

Prävention lohnt sich – nach wie vor

Immer wieder wird behauptet, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sei präventionsfeindlich. Doch hierzu fehlt jeder empirische Beleg. Auch greifen die anreiztheoretischen Überlegungen, die hierzu aufgestellt werden, zu kurz oder zeugen von sehr pessimistischen Vorstellungen von Kassenhandeln.
Maximilian Gaßner, Christine Treusch und Dirk Göppfarth



Denkfehler: Verzicht auf Prävention kostet

Immer wieder – zuletzt im Beitrag „Morbi-RSA und Prävention: Passt das zusammen?“ von Dr. Wolfgang Bödeker in *Die BKK* 12/2010 – hört man die These, der Morbi-RSA sei präventionsfeindlich. Die verwendete Argumentation ist einfach: Aus dem Morbi-RSA gibt es mehr Geld für Morbidität, also wollen Krankenkassen mehr Morbidität generieren. Sie würden hingegen bestraft, vermieden sie Morbidität durch Prävention. Ganz abgesehen davon, dass es ein Armutzeugnis für Krankenkassen wäre, wenn sie sich so verhielten, beinhaltet das Argument einen simplen Denkfehler: Mehr Morbidität bringt vielleicht mehr Geld aus dem Morbi-RSA, kostet aber auch mehr. Nicht auf die Höhe der Zuweisungen kommt es an, sondern auf die Deckungsbeiträge, also auf die Differenz aus Zuweisungen und Ausgaben.

Etwas differenzierter beschäftigt sich Wolfgang Bödeker mit dem Thema. Doch wenn man sich durch die vielen Fußnoten kämpft, merkt man, dass sich diese mit der empirischen Evidenz zur Wirksamkeit von Prävention beschäftigen – die ja keiner infrage stellen will. Die empirische Evidenz seiner These von der Präventionsfeindlichkeit des Morbi-RSA hat er dabei ganz aus den Augen verloren.

Evidenz: steigende Ausgaben für Prävention

Wie sieht also die empirische Evidenz aus: Haben Krankenkassen nach Einführung des Morbi-RSA ihre Aktivitäten im Bereich Prävention zurückgefahren? Den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen kann man die Ausgaben für primäre Prävention, z. B. Schutzimpfungen, sekundäre Prävention (u. a. Früherkennung) sowie tertiäre Prävention (u. a. Rehabi-

litation) entnehmen – Bödeker weist in seinem Beitrag selbst auf die entsprechenden Konten hin. An der Ausgabenentwicklung lässt sich kein Einbruch der Ausgaben für Prävention erkennen (siehe Abbildung). Auch für die Betriebliche Gesundheitsförderung, die Wolfgang Bödeker zu Recht so am Herzen liegt, zeigen sich erhebliche Steigerungsraten.

Anreize: Fehlanreize nicht stichhaltig

Nun mag man einwenden, dass die Ausgaben zu einem nicht unerheblichen Teil durch gesetzliche Vorgaben geprägt sind, dass der Anstieg vielleicht stärker ausgefallen wäre ohne die von Bödeker aufgezeigten „Fehlanreize“. Schauen wir uns also die Argumentation für die drei aufgezeigten „Effekttypen“ etwas näher an:

Effekttyp 1. Das Verhindern von Krankheiten ist das, was man gemeinhin primäre Prävention nennt. Sollte man tatsächlich unterstellen, Krankenkassen würden auf Maßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten verzichten – oder gar das Auftreten von Krankheiten fördern –, nur um einen Morbiditätszuschlag aus dem Gesundheitsfonds zu erzielen? Fairerweise muss man eingestehen, dass die Möglichkeiten der Krankenkassen im Bereich der primären Prävention sehr begrenzt sind. Hier sind stärker die behandelnden Ärzte, die Schwestern und Pfleger gefragt – man braucht das nur mal am genannten Beispiel des Dekubitus durchzudeklinieren.

