungen, die Zahnvorsorge, der Gesundheits-Check-up sowie die Früherkennungsmaßnahmen aus den Bereichen

unter das der Kontrollgruppe. In den Beobachtungsjahren reduzieren sich dabei die Deckungsbeiträge in der Interventionsgruppe um 190,73 Euro, in der Kontrollgruppe aber nur um 142,69 Euro. Wie schon bei der Primärprävention deutlich wurde, führt ein verminderter Anstieg in den Leistungsausgaben und den Zuweisungen als Ausdruck verminderter Morbidität in der Präventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht zu besseren Deckungsbeiträgen. Vielmehr verringern sich die Deckungsbeiträge der Präventionsgruppe sukzessive, so dass sich der ursprüngliche Deckungsbeitragsvorteil von Präventionsteilnehmern nach nur drei Jahren bereits in einen Nachteil verwandelt. Versicherte ohne Präventionsinanspruchnahme und daraus folgender höherer Morbidität werden hier mit mittelfristig besseren Deckungsbeiträgen belohnt. Daher gibt es für die Krankenkassen auf mittlere Sicht keinen betriebswirtschaftlichen Anreiz für eine Investition in Präventionsmaßnahmen.

Diskussion der Ergebnisse

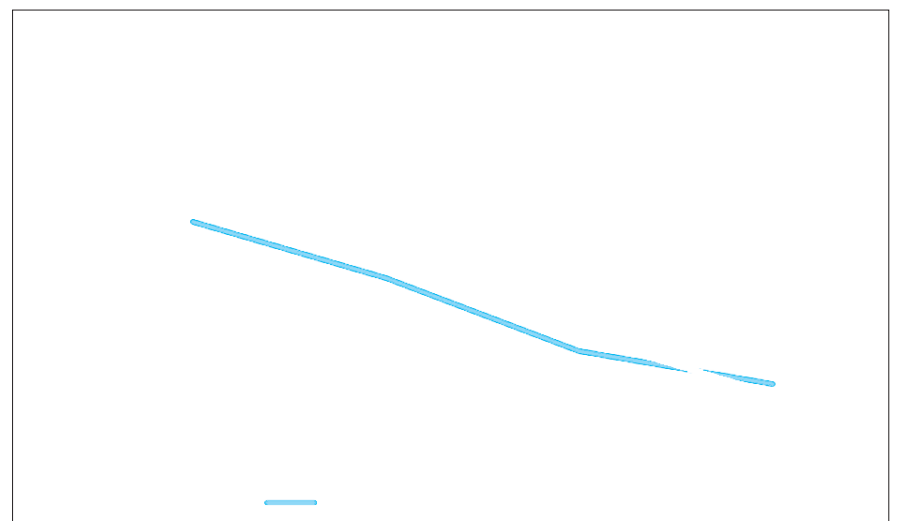
Im Kontext der Veröffentlichung dieser Ergebnisse wurde insbesondere die Frage aufgeworfen, wie aussagekräftig die dargelegten Befunde sind. So wurde beispielsweise moniert, dass im Rahmen der Adjustierung der Vergleichsgruppe auf die Präventionsteilnehmer keine Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Faktoren vorgenommen wurde. Aus einem methodischen Blickwinkel sind in diesem speziellen Untersuchungskontext durch eine solche Adjustierung aber auch keine Erkenntnisgewinne zu erwarten. Sozioökonomische Faktoren werden in der Versorgungsforschung gewöhnlich als Prädiktor für den individuellen Gesundheitszustand, gesundheitsbewusstere Lebensumstände und/oder Präventionsinanspruchnahme von Untersuchungspopulationen verwandt. Gesundheitszustand und gesundheitlich relevante Lebensumstände werden aber durch die erfolgten Adjustierungen auf die Ausgangsmorbidität der Präventionsgruppe bereits direkt erfasst, eine weitere Angleichung der Gruppen über das Einkommen bringt im Hinblick auf diese Einflussfaktoren keine größere Ähnlichkeit. Eine Angleichung von Präventions- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Präventionsinanspruchnahme ist demgegenüber methodisch nicht zweckmäßig, denn hier sollen sich

