

# Morbi-RSA und Prävention: Passt das zusammen?

Mit dem im Jahr 2009 eingeführten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) erhalten Krankenkassen Zuweisungen, wenn Versicherte von ausgewählten Krankheiten betroffen sind. Neben einem zielgenaueren Risikoausgleich soll der Morbi-RSA dazu beitragen, dass Kranke nun nicht mehr grundsätzlich als „schlechte Risiken“ betrachtet werden. Wenn sich Krankheiten aber neuerdings „lohnen“, stellt sich die Frage, ob Krankenkassen nicht den Anreiz verlieren, sich für die Verhinderung von Krankheiten zu engagieren.  
Wolfgang Bödeker



Krankheitsrisiken der Versicherten sind in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gleichmäßig über die Krankenkassen verteilt. Um nach Einführung des Kassenwahlrechts gleiche Wettbewerbschancen aller Krankenkassen herzustellen, wurde ein jährlicher Ausgleich eingeführt, mit dem die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Versicherungsstrukturen verringert werden sollten. Das Krankheitsrisiko der Versicherten wurde damit im Wesentlichen aus dem Alter und Geschlecht der Versicherten abgeleitet. Der Morbi-RSA stellt nun eine grundlegende Änderung des Ausgleichsverfahrens dar, indem Krankenkassen seitdem auch Zuweisungen bei ausgewählten Krankheiten ihrer Versicherten erhalten. Aber wird der Morbi-RSA wirklich seinem Anspruch gerecht, einen zielgenaueren Risikoausgleich her-

zustellen und zu verhindern, dass Kranke nicht mehr als „schlechtes Risiko“ betrachtet werden? Und wie verhält es sich mit Anreizen, Krankheiten zu verhindern und in Prävention zu investieren, wenn es sich geradezu lohnt, kranke Versicherte zu haben?

**Wie der Morbi-RSA berechnet wird.** Zunächst erhält jede Krankenkasse für alle Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV. Diese Grundpauschale wird durch Zu- und Abschläge verändert, die sich aus dem Alter, dem Geschlecht sowie dem Bezug von Krankengeld und Erwerbsminderungsrenten ergeben.

Für kranke Versicherte erhalten die Krankenkassen weitere Zuschläge. Im Jahr 2010 werden 80 Krankheiten einbezogen, die anhand von ca. 3.800 ICD-Diagnosen in 112 „hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG)“ zusammengefasst werden. Für Versicherte, die einer oder mehreren dieser Morbiditätsgruppen zugeordnet werden können, erhalten die Krankenkassen Zuschläge. Zur Festlegung dieser Zuschläge ist es erforderlich, dass die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt (BVA) regelmäßig Daten über ihre Versicherten und deren Leistungsanspruchnahme zur Verfügung stellen. Die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen erfolgt durch die bei einer Behandlung gestellten Diagnosen. Bei einigen Krankheiten ist zusätzlich der Nachweis einer medikamentösen Therapie erforderlich. Art und Menge der verordneten Arzneimittel dienen in diesen Fällen als zusätzliches Kriterium, das sogenannte „Aufgreifkriterium“.

Die Höhe der jeweiligen Zuschläge pro Krankheit wird dabei vorab auf Basis einer Stichprobe von GKV-Versicherten mit einem statistischen Modell ermittelt. Der Morbi-RSA ist prospektiv ausgestaltet, d. h., die Zuschläge sollen nicht die laufenden Behandlungskosten abdecken, sondern die mit diesen Krankheiten verbundenen Folgekosten. Beispiel: Für Versicherte, die in 2009 einen akuten Herzinfarkt (HMG 081) erlitten, bekommen Krankenkassen diejenigen Kosten erstattet, die rechnerisch durchschnittlich auf einen Herzinfarkt in 2008 zurückgehen.

**Harter Kampf um die Prävention.** Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass in den Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen nur 50 bis 80 eng abgrenzbare Krankheiten einbezogen werden. Dabei soll es sich um solche Krankheiten handeln, die einen schwerwiegenden Verlauf aufweisen, als kostenintensiv und chronisch gelten und bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 % übersteigen. Zudem wurde in § 268 SGB V und § 31 RSAV festgelegt, dass durch das Verfahren keine Anreize





Die Zuweisungen des Morbi-RSA decken nicht die Kosten eines Krankheitsfalles, sondern die mit dieser Krankheit durchschnittlich verbundenen Kosten im Folgejahr.

für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen oder für eine Risikoselektion gesetzt werden sollen.

Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA wurde mit der Entwicklung eines Verfahrens für die operative Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben beauftragt. Zudem sollte er vorschlagen, welche Krankheiten für den Morbi-RSA ausgewählt werden sollen. Mit seinem Gutachten 2007 legte der Beirat eine solche Krankheitsliste vor, die eine Besonderheit aufwies: Sie enthielt keine Krankheiten, die als „prävenierbar“ gelten, also durch Präventionsmaßnahmen verhindert oder positiv beeinflusst werden können. Nach Auffassung des Rates sollte nämlich der Finanzausgleich nur dort wirken, wo eine medizinische Versorgung notwendig ist, aber nicht dort, wo durch gezielte Gesundheitsförderung und Prävention eine Reduktion der Krankheitslast erreicht werden könnte.<sup>1</sup>

Dieser Sichtweise stimmte das BVA allerdings nicht zu, da Prävenierbarkeit kein vom Gesetzgeber vorgegebenes Kriterium der Krankheitsauswahl sei. Zudem gebe es keinen Hinweis darauf, dass Krankenkassen ihre Präventionsanstrengungen erhöhten, wenn Krankheiten nicht im Morbi-RSA berücksichtigt würden.<sup>2</sup> Die vom BVA schließlich vorgenommene Festlegung der Krankheitsauswahl erfolgte ohne Be-

rücksichtigung von Präventionspotenzialen und führte zum geschlossenen Rücktritt des Wissenschaftlichen Beirats.

Die Kontroverse um die Anreizwirkungen des Morbi-RSA auf die Prävention wurde nicht nur zwischen dem BVA und seinem Wissenschaftlichen Beirat ausgetragen, sondern fand zeitweilig ein breites mediales Interesse. Darüber hinaus gaben wissenschaftliche Fachgesellschaften zu bedenken, dass insbesondere mit Blick auf die gesellschaftlichen Kosten von Krankheiten ein Morbi-RSA kaum präventiv orientiert sein könne. Das BVA vertrat dagegen nachdrücklich die Auffassung, dass keine Fehlanreize vom Morbi-RSA ausgehen: „... denn, lässt sich eine Krankheit verhindern, so entgeht der Krankenkasse nicht nur der entsprechende Zuschlag, vielmehr vermeidet die Krankenkasse auch die entsprechenden Ausgaben. ... Die Krankenkassen profitieren davon, wenn die laufenden Ausgaben unterhalb dieser Zuweisung bleiben. Dies ist natürlich dann der Fall, wenn der Versicherte jedes Jahr etwas gesünder als im Vorjahr ist.“<sup>3</sup>

In der Kontroverse ging es schließlich auch um das Instrument eines Risikostrukturausgleichs selbst. Mangels klarer Zielbestimmungen des Gesetzgebers blieb unklar, ob der Morbi-RSA lediglich zur Herstellung gleicher Wettbewerbsbedingungen eingeführt wurde oder aber auch als ordnungspolitisches Instrument zur Steuerung der Prävention und Versorgung.<sup>4</sup>

**Morbi-RSA-relevante Effekte, die durch Prävention erreicht werden können.** Prävention wird nicht nur als eigenständiges Ziel aufgefasst, sondern gilt insbesondere deshalb als bedeutend, weil hierdurch Krankheitskosten reduziert werden können. 20 bis 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben sollen durch Prävention vermeidbar sein. Die positive Wahrnehmung der Prävention folgt allerdings oft nur Plausibilitätsüberlegungen und kann sich nicht immer auf belastbare Studienergebnisse stützen. Auch die skizzierte Kontroverse über die Effekte des Morbi-RSA auf die Prävention basierte weitgehend auf Plausibilitätsannahmen, ohne dass auf die empirische Evidenzlage zu den erreichbaren Präventionswirkungen verwiesen werden konnte. Dabei ist der wissenschaftliche Kenntnisstand über Wirksamkeit und Nutzen für die verschiedenen Präventionsansätze – Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie Gesundheitsförderung – sehr verschieden. Mit den eingenommenen Positionen werden aber grundlegende Fragen angesprochen, nämlich: Welche Effekte lassen sich durch Prävention erzielen und mit welchen Methoden kann ein Nachweis darüber erbracht werden?<sup>5</sup>

Um abschätzen zu können, ob der Morbi-RSA Fehlanreize für die Prävention setzt, ist die Differenzierung der Prävention nach ihren erreichbaren Effekten ebenso erforderlich

wie die genauere Betrachtung der verfahrenstechnischen Ausgestaltung des Morbi-RSA.

