

# Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

**Verlag und Copyright:**

Georg Thieme Verlag KG  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
ISSN

Alle Rechte liegen beim  
Verlag



# Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention 2012–2017: Positive Effekte durch das Präventionsgesetz?

## Expenditures of The German Statutory Health Insurance for Health Promotion and Disease Prevention 2012–2017: Positive Effects Due To The Disease Prevention Law?

### Autoren

Wolfgang Bödeker<sup>1</sup>, Susanne Moebus<sup>2</sup>

### Institute

- 1 EPICURUS, Wirkungsanalysen, Essen
- 2 Zentrum für Urbane Epidemiologie, Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen, Essen

### Schlüsselwörter

Prävention, Gesundheitsförderung, GKV, Ausgaben, Anreize, Präventionsgesetz

### Key words

prevention, health promotion, expenditures, incentives, German prevention law

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0829-6632>

Online-Publikation: 2019

Gesundheitswesen

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Susanne Moebus  
Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und  
Epidemiologie (IMIBE)  
Universitätsklinikum Essen  
Hufelandstraße 55  
45122 Essen  
Susanne.Moebus@uk-essen.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Das Präventionsgesetz zielt auf die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Durch das Gesetz werden Änderungen bei den sogenannten „§20-Maßnahmen“ des Sozialgesetzbuch V vorgenommen. Für die durch die Krankenkassen zu erbringenden Leistungen in diesem Bereich wurden Richtwerte erhöht bzw. neu vorgegeben. Zielsetzung dieses Beitrags ist es zu untersuchen, wie sich

die Präventionsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zeitraum von 2012 bis 2017 entwickelt haben und ob die Vorgaben des Präventionsgesetzes erreicht wurden.

**Methode** Die Rechnungsergebnisse der GKV wurden ausgewertet. Die Leistungsausgaben pro Versicherte wurden berechnet und die Ausgabenveränderungen sowohl nach Einzelkonten als auch nach Präventionsbereichen zusammengefasst analysiert. Der Einfluss des Präventionsgesetzes wurde durch die Betrachtung der Zeiträume 2012–2017, 2012–2014 und 2014–2017 herausgestellt.

**Ergebnisse** Im Jahr 2017 entfielen 2,5 % der Leistungsausgaben der GKV, ca. 5 Mrd. Euro, auf die ausgewiesenen Präventionsbereiche. Nahezu 60 % dieser Präventionsausgaben wurden für (Krebs)-Früherkennung und Schutzimpfungen aufgewendet. Die Ausgaben für „§20-Maßnahmen“ beliefen sich auf € 7,17/Versicherte und erreichten damit den gesetzlichen Richtwert, machten aber weniger als 10 % aller Präventionsausgaben aus. Die Präventionsausgaben pro Versicherte nahmen in Zeitraum zwar zu, der Anteil der GKV-Präventionsausgaben an den Leistungsausgaben hat sich aber seit 2015 insgesamt verringert. Ausgaben für Präventionsmaßnahmen, die sich direkt an die Versicherten richten (Individualansatz, Bonusprogramme) und des Setting-Ansatzes (nicht betriebliche Settings, betriebliche Gesundheitsförderung) sind nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes zusammen kaum gestiegen. Dies ergibt sich, weil trotz der Zunahme bei den Ausgaben für die betrieblichen und nicht betrieblichen Settings eine ebenso starke Abnahme bei den Versichertenboni für gesundheitsbewusstes Verhalten eingetreten ist.

**Schlussfolgerungen** Relativ zu den Gesamtausgaben der GKV nehmen die Präventionsausgaben weiterhin ab. Die durch das Präventionsgesetz vorgegeben Richtwerte wurden aber erreicht. Richtwerte haben sich als probates Instrument zur Lenkung von Präventionsausgaben erwiesen und zu einer Erhöhung der Ausgaben für den Setting-Ansatz geführt. Insgesamt zeigt sich aber kein Ausgabeneffekt im Bereich der Prävention seit dem Präventionsgesetz, da eine Kompensation zu Lasten der nicht mit Richtwerten versehenen Individuen bezogenen Maßnahmen (Bonusprogramme) erfolgte.