Abbildung 3: Entwicklung Leistungsausgaben und Zuweisungen Sekundärprävention



Quelle: WIG2-Institut

Abbildung 4: Entwicklung Deckungsbeiträge Sekundärprävention



Quelle: WIG2-Institut

beide Gruppen gerade größtmöglich unterscheiden. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen würde aber durch eine Adjustierung gerade verwässert. Die fehlende Adjustierung auf sozioökonomische Faktoren ist in diesem spezifischen Untersuchungsdesign also nicht kritisch.

Unerheblich ist es zudem, ob die bessere Morbiditätsentwicklung der Präventionsgruppe nun ursächlich durch die bei der Kasse dokumentierten Präventionsmaßnahmen oder durch Präventionsmaßnahmen aus anderer Quelle bzw. präventives Verhalten aus eigenem Antrieb verursacht wurde (gid 2016). Entscheidend ist, ob es sich für die Kassen lohnt, selbst in Angebote für Prävention zu investieren. Wenn sich aber

schon präventionsbewusstes Verhalten oder die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen außerhalb des GKV-Leistungskatalogs, also ohne Kosten für die Krankenkassen, in negativeren Deckungsbeträgen der betroffenen Versicherten niederschlägt, lohnt sich Prävention durch die Kassen erst recht nicht. Denn dann fallen für die Krankenkasse zusätzlich noch Ausgaben für die Maßnahmen selbst an. Folglich muss dann erst recht davon ausgegangen werden, dass sich Investitionen in Prävention für die Kassen nicht lohnen und es folglich bei der Präventionskompatibilität des RSA zu Fehleinschätzungen kam.

Auch wird von verschiedener Seite angeführt, dass die Regelungen des Präventi-

onsgesetzes die Kassen zu Mehrausgaben im Bereich Primärprävention verpflichten, so dass negative Effekte auf die Präventionsbemühungen der GKV nicht zu erwarten sind. Dem ist zu entgegnen, dass auch unter den Bedingungen der Mindestausgabenhöhe, wie sie der neue § 20 Abs. 6 SGB V für die Krankenkassen vorschreibt, fehlende Präventionsanreize zu Verwerfungen führen werden. Denn wenn effektive Präventionsmaßnahmen für die Krankenkassen betriebswirtschaftlich schädlich sind, werden sie zwar die vorgeschriebenen Ausgaben tätigen, aber dabei keinen Wert auf die effektive und effiziente Verwendung der Mittel legen. Deshalb ist eine reine Betrachtung der Ausgaben für Primärprävention, wie sie von Seiten des AOK-Bundesverband als Gegenargument zur Feststellung der mangelnden Präventionsanreize im RSA vorgebracht werden (AOK, 2016), insgesamt zu kurz gegriffen. Denn über die Frage, wie effektiv die getätigten Ausgaben wirken und ob daraus erzielbare Einsparungen auch bei den Krankenkassen ankommen,

Es geht darum, den RSA versorgungsneutral zu gestalten und Prävention für die Kassen ebenso attraktiv zu machen, wie sie ohne den Morbi-RSA wäre.

sagen solche selektiven Beobachtungen nichts aus. Hier ist eine problemgerechte Betrachtung der Wirkmechanismen des RSA notwendig, die nun in Form des WIG2-Gutachtens zu Präventionsanreizen im Morbi-RSA vorliegt.