Abbildung 1 zeigt Effekte, die idealtypisch durch Prävention erreicht werden könnten und welche grundsätzlichen Anreize für die Durchführung solcher Präventionsmaßnahmen vom Morbi-RSA ausgehen. Nachfolgend wird beleuchtet, ob diese Effekte nach dem Stand des Wissens tatsächlich auch für die im Morbi-RSA eingeschlossenen Krankheiten erreichbar sind und ob dies durch die Ausgestaltung des Morbi-RSA begünstigt oder erschwert wird.

**Morbi-RSA und Präventionsanreize.** Zur Abschätzung der grundsätzlichen Anreizwirkungen des Morbi-RSA für die Prävention wurden a priori drei Typen von Präventionseffekten betrachtet. Wie in Abbildung 1 ausgeführt, verringert der Morbi-RSA für zwei von drei dieser Effekttypen einen Präventionsanreiz. Ob diese Effekttypen im Morbi-RSA auch tatsächlich zum Tragen kommen, kann hieraus noch nicht beantwortet werden. Hierfür ist zu prüfen, ob die im Morbi-RSA eingeschlossenen Krankheiten in der angenommenen Weise durch Prävention beeinflussbar sind. Bei den im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten handelt es sich entsprechend der Auswahllogik um schwerwiegende, chroni-

sche und kostenträchtige Erkrankungen.<sup>6</sup> Hierunter finden sich allerdings auch Erkrankungen, die als schicksalhaft betrachtet werden, bei denen der Einfluss präventiver Maßnahmen also begrenzt bis nicht vorhanden sein dürfte. Andererseits umfasst die Liste auch Erkrankungen, die vielfach im Mittelpunkt von Präventionsstudien standen.

**Effekttyp 1.** Die Wirkung und der Nutzen von Primärprävention gemäß dem in Abbildung 1 aufgeführten Effekttyp 1 ist inzwischen wissenschaftlich gut untersucht und in einer großen Zahl systematischer Übersichtsarbeiten zusammengestellt worden. Insbesondere für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention besteht in der wissenschaftlichen Literatur Konsens darüber, dass durch geeignete Maßnahmen Gesundheitsrisiken reduziert, Krankheitshäufigkeiten gesenkt sowie Krankheitskosten verringert werden.<sup>7</sup> Die Evidenzlage ist insbesondere bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychischen Erkrankungen gut. Interventionsstudien zur Untersuchung von primärpräventiven Maßnahmen werden allerdings oft nicht auf einzelne Krankheiten, sondern auf Krankheitsgruppen ausgerichtet. Die Aussagen müssen daher nicht unbedingt für alle einzelnen in der Gruppe zusammengefassten Krankheiten gelten. Beispielsweise wird aber

ABBILDUNG 1:

Effekttypen von Prävention und grundsätzliche Anreizwirkungen im Morbi-RSA		
Effekttyp	Beispiel	Anreiz durch Morbi-RSA
Effekttyp 1: Prävention verhindert das Auftreten von Krankheiten	Wundgeschwüre (Dekubitus), die durch lange Bettlägerigkeit und unsachgemäße Lagerung entstehen, können durch sachgerechte Pflege in der Regel vollständig verhindert werden	Werden Präventionsmaßnahmen durchgeführt, so wird die Krankheit vermieden, es fallen aber Kosten der Prävention an. Dem stehen Krankheitskosten gegenüber, die ohne Prävention auftreten würden. Einsparungen durch Prävention ergeben sich also, falls die Behandlungskosten die Präventionsausgaben übersteigen. Durch den Morbi-RSA reduzieren sich die Behandlungskosten um die RSA-Zuschläge. Der Morbi-RSA verringert also den Präventionsanreiz, da das Einsparpotenzial geringer wird. Je höher der RSA-Zuschlag ist, desto geringer ist der Präventionsanreiz.
Effekttyp 2: Prävention wirkt wie Kuration	Bei Bluthochdruck wird angenommen, dass lebensstilbeeinflussende, nicht medikamentöse Präventionsmaßnahmen die Arzneimitteltherapie ersetzen oder den Medikamentenbedarf reduzieren können. Im Hinblick auf den Morbi-RSA ist dieser Effekttyp relevant, da infolge von Präventionsmaßnahmen die RSA-Aufgreifkriterien, nämlich die Verordnung bestimmter Arten und Mengen von Arzneimitteln, verfehlt werden könnten. Die Krankenkassen erhalten dann keine Krankheitszuschläge.	Werden Präventionsmaßnahmen durchgeführt, fallen neben den nicht medikamentösen Behandlungskosten Präventionsausgaben an. Ohne Präventionsmaßnahmen würden an Stelle der Präventionsaufwendungen die Kosten der Arzneimittel treten. Unter Bedingungen des Morbi-RSA werden die Behandlungskosten um die RSA-Zuschläge vermindert. Prävention wäre also nur überlegen, falls die Präventionsaufwendungen geringer als die Arzneimittelkosten abzüglich der Zuschläge wären. Dies trifft aber nicht zu, so dass bei diesem Effekttyp ein Fehlanreiz für die Prävention gesetzt wird.
Effekttyp 3: Prävention beeinflusst den Krankheitsverlauf positiv	In Abgrenzung von den vorherigen Typen wird angenommen, dass die Entstehung einer Krankheit nicht verhindert werden kann und die Effekte der Prävention keinen Ersatz für sonstige Kurationsmaßnahmen darstellen. Beispiel: Diabetes II verläuft aufgrund von Präventionsmaßnahmen beschwerdeärmer.	Durch Präventionsmaßnahmen fallen zusätzliche Ausgaben an, die aber zu Einsparungen durch verringerte Morbidität führen. Für Krankheiten, bei denen der Krankheitsverlauf durch Prävention positiv beeinflusst wird, besteht also auch im Morbi-RSA ein Präventionsanreiz, sofern die Einsparungen durch Prävention die Präventionsaufwendungen übersteigen.

## Die Arithmetik des Morbi-RSA

Für die Ermittlung der Zuschläge pro Krankheit werden in einer Regressionsanalyse die Morbiditätsdaten der GKV-Stichprobe mit deren Leistungsausgaben des Folgejahres verknüpft. Hierfür werden die Leistungsausgaben versichertenbezogen aufsummiert und für jedes Risikomerkmale ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple, gewichtete, lineare Regression ohne Konstante, in der die Risikomerkmale, z. B. Krankheiten, die erklärenden Variablen für die Höhe der auf das Jahr hochgerechneten Leistungsausgaben bilden. Im Berichtsjahr Verstorbene werden hiervon abweichend behandelt. Welche Leistungsausgaben bei der Berechnung zugrunde gelegt werden, also welche die „berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben“ sind, ist in einem dezidierten Regelwerk festgelegt.

bei den im Morbi-RSA eingeschlossenen Krankheiten Alkohol- und Drogenabhängigkeit (HMG 051 – HMG 053), Herzinfarkt (HMG 081) oder Bluthochdruck (HMG 091) ein bedeutendes Präventionspotenzial gesehen.

**Zusammenfassung Effekttyp 1.** Aufgrund der guten Evidenzlage hinsichtlich Wirksamkeit und Nutzen von Prävention muss für diesen Effekttyp davon ausgegangen werden, dass der Morbi-RSA bestehende Präventionsanreize für eine Reihe von Krankheiten verringert.

**Effekttyp 2.** Dieser Typ gemäß Abbildung 1 beschreibt, dass durch Präventionsmaßnahmen dieselben therapeutischen Wirkungen erzielt werden können wie durch Arzneimittel. In diesem Fall können vom Morbi-RSA grundsätzlich negative Präventionsanreize ausgehen, da für manche Krankheiten nur dann Zuweisungen erfolgen, wenn neben den Diagnosen auch bestimmte Arzneimittel verordnet wurden. Für jede dieser Krankheiten müsste nun geprüft werden, ob durch Präventionsmaßnahmen eine medikamentöse Behandlung verzichtbar wird. Hierfür müssten entsprechende Präventionsstudien identifiziert und die Übertragbarkeit ihrer Ergebnisse gegebenenfalls qualitativ beurteilt werden. Da im Morbi-RSA eine große Zahl von Krankheiten mit Arzneimittelverordnungen als zusätzliches Aufgreifkriterium aufgenommen ist, kann diese Prüfung hier nur exemplarisch erfolgen.