**ABSTRACT**

**Background** The German Prevention Act aims to strengthen health promotion and disease prevention. The law makes changes to the so-called „§20 measures“. Target values were newly given for the expenditures of the health insurance funds in this area. The objective here was to examine how the prevention expenditures of the statutory health insurance developed in the period from 2012 to 2017, and whether the requirements of the Prevention Act were met.

**Methods** The accounting results of the statutory health insurance funds were evaluated for the period 2012–2017. The expenditures per insured person were calculated and the changes in expenditures were analysed. The effect of the prevention law was highlighted by differentiation of the time periods 2012–2014 and 2014–2017.

**Results** In 2017, about 2.5% of the total expenditure of the German statutory health insurance, around 5 billion euros, was accounted for in the reported prevention areas. Nearly 60% of these prevention expenditures were on early detection and vaccinations. Expenditure on „§20 measures“ amounted to € 7.17 per insured person and thus reached the statutory guide-

line but accounted for less than 10% of all prevention expenditure. Although prevention expenditure per insured person increased over the period, the proportion of money spent on prevention measures as a whole had decreased since 2015. Expenditure on prevention measures that were directly aimed at the insured (individual approach, bonus programmes) and the setting approach (non-occupational settings, worksite health promotion) had hardly increased overall since the Prevention Act came into force. This effect is due to the equally strong decrease in bonuses for health-conscious behaviour among insured persons, despite the sharp increase in expenditure on company and noncompany settings.

**Conclusion** The proportion of money spent on disease prevention in total expenditure is still decreasing. The targets set by the Prevention Act, however, have been reached. Thus, target values have apparently proved to be an effective instrument for regulating prevention expenditure and have led to an increase in expenditure in the setting approach. Overall, there has been no expenditure effect in the area of disease prevention since the Prevention Act was enacted, as compensation was made at the expense of the non-setting measures without target values.

## Einleitung

Das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz zielt auf die Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Deutschland. Durch das Gesetz werden einerseits Strukturen für eine verbesserte Zusammenarbeit der Akteure geschaffen und andererseits die Ausdehnung der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung geregelt. Dem Gesetz ging eine langjährige, kontroverse Diskussion um dessen Notwendigkeit und Ausgestaltung voraus [1].

Der Prävention war auch bereits vor dem Präventionsgesetz politisch eine hohe Bedeutung beigemessen und sogar der Ausbau zu einer der Versorgung ebenbürtigen Säule des Gesundheitssystems in Aussicht genommen worden. In der Praxis schlug sich diese Wertschätzung allerdings kaum nieder. So zeigten Analysen, dass die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Präventionsleistungen im Zeitraum 2007–2012 abgenommen hatten, während die Leistungsausgaben insgesamt deutlich zunahmen [2]. Als mögliche Gründe wurden die inkonsistenten und teilweise widerläufigen Anreize angeführt, die sich in den verschiedenen Regelungen des Sozialgesetzbuches (SGB) finden. Hiernach ist die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen z. B. sowohl durch Bonus- als auch Malus-Regelungen, Zuzahlungen oder Richtwerte geregelt. Die im SGB V eingeführten Steuerungs- und Förderinstrumente betreffen aber oft dieselben Präventionsmaßnahmen, womit sich die Anreize komplex beeinflussen oder gar aufheben können [2]. Zudem ergeben sich übergreifende Einflüsse auf das Engagement in Gesundheitsförderung und Prävention für Krankenkassen durch den politisch gewünschten Wettbewerb. Präventionsleistungen können hierin für das Werben um Versicherte ein-

gesetzt werden, aber auch durch höhere Ausgaben einen geringen Zusatzbeitrag gefährden.