Nicht überzeugen können die Erwidern des Bundesversicherungsamtes, der RSA belohne als prospektives System in jedem Fall die Prävention, weil sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes immer auszahle (Plate, Demme, 2016). Denn im Regelfall bewirken Präventionsmaßnahmen nun gerade keine Verbesserung eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes, das ist vielmehr die Aufgabe kurativer Maßnahmen. Präventionsmaßnahmen verhindern oder verlangsamen demgegenüber das Auftreten oder Fortschreiten von Erkrankungen. Insofern kann auch die durch das BVA angeführte Betrachtung von Deckungsbeiträgen

bei Veränderung der HMG-Anzahl nur nachweisen, dass sich das Kurieren von Erkrankungen im RSA im Folgejahr auszahlt. Das aber hat mit der Frage nach der betriebswirtschaftlichen Wirkung von Präventionsmaßnahmen, die im Regelfall erst nach Jahren zählbare Erfolge liefern, dabei aber stetige Investitionen verlangen, im Grunde gar nichts mehr zu tun. Denn entscheidend ist nicht, ob Personen mit Präventionsmaßnahmen, die die Untersuchung des BVA im Übrigen in keiner Weise isoliert betrachtet, positive Deckungsbeiträge mit sich bringen (absolute Betrachtung), sondern ob Präventionsmaßnahmen aus der Sicht von Kassen ein geeignetes Instrument sind, die Deckungsbeiträge von Versicherten in Zukunft zu verbessern (relative Betrachtung). Für diese Fragestellung ist also eine Längsschnittbetrachtung unumgänglich, sonst läuft man, wie das BVA eindrücklich zeigt, Gefahr, die eigentliche Problematik gänzlich zu verkennen.

Handlungsempfehlungen

Das Ergebnis der Studie demonstriert, dass die von den Krankenkassen angebotenen Maßnahmen hinsichtlich einer Ausgabendämpfung insgesamt erfolgreich sind und Prävention aus gesamtgesellschaftlicher Sicht sinnvoll ist. Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive der Krankenkasse zeigt sich jedoch ein konträres Bild. Wird

bei Versicherten keine Prävention durchgeführt, so steigen bei diesen zwar die Leistungsausgaben stärker an, allerdings nehmen auch die Zuweisungen stärker zu. Diese Befunde deuten auf einen Fehlanreiz im bestehenden System des Morbi-RSA hin: eine gesellschaftlich wünschenswerte Dämpfung der Leistungsausgaben durch Prävention zahlt sich offensichtlich für eine Krankenkasse nicht aus; vielmehr werden bei vergleichbaren Versicherten ohne Inanspruchnahme von Prävention mittelfristig deutlich höhere Deckungsbeiträge erzielt. Werden Präventionsausgaben im Bereich der Satzungs- und Ermessenleistungen, die nicht in den standardisierten Leistungsausgaben enthalten sind, in die Betrachtung einbezogen, so wird dieser Effekt noch verstärkt.

Es müssen also andere Rahmenbedingungen für die Krankenkassen im Hinblick auf die Erfolgswirksamkeit von

Prävention geschaffen werden. Allerdings sollte daraus nicht der verfehlt Schluss gezogen werden, hier ginge es in letzter Konsequenz um die Frage, wie sich ein solidarisches Versicherungssystem zur Frage der Eigenverantwortung von Versicherten verhält und ob die Nichtinanspruchnahme von Präventionsleistungen letztlich zu einem Verlust von Leistungsansprüchen führen sollte (Jacobs 2015). Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist ein Regelungsmechanismus, der sich in seiner Wirkung an Krankenkassen richtet. Die Lösung für ihm immanente Fehlanreize kann nicht darin liegen, die Verantwortung für Prävention allein an die Versicherten abzuschieben und in das Leistungsrecht einzugreifen. Vielmehr muss es darum gehen, Kassen genügend Anreize dafür zu geben, ihre Steuerungsmöglichkeiten im Hinblick auf Prävention auszuschöpfen. Dies kann nur durch eine Überarbeitung des RSA gelingen.

Dass ausgerechnet von jenen, die sonst nicht müde werden, vor einer Überfrachtung des Risikostrukturausgleiches zu warnen, in der Frage nach der Präventionskompatibilität des Morbi-RSA plötzlich das Ende der solidarischen Krankenversicherung gewittert wird, entbehrt dabei sicherlich nicht einer gewissen Ironie. Doch auch abseits solcher allzu durchschaubaren Emotionalisierungen geht es nicht darum, den RSA mit Präventionsanreizen zu „überfrachten“, wie von gleicher Seite moniert wird (Jacobs 2014). Vielmehr geht es darum, den RSA versorgungsneutral zu gestalten und demzufolge Prävention für die Kassen grundsätzlich ebenso attraktiv zu machen, wie sie ohne die Bedingungen des aktuellen morbiditätsorientierten Ausgleichssystems wäre. Dafür müssen sich Präventionserfolge aber auch in den Finanzergebnissen der Kassen niederschlagen. Es tut also eine Reform des RSA dringend not.