Eine Vielzahl von Studien und systematischen Übersichtsarbeiten befasst sich mit dem Einfluss von Lebensstiländerungen

auf die Morbidität und Mortalität. Besonders gut untersucht sind die Effekte der Reduktion des Körpergewichts und der Erhöhung der körperlichen Aktivität im Hinblick auf den Bluthochdruck. Als Ergebnis einer systematischen Bewertung von randomisierten, kontrollierten Studien wurde festgestellt, dass fettarme Diäten u. a. zu einer Verbesserung des Blutdrucks und zu einem geringeren Arzneimittelbedarf führen.<sup>8</sup> Eine andere Übersichtsarbeit berichtet, dass bei Aufnahme einer gesunden Ernährung sowie moderater körperlicher Aktivität eine Verringerung des Blutdrucks zwischen 2 und 4 mm Hg zu erwarten ist.<sup>9</sup>

Eine weitere Quantifizierung liefert eine Publikation jüngeren Datums, nach der ein Gewichtsverlust von 1 kg mit einer klinisch bedeutsamen Verringerung des systolischen Blutdrucks von 1 mm Hg einherginge.<sup>10</sup> Auch im Hinblick auf den Diabetes wird in der internationalen Literatur auf die Bedeutung der Änderung von Lebensstilfaktoren hingewiesen. In Übersichtsarbeiten werden eine Risikoreduktion von annähernd 50 % sowie eine deutliche Reduzierung der Blutzuckerwerte als erreichbar beschrieben.<sup>11</sup> Eine Gegenüberstellung mit medikamentösen Therapien findet sich allerdings in diesen Studien nicht.

**Zusammenfassung Effekttyp 2.** Der Effekttyp 2 ist für die in den Morbi-RSA einbezogenen Krankheiten von Bedeutung, so kann für Bluthochdruckerkrankungen, z. B. HMG 091, und Diabetes, z. B. HMG 015, angenommen werden, dass durch Präventionsmaßnahmen ähnliche Effekte erreicht werden wie durch medikamentöse Behandlung. In diesem Falle würden aber die Aufgreifkriterien des Morbi-RSA verfehlt und den Krankenkassen die entsprechenden Zuschläge entgehen. Präventionshandeln würde quasi mit finanziellen Einbußen bei den Krankenkassen „bestraft“.

**Effekttyp 3.** Die Evidenzlage für diesen Effekttyp, also für die positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, ist auffällig weniger gut als bei den primärpräventiven Interventionen. Dennoch kommen, z. B. im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, systematische Übersichtsarbeiten zu dem Schluss, dass Sekundärprävention – sowohl als singuläre wie auch multifaktorielle Lebensstiländerungen – zu einer Verringerung von Morbidität und Mortalität führt.<sup>12</sup>

Die meisten Erfahrungen über zu erwartende Präventionseffekte bei bestehenden Krankheiten ließen sich aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation, also dem Feld der Tertiärprävention, erwarten. Wissenschaftliche Gesamtbeurteilungen des Nutzens der Rehabilitation auf Basis systematischer Übersichtsarbeiten liegen allerdings bislang nicht vor.

Es sind aber sowohl Zusammenfassungen von Ergebnissen jüngerer Förderungsinitiativen wie auch einige systematische Reviews zu einzelnen Krankheitsbildern und Reha-Interventionen publiziert worden. Während für Muskel-Skelett-Erkrankungen die vorliegenden Studien eher keinen gesicherten Präventionseffekt ergeben, liegt im Hinblick auf koronare Herzkrankheiten dagegen deutliche Evidenz für die Wirksamkeit von Reha-Maßnahmen aus einem Cochrane Review vor.<sup>13</sup> Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Reha-Maßnahmen, die auf die Steigerung der körperlichen Aktivität zielen, im Vergleich zur Standardbehandlung die koronare Sterblichkeit von Patienten reduzieren können.