Durch das Präventionsgesetz wurden bedeutende Änderungen bei den sogenannten „§20-Maßnahmen“ des Sozialgesetzbuch V vorgenommen, die nun nach primärer Prävention und Gesundheitsförderung (§20 Individual-Ansatz), Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§20 a Setting-Ansatz), Betriebliche Gesundheitsförderung (§20 b) und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§20 c) unterschieden werden. Für die durch die Krankenkassen zu erbringenden Leistungen in diesem Bereich wird ein jährlich zu inkrementierender Richtwert vorgegeben, der im Jahr 2017 EUR 7,17 pro Versicherte betrug und damit zu einer Verdopplung der Ausgaben gegenüber 2015 führen sollte. Zudem wird der Richtwert gesetzlich differenziert, sodass erstmals auch für die betriebliche Gesundheitsförderung und für den Setting-Ansatz jeweils eigene Richtwerte vorgegeben werden; für 2017 betrug der Richtwert jeweils 2,05 Euro pro Versicherte.

Das Präventionsgesetz macht aber nicht nur verstärkt von Ausgabe-Richtwerten Gebrauch, sondern verknüpft diese auch mit Verwendungs- und Abführungsregeln. Unterschreiten etwa die Ausgaben für den Setting-Ansatz den Jahresrichtwert, so muss die Krankenkasse die nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich zur Verfügung stellen. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung werden dagegen nicht verausgabte Mittel an den GKV Spitzenverband abgeführt, um sie für die Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen zu verwenden. Beide Verwendungsregelungen schränken den Handlungsspielraum der Krankenkassen ein, sodass die Disposition über die Präventionsausgaben kaum mehr für wettbewerbliche Zwecke eingesetzt werden kann.

Bislang gibt es keinen Überblick, wie sich die Regelungen des Präventionsgesetzes auf das finanzielle Engagement der Krankenkassen ausgewirkt haben. Zielsetzung dieses Beitrags ist es zu untersuchen, wie sich die Präventionsausgaben der GKV im Zeitraum von 2012 bis 2017 entwickelt haben und ob die Vorgaben des Präventionsgesetzes erreicht wurden.

## Daten und Methoden

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen werden in deren Jahresrechnungen (sogenannte KJ1) nach dem gemeinsamen Kontenschlüssel der GKV differenziert. Die Rechnungsergebnisse werden durch das Bundesministerium für Gesundheit nach Kassenarten zusammengefasst und im Internet veröffentlicht [3]. Für unsere Auswertungen haben wir die Rechnungsergebnisse 2012–2017 berücksichtigt. Im Kontenschlüssel der Jahresrechnungen werden die Ausgabenpositionen gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) bezeichnet und lassen daher Spielraum bei der Zusammenfassung nach Präventionsbereichen. Die von uns ausgewerteten Konten umfassen Ausgaben sowohl für Gesundheitsförderung als auch für Primär-, Sekundär- (Früherkennung) und Tertiärprävention (Reha und Selbsthilfe). Nicht berücksichtigt blieben Leistungen nach anderen Regelungen als dem SGB V (s. ► **Tab. 1**).

Die absoluten Leistungsausgaben wurden auf Ausgaben pro Versicherte (VS) umgerechnet. Hierfür wurde die amtliche Statistik über die jahresdurchschnittliche Zahl der Versicherten der GKV (sogenannte KM1–13) für Jahre 2012–2017 herangezogen [3]. Anschließend berechneten wir die Veränderungen der Ausgaben sowohl nach den Einzelkonten als auch nach Präventionsbereichen zusammengefasst. Um einen möglichen Einfluss des Präventionsgesetzes sichtbar zu machen, haben wir neben dem Analysezeitraum 2012–2017 zudem die Zeiträume 2012–2014 und 2014–2017 analysiert. Die Datenverarbeitung und -analyse erfolgte mittels MS Excel und SAS 9.4.