Vor dem Hintergrund der politischen Durchsetzbarkeit von Anpassungen, der Transparenz des Verfahrens und dem potentiellen Umsetzungsaufwand scheint es sinnvoll, die grundlegende Methodik des Morbi-RSA sowie bestehende Überwachungsregeln beizubehalten. Eine qualitative Einteilung von Krankheiten im Vorfeld der Krankheitsauswahl in solche, die der Prävention zugänglich sind und damit gar nicht erst in den RSA aufgenommen werden sollten, und andere, für die das nicht gilt, scheidet daher aktuell aus. Reformansätze sollten sich zudem

im Rahmen der aktuell vom Gesetzgeber vorgesehenen Aufgabenstellung der Förderung von Prävention durch die Krankenkassen bewegen. Lösungsvor-

Die Innungskrankenkassen treten für eine Absenkung aller morbiditätsorientierten Zuschläge um einen Pauschalbetrag ein.

schläge, die auf eine Verlagerung von Präventionsaufgaben von der GKV auf andere Akteure hinauslaufen, werden grundsätzlich als wenig zielführend angesehen. Auch wenn die Krankenkassen nicht mehr den zentralen Vollzugsakteur für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen darstellen sollten, wäre ein Gesundheitswesen, in dem weder die Leistungserbringer noch die Kostenträger ökonomische Anreize zur Krankheitsvermeidung haben, ordnungs- und steuerungspolitisch bedenklich. Vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen ist ein solcher alternativer Präventionsakteur in absehbarer Zeit zudem nicht in Sicht.

Sinnvolle Ansätze liegen hingegen aus Sicht der Innungskrankenkassen in Anpassungen der stark auf Zivilisationskrankheiten fokussierenden Krankheitsauswahl im Morbi-RSA, einer Abwertung der Attraktivität einer reinen Dokumentation von kostengünstigen Erkrankungen und des angemessenen Ausgleichs von Präventionsausgaben.

Im Bereich der Krankheitsauswahl könnte eine Korrektur der Prävalenzgewichtung bei der Ermittlung des Auswahlkriteriums „Kostenintensität“

durch eine verminderte Gewichtungsfunktion indirekt Präventionsanreize stärken. Bezüglich der Krankheitsauswahl wurde die Prävalenzgewichtung bei der Berechnung des Kostenintensitätskriteriums bereits von verschiedenen Akteuren beanstandet. Durch die aktuelle Gewichtung mit der Wurzelfunktion besteht bei der Krankheitsauswahl eine Verzerrung hin zu hochprävalenten, kostengünstigen Erkrankungen. Auch der ehemalige wissenschaftliche Beirat hatte im Zuge seines Gutachtens zur Krankheitsauswahl im Vorfeld der Einführung des Morbi-RSA vorgeschlagen, eine logarithmische Gewichtung anzuwenden. Diese Funktion verleiht der Prävalenz am wenigsten Gewicht (Busse et al., 2007) und ermöglicht es, dass auch im Einzelfall teurere Erkrankungen, die gerade für kleinere Kassen ein erhebliches Risiko darstellen können, zuschlagsfähig werden können, während eine Reihe von der Prävention zugänglichen Erkrankungen nicht mehr ausgleichsfähig wären.