**Zusammenfassung Effekttyp 3.** Es kann also davon ausgegangen werden, dass für einzelne in den Morbi-RSA einbezogene Krankheiten die positive Verlaufsbeeinflussung durch Präventionsmaßnahmen wissenschaftlich belegt ist. Der Morbi-RSA ist aber bei diesem Effekttyp anreizneutral, da annahmegemäß keine Krankheiten verhindert oder Aufgreifkriterien verfehlt werden.

**Verteilungs- und Zuordnungslogik des Morbi-RSA.** Bisher wurde der Frage nachgegangen, ob grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen verschiedenen Effekttypen der Prävention und dem Morbi-RSA besteht und ob die Anreize bei den im Morbi-RSA einbezogenen Krankheiten auch tatsächlich auftreten können. Aber auch unabhängig von den

Krankheiten kann durch die Ausgestaltung des Verfahrens ein Risikostrukturausgleich das Präventionshandeln der Krankenkassen beeinflussen.

Der Morbi-RSA setzt für die Krankenkassen zunächst denselben Grundanreiz wie andere Ausgleichssysteme, die auf standardisierten Leistungsausgaben basieren. „Lohnend“ ist es für eine Kasse, wenn sie ihre durchschnittlichen Ausgaben geringer halten kann als den Durchschnitt der Ausgaben der gesamten GKV. In diesem Fall würde eine Überdeckung eigener Ausgaben durch die Zuweisungen eintreten. Durch die prospektive Ausgestaltung soll der Morbi-RSA aber einen zusätzlichen Anreiz für die Versorgung der Kranken setzen. Durch direkte Einflussnahme auf die Leistungsausgaben, wie z. B. durch Rabatte oder Fallsteuerung, kann es einer Krankenkasse gelingen, die prospektiven Ausgaben eines Krankheitsfalles zu reduzieren und somit im Folgejahr unterdurchschnittliche Ausgaben zu erreichen.

Für die Ermittlung der Zuweisungen im Morbi-RSA werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Krankenkassen herangezogen. Dazu werden nach einem dezierten Regelwerk einzelne Ausgabenpositionen in unterschiedliche Leistungsbereiche zusammengefasst, wie z. B. „Ärzte“ oder „Krankenhäuser“. Im gegenwärtigen Regelwerk werden auch die Ausgaben für Prävention zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gezählt.

Für in den Morbi-RSA einbezogene Krankheiten ist die positive Verlaufsbeeinflussung durch Prävention wissenschaftlich belegt.



**ABBILDUNG 2:**

Im Morbi-RSA berücksichtigungsfähige Präventionsausgaben nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V		
Kontenart	Ausgaben	Berücksichtigungsfähig im Bereich
511	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V – Individualansatz	Satzungs- u. Ermessensleistungen
512	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern	Satzungs- u. Ermessensleistungen
513, 514	Förderung der Selbsthilfe	Sonstige Ausgaben
515	BGF/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	Sonstige Ausgaben
516	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	Zahnärzte
517	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten	Satzungs- u. Ermessensleistungen
518	Impfungen	Ärzte
521	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen	Ärzte
523	Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten	Ärzte
549	Prämien/Boni an Arbeitgeber nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 84 Abs. 3 SGB IX	Satzungs- u. Ermessensleistungen
596	Versichertenbonus nach § 65 SGB V	Satzungs- u. Ermessensleistungen

Quelle: GKV-Spitzenverband, 2009

Abbildung 2 stellt verschiedene Ausgabenarten für Präventionsleistungen zusammen. Da die Ausgaben verschiedenen Leistungsbereichen zugeordnet werden, erfolgt im Morbi-RSA auch eine unterschiedliche Berücksichtigung. Während für Satzungs- und Ermessensleistungen der GKV-Durchschnitt erstattet wird, gelten z. B. die Förderung der Selbsthilfe und die BGF als „nicht morbiditätsbezogene Ausgaben“, für die ein einheitlicher Erhöhungsbetrag über die Alters- und Geschlechtsgruppen verteilt wird. Die unterschiedlichen Erstattungsmodi ändern aber nichts daran, dass die Präventionsausgaben demselben Grundanreiz des Morbi-RSA unterworfen werden wie etwa die Ausgaben für Arzneimittel. Hiernach könnte es für eine Krankenkasse also „lohnend“ sein, die eigenen Präventionsausgaben zu reduzieren und unter dem GKV-Durchschnitt zu halten.