Effekttyp 2. Beim Effekttyp 2 („Prävention wirkt wie Kuration“) fällt es schwer zu verstehen, was überhaupt gemeint ist: Ginge es darum, im genannten Beispiel des Bluthoch-

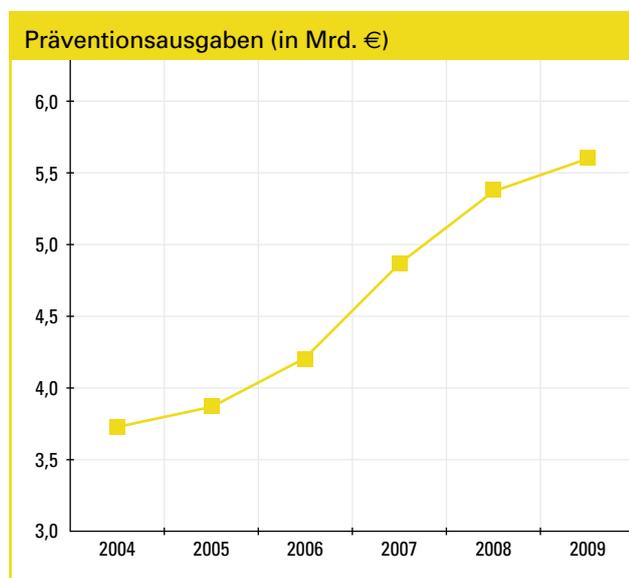
drucks durch Veränderung des Lebensstils das Auftreten der Krankheit zu verhindern, entspräche Typ 2 genau Typ 1. Ginge es hingegen darum, eine Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern, entspräche Typ 2 der Sekundärprävention beziehungsweise Typ 3. Vermutlich ist aber etwas anderes gemeint: nicht Prävention, sondern Versorgungsneutralität. Die Frage ist, ob der Morbi-RSA dazu führt, dass medikamentöse Therapien nicht medikamentösen Alternativen vorgezogen werden.

Zunächst kann dieses Phänomen nur in den wenigen Fällen auftreten, in denen im Morbi-RSA das Aufgreifkriterium „Arzneimittel“ zur Ermittlung der „klinischen Relevanz“ der Fälle eingeführt wurde. Wir wollen auch die Diskussion beiseitelassen, dass die Arzneimitteltherapie bei Bluthochdruck die wichtigste Maßnahme zur Vermeidung von Komplikationen und Folgen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall ist – also auch Prävention darstellt.¹ Für nicht medikamentöse Maßnahmen ist bisher die Vermeidung von Endpunkten wie Herzinfarkt oder Tod unseres Wissens nach noch nicht belegt.² Vielmehr schauen wir auch hier am besten auf die empirische Evidenz: Im Zeitraum von 2006 bis 2009 ist der Anteil der mit Bluthochdruck diagnostizierten Personen je Quartal, die nicht medikamentös behandelt werden, von 25 % auf 23 % gesunken. Ist dies Folge des Morbi-RSA? Nein, denn es handelt sich um einen kontinuierlichen Rückgang im gesamten Zeitraum, der sich nach Einführung des Morbi-RSA nicht beschleunigt hat.

Das Ergebnis sollte nicht überraschen: Die Ausschöpfung nicht medikamentöser Maßnahmen ist bei Bluthochdruck – wie auch bei allen anderen Volkskrankheiten – klarer Bestandteil aller Leitlinien und Behandlungsstandards.³ Es gäbe einen Aufschrei bei der Ärzteschaft wie auch in der Öffentlichkeit, wenn bekannt würde, dass Krankenkassen Ärzte auffordern, gegen alle medizinischen Standards und Leitlinien zu verstoßen.

Effekttyp 3. Bleibt Effekttyp 3, womit die Sekundärprävention gemeint scheint (auf die Tertiärprävention wird gar nicht eingegangen). Hier kommt Bödeker zu dem Schluss, der Morbi-RSA sei „anreizneutral“. Dabei vernachlässigt er aber, dass gerade Maßnahmen zur Sekundärprävention auch für den Wettbewerb der Krankenkassen genutzt werden können. Hier leistet der Morbi-RSA einen wichtigen Beitrag, indem er chronisch Kranke von dem „Makel“ befreit, versicherungstechnisch gesehen schlechte Risiken zu sein. Dies ist gerade die Voraussetzung für einen Wettbewerb um die beste Versorgung, zu der natürlich auch entsprechende Präventionsmaßnahmen gehören.

ABBILDUNG:



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis KJ1.

Ergebnis: Prävention lohnt sich – nach wie vor

Der RSA gleicht keine Ausgaben aus, sondern Unterschiede in den Risikostrukturen. Auch der Morbi-RSA gleicht nicht die Kosten einer Krankheit aus, sondern die aus einer schlechteren Risikostruktur entstehenden Ausgabenrisiken einer Krankenkasse. Daher gilt auch im Morbi-RSA: Es lohnt sich für eine Krankenkasse immer, wenn die Versicherten möglichst gesund sind. Hinzu kommt eine Besonderheit des Morbi-RSA: Er wird prospektiv berechnet. Das bedeutet, dass die Morbiditätszuschläge von der Vorjahresdiagnose abhängen, deren Höhe sich an den Folgekosten orientiert. Damit decken die Morbiditätszuschläge in der Regel die laufenden Behandlungskosten nicht ab, sondern eben nur die weiteren Ausgaberrisiken. Daher kommen auch Anna Schröder und Renate Niedermeier in ihrem Beitrag „Prävention durch Krankenkassen – Auslaufmodell oder Erfolgsgarant in Zeiten des Gesundheitsfonds?“ in *Die BKK 3/2010* am Beispiel Bluthochdruck zu dem Ergebnis, dass sich Prävention weiterhin lohnt, auch finanziell.

Für eine kühl kalkulierende Krankenkasse bedeutet dies aber Folgendes: Die Zuweisungen hängen von den Vorjahresdiagnosen ab, also dem Krankheitsgeschehen des Vorjahres. In einer Deckungsbeitragsrechnung müssen diesen Zuweisungen die laufenden Ausgaben gegenübergestellt werden, die vom laufenden Krankheitsgeschehen abhängen. Einen positiven Deckungsbeitrag wird daher immer die Krankenkasse erwirtschaften, deren Versicherte jedes Jahr etwas gesünder sind als im Vorjahr.

Damit wollen wir nicht behaupten, der Morbi-RSA sei ein Präventionsförderungsprogramm. Vielmehr ist die Verankerung präventiver Ansätze in unserem Gesundheitssystem eine Herausforderung für alle Akteure. Wenn jedoch behauptet wird, der Morbi-RSA würde Prävention verhindern, so ist dies ganz einfach falsch.

■ **Dr. jur. Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamtes, Bonn**
Kontakt: praesident@bva.de

■ **Dr. med. Christine Treusch, Bundesversicherungsamt, Bonn**
Kontakt: Christine.Treusch@bva.de

■ **Dr. rer. oec. Dirk Göppfarth, Bundesversicherungsamt, Bonn**
Kontakt: Dirk.Goepffarth@bva.de

Anmerkungen

- 1 The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators, Effects of an Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitor, Ramipril, on Cardiovascular Events in High-Risk Patients, in: *The New England Journal of Medicine*, 342 (2000), S. 145–153; ALLHAT Collaborative Research Group, Major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to doxazosin vs. chlorthalidone: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT), in: *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, 283 (2000), S. 1967–1975; The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group, Major outcomes in high risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs. diuretic, ALLHAT, in: *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, 288 (2002), S. 2981–2997; Lindholm, L. et al., LIFE Study Group Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE), a randomised trial against atenolol, in: *The Lancet*, 359 (9311), S. 1004–1010.
- 2 British Hypertension Society, Guidelines for management of hypertension: Report of the 3rd working party of the British Hypertension Society, in: *Journal of Human Hypertension*, 13 (1999), S. 569–592; Chalmers, J. et al., WHO-ISH Hypertension Guideline Committee, 1999 Guidelines for Hypertension, in: *Journal of Hypertension*, 17 (1999), S. 151–185.
- 3 Deutsche Hochdruckliga, Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie, in: *Nieren- und Hochdruckkrankheiten*, 38 (2009) 4, S. 137–188; Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, in: *Journal of Hypertension*, 42 (2003) 6, S. 1206–1252; The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC), Guidelines for the Management of Arterial Hypertension, in: *Journal of Hypertension*, 25 (2007) 6, S. 1105–1187.



ANTWORT AUF DIE REPLIK ZU „MORBI-RSA UND PRÄVENTION: PASST DAS ZUSAMMEN?“

Die Anreize für das Präventionshandeln sind inkonsistent gesetzt



Die Autoren Dr. Maximilian Gaßner, Dr. Christine Treusch und Dr. Dirk Göppfarth setzen sich kritisch mit unserem Beitrag „Morbi-RSA und Prävention: Passt das zusammen?“ auseinander. Wir danken sehr für diese engagierte Erwiderung. Sie zeigt, dass das Thema nicht nur weiterhin aktuell ist, sondern auch, dass der Austausch der Argumente bisher nicht zu einer Annäherung der Standpunkte geführt hat. Der gute Brauch, dem Autor des Originalbeitrags eine Replik auf die Kritiker zu ermöglichen, gestattet keine detaillierte inhaltliche Fortführung der Diskussion. Er bietet aber die Gelegenheit, mögliche Hindernisse der Verständigung und Ansatzpunkte für künftige Diskussionen aufzuzeigen. Wolfgang Bödeker

Diskurshindernis: Begriffe und Konzepte. Die Diskussion um die Beziehungen zwischen Morbi-RSA und Prävention wird durch ein unterschiedliches Verständnis grundlegender Konzepte erschwert. Begriffe wie Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, die von den Autoren auch in unserem Beitrag vermisst wurden, sind zwar verbreitete Sortierhilfen in Lehrbüchern – zur Charakterisierung möglicher Einflüsse des Morbi-RSA sind sie allerdings ungeeignet, da aus ihnen keine Abgrenzung der Präventionsmaßnahmen, -akteure und -ziele folgt. Zur Untersuchung der Beziehungen zwischen Prävention und Morbi-RSA hatten wir daher sogenannte „Effekttypen“ eingeführt, also untersucht, welche Anreize vom Morbi-RSA ausgehen, wenn sich durch Prävention bestimmte Effekte erzielen ließen. Diese Effekttypen

sind aus der Arithmetik des Morbi-RSA abgeleitet, so dass betrachtet werden konnte, welche Zuweisungsfolgen zu erwarten sind. Diese Folgen treten daher zwangsläufig auf und sind keine auf Plausibilität gestützten Standpunkte. Das schließt allerdings nicht aus, dass sich Krankenkassen trotz der negativen Anreize in der Prävention engagieren.

Ein erhebliches Diskurshindernis ist auch das oft unreflektierte Verständnis vom Nutzen der Prävention. Die Aussage der Autoren „Prävention lohnt sich“ mag zwar amtlich beschieden werden, wissenschaftlich richtig ist sie nicht. Dafür, dass sich z. B. Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 25 SGB V für Krankenkassen lohnen, gibt es bisher keine Evidenz. Die verschiedenen Präventionsakteure haben unterschiedliche Geschäfts-

modelle und daher auch unterschiedliche Perspektiven, wenn es um die Frage geht, ob sich eine Maßnahme „lohnt“. So kann z. B. eine durch Prävention reduzierte Krankheitshäufigkeit nicht a priori im ökonomischen Interesse der Leistungsanbieter sein: Ein Versicherter ohne Arzneimittelverordnung „lohnt“ nicht für Apotheken. Insgesamt sind Abwägungen des ökonomischen Nutzens von Prävention daher selbst unter Wahrung der verschiedenen Nutzenperspektiven schwierig, denn es können komplexe Wechselwirkungen zwischen den Präventionsakteuren auftreten. Handelt z. B. eine Krankenkasse ökonomisch und betriebswirtschaftlich verantwortungsvoll, wenn sie Ausgaben für Prävention tätigt, obwohl die – bekanntermaßen oft erst mit mehreren Jahren Verspätung einsetzenden – positiven Auswirkungen bei einer anderen Kasse auftreten? Und was, wenn der Versicherte dorthin gewechselt hat, weil dort möglicherweise wegen geringerer Präventionsausgaben kein Zusatzbeitrag erhoben wurde?

In dieser Hinsicht ist auch die vom Bundesversicherungsamt (BVA) gern verwendete Argumentationsfigur „des jedes Jahr etwas gesünder werdenden Versicherten“ zu diskutieren. Abgesehen davon, dass uns keine gesundheitswissenschaftliche Fundierung eines solchen Gesundheitskonzepts bekannt ist, bleibt unklar, was dies etwa bei chronischen Erkrankungen bedeuten soll. Ist zunehmende Gesundheit aus RSA-Perspektive durch abnehmende Ausgaben gekennzeichnet? Dann könnte Krankheit ohne Leistungsanspruchnahme ein unter Morbi-RSA-Gesichtspunkten gleichrangiges Versorgungsziel sein.

Diskurshindernis: empirische Basis. Die Autoren haben darauf hingewiesen, dass die Ausgaben der Krankenkassen für die Prävention auch nach der Einführung des Morbi-RSA weiter gestiegen sind. Zwar sollte zum Beleg dieser These die Darstellung des Ausgabenverlaufs besser nicht in dem Jahr aufhören, in dem der Morbi-RSA eingeführt wurde, sondern darüber hinausgehen; eine empirische Basis zur Beurteilung der Anreizwirkungen wäre aber nützlich. Dies weist auf ein grundsätzliches Problem hin. Die Verbände der Krankenkassen haben seit langem die Bereitstellung von entsprechenden Daten als Rücklauf aus dem RSA-Verfahren gefordert, u. a., um Anreizwirkungen des Morbi-RSA untersuchen zu können. Es könnte zudem nicht schaden, die RSA-Datenbasis auch für eine unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung zur Verfügung zu stellen. Damit könnte der Eindruck vermieden werden, dass ein den RSA operativ abwickelndes BVA auch die Auswertungen vorlegt, die zur Beurteilung der Abwicklungsfolgen erforderlich sind.

Zur empirischen Abschätzung der Anreizwirkungen des Morbi-RSA auf die Prävention sollten nicht nur die Präven-

tionsausgaben insgesamt betrachtet werden. Hieraus geht nämlich nicht hervor, ob und wie viele Krankenkassen gegebenenfalls ihre Ausgaben reduziert haben. Ebenso wenig ist den Gesamtausgaben zu entnehmen, wie sich die Ausgaben zwischen den verschiedenen Präventionskonten verändert haben. Würden etwa die Ausgaben für die betriebliche Prävention zugunsten derjenigen für die Individualprävention reduziert, weil diese im Morbi-RSA anders berücksichtigt werden? Diese Informationen könnten aus der amtlichen Statistik gewonnen werden. Der GKV-Spitzenverband sieht aber keine Rechtsgrundlage, die Verteilung der Ausgaben über die verschiedenen Krankenkassen zu ermitteln.

Sachstand: handlungsleitende Kenntnisse. Präventionsausgaben werden im Morbi-RSA gleichrangig mit anderen Leistungsausgaben behandelt, so dass derselbe Grundanreiz besteht. Hiernach werden unterdurchschnittliche Ausgaben der Krankenkassen in der Prävention belohnt. Gleichzeitig hatten wir festgestellt, dass hieraus nicht automatisch folgt, dass Krankenkassen ihr Engagement in der Prävention verringern, da andere Abwägungen den negativen Anreiz abschwächen könnten. So sollen Bonusprogramme nach § 65 SGB V betriebswirtschaftlich nützlich sein und § 20 SGB V fordert, einen Sollbetrag für Präventionsmaßnahmen aufzubringen, welche zudem für die Mitgliedererwerbung oder Haltearbeit als nützlich erachtet werden mögen. Obwohl es Krankenkassen gewohnt sind, auch unter solch miteinander in Konflikt geratenden Anreizstrukturen zu handeln, können ohne konsistente gesetzliche Handlungsgrundlagen die Möglichkeiten der Präventionsförderung nicht ausgeschöpft werden. Sachdienlicher wäre es z. B., wenn Präventionsausgaben im Morbi-RSA bis zu dem gesetzlichen Sollwert vollständig erstattet würden. Vorzugsweise könnte dies sogar auf Maßnahmen eingegrenzt werden, bei denen von keinem betriebswirtschaftlichen Nutzen für die Krankenkassen ausgegangen werden kann, die aber dennoch, etwa unter gesamtgesellschaftlicher Nutzenperspektive, gewünscht sind.

Wenn Präventionshandeln aus Anreizen folgen soll, dann müssen diese Anreize aus der Akteursperspektive auch konsistent bestehen und nicht durch andere, möglicherweise stärkere Anreize übersteuert werden. Der Morbi-RSA ist ein negativer Anreiz für die Prävention und das BVA sollte es nicht erstaunlich finden, dass Krankenkassen auch in der Prävention so wettbewerbsmäßig handeln, wie es die Politik von ihnen erwartet.

■ Dr. rer. nat. Wolfgang Bödeker, Abteilungsleiter
Statistik & Analysen, BKK Bundesverband, Essen
Kontakt: BoedekerW@bkk-bv.de