Weiterhin treten die Innungskrankenkassen für eine Absenkung aller morbiditätsorientierten Zuschläge um einen Pauschalbetrag ein. Unter den aktuellen Bedingungen entwickelt sich insbesondere die reine Dokumentation von Erkrankungen zu einem Wettbewerbsfeld. Statt der Prävention steht die frühzeitige Erfassung von Erkrankungen im Mittelpunkt. Eine Absenkung von Morbiditätszuschlägen würde eine solche Erfassung gerade für kostengünstige Erkrankungen weniger lukrativ werden lassen und stattdessen die Anreize für eine effektive Krankheitsvermeidung erhöhen. Das Gesamtvolumen dieser Absenkung könnte

sich dabei nach der Höhe der GKV-Ausgaben für Primärprävention richten. Ein Pauschalabschlag führt dabei nicht zu stärkeren Anreizen für Risikoselektion im Hinblick auf einzelne Krankheiten, weil alle Erkrankungen gleichermaßen betroffen wären. Insgesamt wären so die systemimmanenten Anreize für Primärprävention auch für solche der Prävention zugänglichen Krankheiten, die nach einer Anpassung der Krankheitsauswahl im Risikostrukturausgleich verbleiben, deutlich erhöht.

Die durch eine solche Absenkung freierwerdenden Beträge könnten anschließend über eine Anpassung der Zuweisungslogik für Primärpräventionsausgaben wieder ausgeschüttet werden. Während die bislang pauschale Ausgabenerstattung mit einem Anreiz zu Einsparungen für primärpräventive Maßnahmen einhergeht, könnten für die Festlegung der kassenindividuellen Zuweisungen in diesem Bereich die tatsächlichen Kosten der einzelnen Kassen zu Grunde gelegt werden. Diese Art der Präventionsfinanzierung birgt zwar den potentiellen Fehlanreiz, zu viel Geld für zu wenig zielgerichtete Präventionsmaßnahmen auszugeben. Dies ließe sich aber beheben, indem der vollständige Kostenausgleich nur bis zu einer bestimmten Schwelle oberhalb des GKV-weiten Jahresdurchschnittswertes erfolgt und darüber hinausgehende Ausgaben nur noch anteilig ausgeglichen werden.

Diese Vorschläge sind als Gesamtkonzept zu verstehen. Eine selektive Umsetzung kann die mangelnden Präventionsanreize im Morbi-RSA nicht oder nur unzureichend beheben. Hier gilt es für den Gesetzgeber schnellstmöglich zu handeln, damit effektive Präventionsbemühungen für Krankenkassen nicht nachhaltig unattraktiv werden. ■

Literatur

AOK, (2016). Gesamtevaluation statt Kurzschlüssen und Schnellschüssen. *AOK-Medienservice Politik* 8/2016, 2–5.

Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D. R., Zwisler, A.-D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 1–12.

Andreas, S., Batra, A., Behr, J., Berck, H., Chenot, J. F., Gillissen, A., ... Worth, H. (2008). Tabakentwöhnung bei COPD: S3 Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. *Pneumologie*, 62(5), 255–272.

Brandes, I., & Walter, U. (2008). Bewertung von Präventionsmaßnahmen aus ökonomischer Sicht auf Basis ausgewählter Indikationen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 13(3), 160–164.

Busse, R., Drösler, S., Glaeske, G., Greiner, W., Schäfer, T., & Schrappe, M. (2007). Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.

Diabetes Prevention Program Research Group. (2015). Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications

over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 3(11), 866–75.

gid (2016). Prävention als Verlustgeschäft? IKK Gutachten zu „Fehlanreizen“ im RSA, *Gesundheitspolitischer Informationsdienst*, 21. Jg., 15–17/2016, 27–32.

Gill, J. M., & Cooper, A. R. (2008). Physical activity and prevention of type 2 diabetes mellitus. *Sports Med*, 38(10), 807–824.

Goeckeljan, G., Sitter, H., Thomas, M., Branscheid, D., & Al, E. (2010). Praevention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms – Interdisziplinäre S3-Leitlinie

Literatur

der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Krebsgesellschaft. *Pneumologie*, 64(Supp. 2), e1–e164.

Gotzsche, P. C., & Jorgensen, K. J. (2013). Screening for breast cancer with mammography. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD001877.