**Zusammenfassung und Fazit**

- Der Morbi-RSA setzt aufgrund seiner Ausgestaltung für die Krankenkassen den Anreiz, unterdurchschnittliche Leistungsausgaben zu erzeugen. Dies kann durch aktives Kostenmanagement oder auch durch restriktive Bewilligung von Leistungen erfolgen. Werden – wie im Morbi-RSA – Präventionsausgaben gleichrangig mit sonstigen Leistungsausgaben behandelt, so folgt hieraus der Anreiz zu unterdurchschnittlichem Engagement in Gesundheitsförderung und Prävention.
- In den Morbi-RSA sind Krankheiten einbezogen, die durch Präventionsmaßnahmen verhindert oder günstig beeinflusst werden können. Die krankheitsbezogenen Zuweisungen durch den Morbi-RSA vermindern aus Sicht der Krankenkassen überwiegend die durch Prävention erzielbaren Einsparungen und stellen aus Sicht der Prävention einen Fehlanreiz dar.
- Ob diese Fehlanreize die Krankenkassen tatsächlich veranlassen, ihre Präventionsaktivitäten zu reduzieren, hängt wesentlich von zwei Punkten ab: erstens dem Stellenwert, den man den Präventionsangeboten auch unabhängig vom Morbi-RSA für das Gewinnen und Halten von Mitgliedern beimisst und zweitens vom zu erwartenden Kosten-Nutzen-Verhältnis der Präventionsaktivitäten.
- Sofern Prävention mit einem positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis einhergeht, so übersteigen die erreichbaren Einsparungen die Präventionsausgaben und der Nutzen dürfte durch die indirekten Effekte des Morbi-RSA kaum beeinträchtigt sein. In diesem Fall gäbe es aber auch kein „Risiko“ auszugleichen, eine Berücksichtigung von Präventionsausgaben im Morbi-RSA wäre daher nicht sinnvoll. Liegt anderenfalls kein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis für Prävention vor, so würden die o. g. Fehlanreize durch den Morbi-RSA wirken. Gesundheitspolitisch wäre dann eine Verfahrensänderung mit einer besonderen Berücksichtigung von Prävention innerhalb oder außerhalb des Morbi-RSA sinnvoll.
- Ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis ist insbesondere für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention belegt, nicht jedoch für die Mehrzahl der Früherkennungs-, Gesundheits- und Kinderuntersuchungen.
- Für die Erhöhung der Präventionsanreize im Morbi-RSA wurde diskutiert, zusätzliche Zuschläge für Präventionsaktivitäten einzuführen oder die Zuschläge für prävenierbare Krankheiten zu verringern. Dies würde den Anreiz zu unterdurchschnittlichem Engagement so lange grundsätzlich nicht berühren, wie keine vollständige Kostenerstattung vorgesehen wird. Dagegen ließe sich durch Re-

gelingen außerhalb des Morbi-RSA eine Förderung von Prävention erreichen, die nicht an den betriebswirtschaftlichen Nutzen für Krankenkassen gebunden ist. Sollvorgaben, wie sie für den Bereich der Prävention nach § 20 SGB V bereits existieren, bieten ein Instrument für eine direkte Steuerung des Präventionsgeschehens.

- Eine Abschätzung der Anreizwirkungen des Morbi-RSA auf die Prävention ist durch das Nebeneinander unterschiedlicher Steuerungs- und Förderinstrumente in der GKV erschwert. Präventionsausgaben werden im Morbi-RSA berücksichtigt. Gleichzeitig besteht für die Primärprävention und BGF eine normative Vorgabe für Sollausgaben durch § 20 SGB V. Bonusprogramme nach § 65 SGB V wiederum dürfen von Krankenkassen nur aufgelegt werden, wenn die Aufwendungen durch Einsparungen durch diese Programme erzielt werden können. Alle Steuerungs- und Förderinstrumente betreffen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention oft dieselben Maßnahmen, die damit Anreizen unterliegen, die sich komplex gegenseitig beeinflussen oder gar einander aufheben.

■ **Dr. rer. nat. Wolfgang Bödeker, Abteilungsleiter Statistik & Analysen, BKK Bundesverband, Essen**  
 Kontakt: [BoedekerW@bkk-bv.de](mailto:BoedekerW@bkk-bv.de)

#### Anmerkungen

- 1 Glaeske, G., Vom RSA zum Morbi-RSA – mehr Rationalität im GKV-Finanzausgleich?, in: Göppfarth, D., S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem, Risikostrukturausgleich 2009 – Morbi-RSA, Asgard Verlag, St. Augustin 2009, S. 7–39.
- 2 Göppfarth, D., Auswahl und Anpassung eines Versichertenklassifikationsmodells für den Risikostrukturausgleich, in: Göppfarth, D., S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem, Risikostrukturausgleich 2009 – Morbi-RSA, Asgard Verlag, St. Augustin 2009, S. 101–132.

Werden Präventionsausgaben gleichrangig mit sonstigen Leistungsausgaben behandelt, so folgt hieraus der Anreiz zu unterdurchschnittlichem Engagement in Gesundheitsförderung und Prävention.

- 3 Bundesversicherungsamt, 2008. So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds. [http://www.bundesversicherungsamt.de/cfn\\_115/nn\\_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie\\_funktioniert\\_Morbi\\_RSA,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Wie\\_funktioniert\\_Morbi\\_RSA.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cfn_115/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf) (letzter Zugriff 9.2.2010)
- 4 Cassel, D., K. Jacobs, Risikostrukturausgleich und Prävention: Zur Problematik der versorgungspolitischen Instrumentalisierung des Morbi-RSA, in: Göppfarth, D., S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem, Risikostrukturausgleich 2009 – Morbi-RSA, Asgard Verlag, St. Augustin 2009, S. 185–212.
- 5 Die Wirkung und der Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention wie auch die methodischen Anforderungen an einen Evidenznachweis sind ein Arbeitsfeld der gemeinsamen Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Publikationen zum Thema unter [www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)
- 6 Krankheitsliste unter [http://www.bundesversicherungsamt.de/cfn\\_115/nn\\_1440668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung\\_zu\\_beruecksichtigende\\_Krankheiten.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/cfn_115/nn_1440668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung_zu_beruecksichtigende_Krankheiten.html)
- 7 Sockoll, I., I. Kramer, W. Bödeker, Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, IGA Report 13, 2008 (Download im Internet unter [www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)).
- 8 Avenell, A., T. J. Brown, M. A. McGee, M. K. Campbell, A. M. Grant, J. Broom, R. T. Jung, W. C. S. Smith, What are the long-term benefits of weight reducing diets in adults?, A systematic review of randomized controlled trials, in: Journal of Human Nutrition and Dietetics (17) 2004, S. 317–335.
- 9 Margetts, B. M., P. Little, D. Warm, Interaction between physical activity and diet: implications for blood pressure management in primary care, in: Public Health Nutrition (2/3a) 1999, S. 377–382.
- 10 Aucott, L., H. Rothnie, L. McIntyre, M. Thapa, C. Waweru, D. Gray, Long-term weight loss from lifestyle intervention benefits blood pressure? A systematic review, in: Hypertension (54) 2009, S. 756–762.
- 11 Zimmer, P., J. Shaw, K. G., Albert, Preventing Type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view, in: Diabetes Medicine (20) 2003, S. 693–702; Santaguida, P. L., C. Balion, D. Hunt, K. Morrison, H. Gerstein, P. Raina, L. Booker, H. Yazdi, Diagnosis, prognosis, and treatment of impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose, Evidence Report Number 18, McMaster University Evidence-based Practice Center, Canada 2005.
- 12 Ketola, E., R. Sipilä, M. Mäkela, Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors, in: Ann Med (32) 2000, S. 239–251.
- 13 Karalainen, K., M. Malmivaara, M. Van Tulder, R. Roine, M. Jauhiainen, H. Hurri, B. Koes, Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults, Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2., Art. No. CD002194. DOI: 10.1002/14651858. CD002194; Jolliffe, J. A., K. Rees, R. S. Taylor, D. Thompson, N. Oldbridge, S. Ebrahim, Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease, Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1, Art. No. CD001800. DOI: 10.1002/14651858. CD001800.