## Ergebnisse

Die Leistungsausgaben der GKV betragen im Jahr 2017 insgesamt 217 Mrd. Euro. Hiervon entfielen 2,5 %, d. h. rund 5 Mrd. Euro, auf die in ► **Tab. 1** ausgewiesenen Präventionsleistungen. Nahezu 60 % dieser Präventionsausgaben wurden für die (Krebs)-Früherkennung und Schutzimpfungen aufgewendet. Zusammen mit den Ausgaben für ambulante und stationäre Vorsorge sowie Rehabilitation waren 2017 mehr als 80 % der Präventionsausgaben ärztlich veranlasst und erbracht. Die Ausgaben für Leistungen nach §20, §20a-c beliefen sich auf € 7,17 pro Versicherte und erreichten damit den gesetzlichen Richtwert, machten aber weniger als 10 % aller Präventionsausgaben der ► **Tab. 1** aus.

Der Anteil der GKV-Präventionsausgaben an den Leistungsausgaben insgesamt hat sich seit 2015 verringert. Die Präventionsausgaben pro Versicherte nahmen in diesem Zeitraum zwar zu, allerdings fiel die Zunahme geringer aus als bei den gesamten Leistungsausgaben. Die Veränderungen sind in den einzelnen Präventionsfeldern unterschiedlich:

- Eine starke Abnahme zeigt sich bei der ambulanten und stationären Vorsorge (rund – 50 % von 2012 bis 2017). Ausgenommen hiervon sind die Mutter/Vater-Kuren, die sich überdurchschnittlich entwickelten. Da diese mit ca. 5 € pro Kopf nominal deutlich höhere Ausgaben erzeugen als die anderen Vorsorgebereiche (<0,4 €/VS) wird bei der zusammenfassenden Betrachtung die Gesamtabnahme verdeckt.
- Die Abnahme betrifft auch die Mütter/Väter-Reha sowie die ambulante Reha ohne Anschlussheilbehandlung (AHB).
- Eine starke Abnahme der Ausgaben liegt zudem bei dem Versicherten-Bonus nach §65a für gesundheitsbewusstes Verhalten vor.
- Die o.g. Abnahmen zeigen sich insbesondere ab 2015 und fallen seitdem deutlich stärker aus als vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes oder treten erst seitdem auf (z. B. die stationäre Vorsorge Kinder).
- Eine starke Zunahme der Ausgaben ist bei der betrieblichen Gesundheitsförderung zu sehen, wo sich der pro-Kopf-Betrag seit 2015 ca. verdoppelte und seit 2016 den Richtwert von 2€ leicht überschreitet.
- Die stärkste Zunahme der Ausgaben zeigt sich bei den nicht betrieblichen Settings mit einer Vervierfachung des pro Kopf Betrages seit 2015, wobei der Richtwert allerdings erst 2017 erreicht wurde.
- Auch die o.g. Ausgabenzunahmen treten wesentlich nach 2015 auf, also nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes.
- Die Zunahme der Ausgaben für die Prävention gemäß §20 Individual-Ansatz erfolgt seit 2015 im Vergleich zu allen Leistungsausgaben nur noch unterdurchschnittlich.

In der ► **Abb. 1** sind die Ausgabenentwicklungen für die Präventionsmaßnahmen, die sich direkt an die Versicherten richten (Individualansatz, Bonusprogramme) und des Setting-Ansatzes (nicht betriebliche Settings, betriebliche Gesundheitsförderung) gegenübergestellt. Es wird ersichtlich, dass diese Ausgaben nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes insgesamt kaum gestiegen sind und bei ca. 10 Euro pro Versicherte verharren. Dieser Effekt ergibt sich trotz der starken Zunahme bei den Ausgaben für die betrieblichen und nicht betrieblichen Settings durch die ebenso starke Abnahme bei den Versichertenboni für gesundheitsbewusstes Verhalten. Diese Abnahme zeigt sich für alle Kassenarten mit Ausnahme der Knappschaft-Bahn-See (KBS) und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) und ist für die Innungskrankenkassen mit einer Verringerung der Ausgaben für Bonusprogramme von 14 Euro pro Versicherte im Jahr 2015 auf 4 Euro in 2017 besonders ausgeprägt (Daten nicht dargestellt).

## Diskussion und Fazit

Während die GKV-Präventionsausgaben im Zeitraum 2007–2012 noch abgenommen hatten [2], ist dieser Trend inzwischen umgekehrt. Die Ausgaben-Entwicklung hält aber auch von 2012 bis 2017 mit dem Anstieg der gesamten Leistungsausgaben nicht Schritt, sodass der Anteil der Präventionsausgaben weiter sinkt.

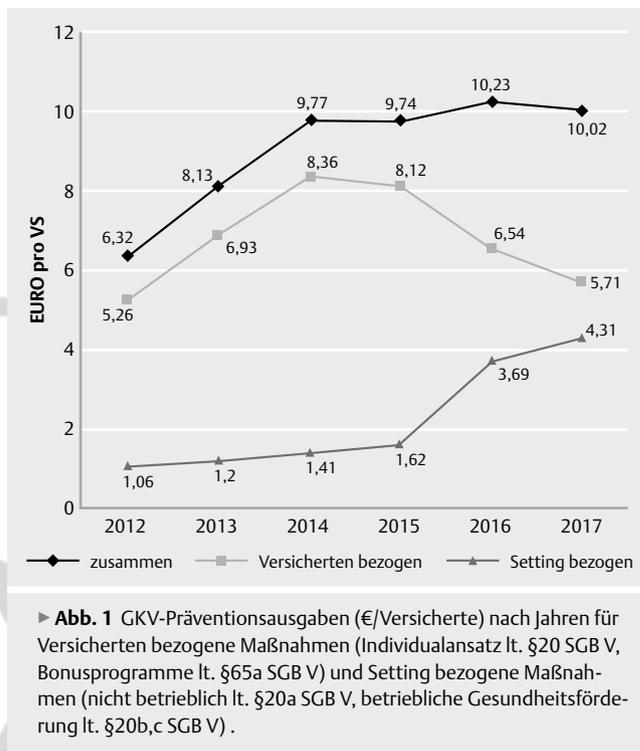
Das Präventionsgesetz sieht eine Steigerung der Ausgaben für §20 Maßnahmen vor. Der Richtwert von ca. 7 Euro pro Versicherte sowie die darin enthaltenen Richtwerte von jeweils ca. 2 Euro pro Versicherte für Gesundheitsförderung in betrieblichen und nicht betrieblichen Settings wurden in 2017 erreicht. Richtwerte haben sich damit offenbar als ein probates Instrument zur Lenkung von

► **Tab. 1** GKV- Präventionsausgaben nach Jahren und prozentuale Änderungen im Zeitraumsvergleich.

Konten *	EURO pro Versicherte										% Änderung		
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017-2012	2017-2014	2014-2012				
5000: Ambulante Vorsorge Sachleistung	0,53	0,52	0,5	0,4	0,38	0,35	-33,96	-30,00	-5,66				
5010: Ambulante Vorsorge Zuschuss	0,26	0,26	0,24	0,16	0,14	0,13	-50,00	-45,83	-7,69				
5020: Stationäre Vorsorge	0,31	0,28	0,26	0,21	0,17	0,15	-51,61	-42,31	-16,13				
5030: Stationäre Vorsorge Kinder	0,14	0,18	0,17	0,14	0,12	0,06	-57,14	-64,71	21,43				
5040: Stationäre Reha Kinder	0,36	0,39	0,39	0,41	0,41	0,39	8,33	0,00	8,33				
5050: Stationäre Reha	4,29	4,77	5,06	5,08	5,28	5,4	25,87	6,72	17,95				
5060: Vorsorge Mütter-Väter	4,37	4,91	5,11	5,3	5,43	5,56	27,23	8,81	16,93				
5080: Reha Mütter-Väter	0,28	0,25	0,2	0,21	0,18	0,16	-42,86	-20,00	-28,57				
5100: Soziale Dienste	1,63	1,6	1,57	1,5	1,51	1,46	-10,43	-7,01	-3,68				
5110: Primäre Prävention- Individualansatz	2,35	2,61	2,75	2,87	2,95	2,87	22,13	4,36	17,02				
5130: Förderung der Selbsthilfe Zuschuss	0,57	0,59	0,58	0,61	0,97	1,05	84,21	81,03	1,75				
5140: Förderung der Selbsthilfe sonst	0,02	0,02	0,04	0,02	0,03	0,03	50,00	-25,00	100,00				
5155: Betriebliche Gesu.Förderung §20 b,c	0,66	0,78	0,96	1,08	2,06	2,19	231,82	128,13	45,45				
5160: Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	0,62	0,62	0,65	0,69	0,66	0,66	6,45	1,54	4,84				
5170: Primäre Prävention - nichtbetriebliche Lebenswelten	0,4	0,42	0,45	0,54	1,63	2,12	430,00	371,11	12,50				
5180: Schutzimpfungen §20i	1,26	1,53	1,4	1,53	1,57	1,69	34,13	20,71	11,11				
5183: Schutzimpfungen Honorar	3,31	3,16	3,69	3,63	3,58	3,77	0,00	0,00	11,48				
5186: Schutzimpfungen Impfstoffe	13,4	11,76	12,94	15,11	14,52	14,96	11,64	15,61	-3,43				
5200: Früherkennung Kinder	2,46	2,48	2,43	2,56	2,66	3,21	30,49	32,10	-1,22				
5210: Krebsfrüherkennung Frauen	10,08	10,27	10,52	10,54	10,72	10,56	4,76	0,38	4,37				
5220: Krebsfrüherkennung Männer	1,92	2	2,18	2,2	2,2	2,24	16,67	2,75	13,54				
5230: Früherkennung andere KH	5,82	5,78	6,4	6,33	6,48	6,23	7,04	-2,66	9,97				
5410: Reha-Sport	2,44	2,7	3,05	3,31	3,52	3,79	55,33	24,26	25,00				
5420: sonstige ergänz.Leistungen Reha	1,24	1,3	1,44	1,48	1,57	1,61	29,84	11,81	16,13				
5460: ambulante Reha ohne AHB	0,53	0,54	0,53	0,54	0,54	0,51	-3,77	-3,77	0,00				
5490: Boni an Arbeitgeber §65a SGB V	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,06	0,00	-14,29	16,67				
5970: Versicherten Bonus §65a (1,2)	2,91	4,32	5,61	5,25	3,59	2,84	-2,41	-49,38	92,78				
alle obigen Konten	62,23	64,12	69,19	71,79	72,94	74,07	19,03	7,05	11,18				
Leistungsausgaben gesamt. (5999)	2484,1	2615,85	2754,75	2856,67	2945,97	3015,81	21,40	9,48	10,90				
Präventionsausgaben (alle obigen Konten) in % von Leistungsausgaben gesamt	2,51	2,45	2,51	2,51	2,48	2,46							
<b>zusammengefasst</b>													
ambul.& stat. Vorsorge (5000,5010,5020,5030,5060)	5,61	6,15	6,28	6,21	6,24	6,25	11,41	-0,48	11,94				
ambul.& stat. Reha (5040,5050,5080,5410,5420,5460)	9,15	9,95	10,67	11,03	11,51	11,87	29,73	11,25	16,61				
(Krebs)-Früherkennung (5200,5210,5220,5230)	20,28	20,54	21,52	21,64	22,06	22,24	9,66	3,35	6,11				

► Tab. 1 Fortsetzung.

Konten *	EURO pro Versicherte						% Änderung		
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017-2012	2017-2014	2014-2012
Schutzimpfungen (5180, 5183, 5186)	17,96	16,45	18,03	20,27	19,68	20,43	13,75	13,31	0,39
Förderung Selbsthilfe (5130, 5140)	0,59	0,61	0,61	0,64	1	1,07	81,36	75,41	3,39
primäre Prävention - Individual-Ansatz (5110)	2,35	2,61	2,75	2,87	2,95	2,87	22,13	4,36	17,02
primäre Prävention - Setting-Ansatz (5170)	0,4	0,42	0,45	0,54	1,63	2,12	430,00	371,11	12,50
betriebliche Gesundheitsförderung (5155)	0,66	0,78	0,96	1,08	2,06	2,19	231,82	128,13	45,45
Versicherten Bonus §65a	2,91	4,32	5,61	5,25	3,59	2,84	- 2,41	-49,38	92,78



Präventionsausgaben erwiesen und zu einer Erhöhung der Ausgaben für den Setting-Ansatz um 3 Euro pro Versicherte seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes geführt.

Der Zunahme der Ausgaben bei den Setting-bezogenen Maßnahmen steht allerdings eine Abnahme der Ausgaben für den Versicherten-Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach §65a SGB V in gleicher Höhe gegenüber. Diese Bonusprogramme sehen Geld- oder Sachprämien für Versicherte vor, die eine regelmäßige Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen nachweisen. Die Programme bündeln in der Regel Individual-Prävention, Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen, sodass das Erreichen eines Bonus die Teilnahme an mehreren Maßnahmen voraussetzt oder die Höhe des Bonus mit der Anzahl der nachgewiesenen Maßnahmen steigt. Die Aufwendungen für die Bonusprogramme müssen nach §65a SGB V „mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden“. Im Rahmen solcher Evaluation haben sich die Bonusprogramme wiederholt als wirksam und ökonomisch nützlich erwiesen [7–10]. Eine Ausdehnung dieser Präventionsleistung sollte daher im Interesse der Krankenkassen liegen. Die starke Abnahme seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes ist daher vordergründig schwer erklärbar. Bonusprogramme sind offenbar weiterhin auch als Instrument der Kundengewinnung und -bindung beliebt und werden von nahezu allen gesetzlichen Krankenkassen unvermindert angeboten [11]. Es erscheint zudem unwahrscheinlich, dass die Nachfrage durch die Versicherten deutlich abgenommen haben sollte, da die Programme ohnehin nur durch einen kleinen Teil der Versicherten (< 5%) in Anspruch ge-

nommen werden [7]. Einige Ausgaben für Bonusprogramme (z. B. Verwaltung, Marketing) könnten möglicherweise den Präventionsmaßnahmen nach dem Setting-Ansatz zugeordnet worden sein. Da dieser Anteil aber gegenüber den Boni, die Versicherten bezogen erfasst werden, gering ist, dürfte eine solche Buchung ebenfalls keine vollständige Erklärung für die Zunahmen der Setting bezogenen Ausgaben sein.

Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt einem nahezu kontinuierlichen Wandel. Neue gesetzliche Gestaltungen betreffen häufig auch die Aufgaben der GKV in Gesundheitsförderung und Prävention, sodass der Einfluss des Präventionsgesetzes schwer zu isolieren ist. Präventionsausgaben unterliegen zudem übergeordneten Regelungen wie dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA), durch den lediglich die GKV-weiten Durchschnittsausgaben erstattet werden. Für die einzelnen Krankenkassen besteht somit ein Anreiz für unterdurchschnittliches Engagement in der Prävention [4, 5]. Ob dieser grundsätzliche Fehlanreiz das Ausgabeverhalten der Kassen praktisch beeinflusst, ist indes weiterhin strittig [6]. Im Wettbewerb der Krankenkassen ist die Vermeidung von hohen Zusatzbeiträgen jedoch vordringlich und daher grundsätzlich zu erwarten, dass Leistungsausgaben dort der wettbewerblichen Steuerung unterliegen, wo die gesetzlichen Regelungen Handlungsspielräume eröffnen. Für die Stärkung der Prävention sind daher Richtwerte besonders geeignet, die durch Verwendungs- oder Abführungsregeln begleitet sind, weil dann Minderausgaben zu keinem wettbewerblichen Vorteil führen. Es ist nicht erkennbar, warum die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich mit unterschiedlichen Anreizinstrumenten verbunden sind. Richtwerte sind allerdings zur Steuerung der Qualität der erbrachten Leistungen noch nicht ausreichend. Der erhoffte, systematische Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten ist auch nach dem Präventionsgesetz noch nicht erreicht [12]. Die neu geschaffenen qualitativen Steuerungsinstrumente wie z. B. die Bundesrahmenempfehlungen der Träger der Nationalen Präventionskonferenz [13] sollten daher stärker genutzt werden, um Bedarfe bei defizitären Entwicklungen in den Vordergrund zu rücken.

## Literatur

- [1] Meierjürgen R, Becker S, Warnke A. Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. *Prävent Gesundheitsförderung* 2016; 11: 206–213
- [2] Bödeker W, Moebus S. Normen- und Anreizkonflikte für die gesetzlichen Krankenkassen in Gesundheitsförderung und Prävention. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 397–404
- [3] Bundesministerium für Gesundheit. Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung.html> 2017. Letzter Zugriff 15.10.2018
- [4] Bödeker W. Morbi-RSA und Prävention – Passt das zusammen? Die BKK 2010; 12: 634–641. <http://epicurus.de/wp-content/uploads/delightful-downloads/2018/02/Morbi-RSA-und-Pr%C3%A4vention.pdf> Letzter Zugriff 15.10.2018
- [5] Häckl D, Weinhold I, Kossack N et al. Gutachten zu Anreizen für Prävention im Morbi-RSA. Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG) 2016. <https://www.wig2.de/projekte/gutachten-zu-praeventionsanreizen-im-morbi-rsa.html> Letzter Zugriff 15.10.2018
- [6] Drösler S, Garbe E, Hasford J et al. Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Bonn: Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs; 2017. [https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20172019PK\\_Handout\\_Vorwort\\_Zusammenfassung.pdf](https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20172019PK_Handout_Vorwort_Zusammenfassung.pdf) Letzter Zugriff 15.10.2018
- [7] Friedrichs M, Friedel H, Bödeker W. Teilnehmerstruktur und ökonomischer Nutzen präventiver Bonusprogramme in der betrieblichen Krankenversicherung. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 623–627
- [8] Stock S, Schmidt H, Büscher G et al. Financial incentives in the German Statutory Health Insurance: New findings, new questions. *Health Policy* 2010; 96: 51–56
- [9] Jordan S, Lippe van der E, Hagen C. Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. In: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell. 2009: Berlin: 2011 23–34. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf?__blob=publicationFile) Letzter Zugriff 15.10.2018
- [10] Friedel H, Nürnberg V. Bonusprogramme als Differenzierungsmerkmal im Wettbewerb der Krankenkassen. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2010; 44: 40–44
- [11] <https://www.gesetzlichekrankenkassen.de/bonusvorteil/bonusvorteil.html> letzter Zugriff 18.10.2018
- [12] Rosenbrock R. Präventionsgesetz 2015 – Herausforderungen der Umsetzung. *Public Health Forum* 2018; 26 (Nr. 2): 80–82
- [13] Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (Hrsg.). Bundesrahmenempfehlungen nach §20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018: 52