Häckl, D., Weinhold, I., Kossack, N., & Schindler, C. (2016). *Gutachten zu Anreizen für Prävention im Morbi-RSA.*

Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, I. L. (2008). Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *American Journal of Gastroenterology*, 103(6), 1541–9.

Jacobs, K. (2014). Erfolgskapitel Risikostrukturausgleich. 20 Jahre "technischer Kern" der GKV-Wettbewerbsordnung. *GGW 2014, Jg. 14, Heft 2* (April). 18–19.

Jacobs, K. (2015). Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut. *GGW 2015 Jg. 15, Heft 4* (Oktober), 23–30

Neusser, S., Krauth, C., Hussein, R., & Bitzer, E. M. (2014). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of fissure sealants in children and adolescents with a high caries risk. *GMS Health Technology Assessment*, 10(October 2015), 1–9.

Otto, S. J., Fracheboud, J., Looman, C. W. N., Broeders, M. J. M., Boer, R., Hendriks, J., ... de Koning, H. J. (2003). Initiation of population-base mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality: a systematic review. *The Lancet*, 361(9637), 1411–1417.

Pan, X.-R., Li, G.-W., Hu, Y.-H., Wang, J.-X., An, Z.-X., Hu, Z.-X., ... Howard, B. V. (1997). Effects of Diet and Exercise in Preventing NIDDM in People With Impaired Glucose Tolerance. *Diabetes Care*, 20(4), 537–544.

Plate, F., Demme, S. (2016). Reformoptionen zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt! *Welt der Krankenversicherung*, 7-8/2016, 172–175.

Sofi F, Capalbo A, Cesari F, Abbate R, G. G. (2008). Physical activity during leisure time

and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 15(3), 247–57.

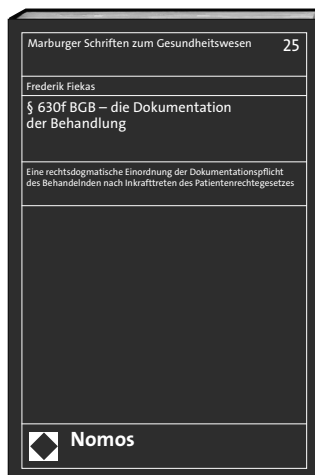
Suhrcke, M., McKee, M., Arce, R. S., Tsovala, S., & Mortensen, J. (2006). Investment in health could be good for Europe's economies. *BMJ*, 333(7576), 1017–1019.

Taylor, F., Huffman, M. D., Macedo, A. F., Moore, T. H., Burke, M., Davey Smith, G., ... Ebrahim, S. (2013). Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD004816.

Van Der Meer, R. M., Wagena, E. J., Rwig, O., Aje, J., Cp, V. S., Meer, R. M. Van Der, ... Van Schayck, C. P. (2001). Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(12), 12–14.

Wendel-Vos, G., Schuit, A., Feskens, E., Boshuizen, H., Verschuren, W., Saris, W., & Kromhout, D. (2004). Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 787–798.

Zur Thematik der ärztlichen Dokumentation



§ 630f BGB – die Dokumentation der Behandlung

Eine rechtsdogmatische Einordnung der Dokumentationspflicht des Behandelnden nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes

Von Frederik Fiekas

2015, 241 S., brosch., 64,- €

ISBN 978-3-8487-2081-1 | eISBN 978-3-8452-6471-4

(Marburger Schriften zum Gesundheitswesen, Bd. 25)

www.nomos-shop.de/24991

Die Abhandlung setzt sich mit der Dokumentationspflicht des Behandelnden auseinander (§ 630f BGB) – insbesondere mit den dogmatischen Fragen der Einklagbarkeit und Schadensersatzbewehrtheit. Diese sind sowohl für dokumentationspflichtige Ärzte, als auch betroffene Patienten von großer Bedeutung.

»Das Buch ist daher eine Bereicherung für jeden, der sich mit Regelungen des Patientenrechtegesetzes und seinen Auswirkungen auf die tägliche Praxis – speziell mit der ärztlichen Dokumentation – beschäftigt.«

Barbara Berner, Deutsches Ärzteblatt 2016, A880



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos