

Prävention als Verlustgeschäft?

IKK-Gutachten zu „Fehlanreizen“ im RSA

(gid) Prävention – medizinisch und volkswirtschaftlich zwar bedeutsam, aber für die Krankenkassen ein Verlustgeschäft. So lautet das Ergebnis eines von den Innungskrankenkassen in Auftrag gegebenen Gutachtens zu Präventionsanreizen im Finanzausgleich der Krankenkassen¹. Hans Peter **Wollseifer**, Vorstandsvorsitzender des IKK e.V. und als Präsident des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks ein politisches Schwergewicht, kritisiert: „Um es drastisch zu sagen: **Kassen werden systematisch finanziell bestraft, wenn sie in Prävention investieren.**“ Die überdurchschnittlichen Präventionsaufwendungen der IKKen würden durch die **pauschalen** Zuwendungen des RSA für diesen Leistungsbereich nicht gedeckt. Außerdem zeige sich anhand der Daten, dass **Versicherte, die an Präventionsmaßnahmen teilnehmen, im Ergebnis schlechtere Deckungsbeiträge** im RSA erreichen als Versicherte mit denselben Krankheiten, für die solche Aktivitäten aber nicht nachweisbar sind.

Dazu ein kurzer **Blick in die Vergangenheit**: Die Frage, ob der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) die Präventionsanreize der Kassen untergräbt, wird schon seit zehn Jahren diskutiert. Schon der erste, später zurückgetretene, wissenschaftliche RSA-Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA) hatte gefordert: „*Bei Erkrankungen, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglich sind, müssen **Fehlanreize** vermieden werden, die zur Unterlassung von Präventionsmaßnahmen bezüglich des Auftretens oder der Progression führen*“ (Busse et al. 2007, 65)². In der Konsequenz hatte er sich für

¹ <https://www.ikkev.de/downloads-pressekonferenz/>

² Busse/Drösler/Glaeske/Greiner/Schäfer/Schrappe (2007): Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditäts-

eine engere Krankheitsauswahl ausgesprochen, die durch eine **logarithmische Prävalenzgewichtung** die Kostenintensität stärker zur Geltung kommen lässt, als die Verbreitung einer Krankheit. Weiter trat er dafür ein, die **Zuschläge für Krankheiten mit Präventionspotential abzusenken**, um Kassen zu verstärkten Aktivitäten in diesem Bereich zu motivieren.

Diese Vorschläge wurden seinerzeit vom BVA und den meisten der damaligen Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgelehnt. Die Einflussmöglichkeiten der Kassen durch Präventionsbemühungen würden **überschätzt**. Der RSA würde „**versorgungspolitisch überfrachtet**“. In einem **prospektiven RSA** seien gesunde bzw. gesündere Versicherte immer ein Gewinn. Eine präventionspolitisch motivierte Minderung der Zuschläge für bestimmte Krankheiten könnte auch zu einer **unerwünschten Risikoselektion** gegen Versicherte mit diesen Krankheiten führen, was ebenso wahrscheinlich sei wie die Auslösung von Präventionsanreizen. Das waren die Argumente, die sich schließlich wissenschaftlich und politisch durchsetzten. Der RSA sollte also **versorgungspolitisch neutral** gestaltet werden.

Das aktuelle Gutachten der IKKen wirft die alten Fragen wieder neu auf und bietet dazu eine **bemerkenswerte Empirie**. Aus den Leistungsdaten von über sechs Millionen Versicherten von fünf Innungskrankenkassen, darunter die IKK Classic, wurden eine „**Interventions- bzw. Präventionsgruppe**“ und eine **Vergleichsgruppe** gebildet. Die Interventionsgruppe wurde dadurch definiert, dass die Versicherten in den Jahren 2010 und 2011 an Bonusprogrammen und anderen Präventionsmaßnahmen ihrer Kassen teilgenommen hatten (S. 42f.). Versicherte, die im Beobachtungszeitraum von 2010 bis 2014 keine dieser Leistungen in Anspruch genommen hatten, werden als Nicht-Präventionsgruppe definiert, aus der später die Kontrollgruppe gebildet wird. In beiden Gruppen werden die Personen, die von 2010 bis 2014 die Kasse gewechselt haben oder verstorben sind, ausgeschlossen. Außerdem werden die

tätsorientierten Risikostrukturausgleich; Dezember 2007,

<http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html> - Gutachten Krankheitsauswahl 2007

schwangeren Versicherten und die Krankengeldleistungen nicht berücksichtigt (S. 47). Damit umfasst die **Präventionsgruppe** rund 426.000 Versicherte.

Zur Bildung einer gleich großen **Kontrollgruppe** „wurde ein **Propensity Score Matching** durchgeführt. Dabei soll im Datenbestand ein Versichertenkollektiv mit gleichen Eigenschaften wie die Interventionsgruppe identifiziert werden, um sie dann hinsichtlich weiterer Variablen zu vergleichen. Die Risikoadjustierung erfolgte im Basismodell mindestens unter Verwendung der Versichertenmerkmale Alter, Geschlecht und Versichertenstatus. Zusätzlich wurden in weiteren Modellen die Merkmale Erwerbsminderungsstatus, DMP-Teilnahme und Krankengeldanspruch verwendet, sowie eine **Morbiditätsadjustierung** vorgenommen. Dazu wurde jeweils das Jahr 2010 als Basisjahr definiert.“ (S. 48)

Über die Qualität dieser anspruchsvollen Risikoadjustierung kann hier nichts gesagt werden. Das gilt auch für die Frage, wieweit die Ursprungsstichprobe für die GKV insgesamt verallgemeinerbar ist. Etwas kryptisch ist allerdings der Hinweis: „Mittels einer zusätzlichen Adjustierung der Leistungsausgaben im Ausgangszeitpunkt wird versucht, die **Vermutung eines unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhaltens** zwischen Präventions- und Nichtpräventionsteilnehmern auszuklammern.“ (S. 48). Zu diesen methodischen Fragen bringt auch die „Langfassung“ des Gutachtens keine wirkliche Klärung.

Jedenfalls stellen sich die Autoren vom „**Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung**“ (WIG²) aus Leipzig weiteren Problemen der Datenaufbereitung: Zur Ermittlung der tatsächlichen „Zuweisungen und damit der Deckungsbeiträge in den einzelnen Jahren wurden die Versicherten unter **Verwendung der Morbi-RSA-Klassifikationsverfahren der jeweiligen Ausgleichsjahre** gruppiert. Für die Jahre 2011-2014 wurden hierzu die Kostengewichte des jeweiligen Schlussausgleichs und für das Jahr 2015 die Kostengewichte des Grundlagenbescheids 3 verwendet.“ (S. 45). Um die Beobachtung der Krankheitsentwicklung der Versicherten bzw. der vermuteten Präventionswirkungen auf eine **einheitliche Basis** zu stellen, hat man **für alle vier Jahre einheitlich das Klassifikationsverfahren und die Krankheitsauswahl des Jahres 2014** benutzt.

Für die Präventions- und die Kontrollgruppe wird die Entwicklung der Leistungskosten und der RSA-Deckungsbeiträge über die vier Untersuchungsjahre

dargestellt. Zwar hat die Präventionsgruppe im Hauptleistungsbereich der **ambulanten Versorgung** einen signifikanten Kostenanstieg, der „sich möglicherweise auf Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zurückführen“ lässt. *„Die geringeren Ausgaben der Präventionsgruppe im stationären Sektor und bei den Arzneimitteln deuten (dagegen) auf eine kostendämpfende Wirkung der Prävention hin.“* (S. 53). Die im ersten Jahr besseren Deckungsbeiträge entwickeln sich im Verlauf der Zeit zu Ungunsten der Präventionsgruppe (ebenda). Auch wenn **nach primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen unterschieden** wird, ist das Ergebnis ernüchternd: *„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.“* (S. 55).

In weiteren Berechnungen werden die genannten Entwicklungen für **Teilmengen** der Präventions- und Kontrollgruppe durchgespielt. Zum Beispiel werden die **Versicherten** betrachtet, denen im Ausgangsjahr **keine hierarchisierte Morbiditätsgruppe** (HMG) zugeordnet war, die aber im Zeitverlauf bestimmte Krankheiten neu entwickelt haben. (S. 55f.) Auch bei ihnen schneidet die Nicht-Präventionsgruppe bei den Deckungsbeiträgen innerhalb des Beobachtungszeitraums kontinuierlich besser ab. Schließlich werden die Versicherten nach **vier Krankheitsbereichen** betrachtet: Diabetes mellitus, psychische Erkrankungen, Herzerkrankungen und Erkrankungen der Lunge. Ausgangspunkt sind jeweils die Versicherten, die im Jahr 2011 die niedrigste Hierarchiestufe des jeweiligen Krankheitsbereichs aufwiesen, d.h. unter einer relativ wenig schwerwiegenden Form der entsprechenden Krankheit litten. Außerdem wurde jeweils betrachtet, **welche spezifischen, auf den betreffenden Krankheitsbereich bezogenen Präventionsmaßnahmen** diese Versicherten in Anspruch genommen hatten.

In der **Zusammenfassung** zu diesen Berechnungen heißt es: *„Eine Betrachtung der Leistungsausgaben zeigt durchgehend eine Dämpfung der Ausgabenentwicklung für die Präventionsgruppe. ... Bei keiner Hierarchie besteht (jedoch) aus Perspektive der Krankenkassen ein wirtschaftlicher Anreiz in Prävention zu investieren, da sich im Zeitverlauf die Unterschiede in den Deckungsbeiträ-*

*gen zwischen Präventions- und Kontrollgruppe verschlechtern. Die kostendämpfende Wirkung der Präventionsmaßnahmen geht auch mit einer zuweilungsdämpfenden Wirkung einher, die **letztlich zu einer Verschlechterung der Gesamtbilanz der Präventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe führt. Schränkt man die Prävention auf die den jeweiligen Erkrankungen zugängigen Maßnahmen ein, verstärken sich die oben genannten Punkte.***“ (S. 70f.)

Auch wenn die ausgewiesenen Unterschiede nicht spektakulär sind (oft sind es nur wenige, aber für die Kassen manchmal entscheidende Euro), so stellen sich doch für die Interpretation der Ergebnisse **zwei zentrale Fragen**. Woher kommt die günstigere Kostenentwicklung der Interventionsgruppe? Und wie erklären sich ihre niedrigeren bzw. sich verschlechternden Deckungsbeiträge?

Zur ersten Frage unterstellen die Autoren (und erst Recht die Auftraggeber) der Studie ganz selbstverständlich, **dass die Präventionsmaßnahmen der Kassen die Kostendämpfungseffekte ausgelöst haben** und einen günstigeren Krankheitsverlauf bewirken. Das ist mit den vorgelegten Daten aber **nicht kausal zu beweisen**. So liegt z.B. die Vermutung nahe, dass mit den Teilnehmern an Präventionsmaßnahmen **eine soziale Gruppe selektiert** wird, die generell günstigere gesundheitliche Chancen hat. M.a.W.: Nicht die von der Kasse an die Versicherten herangetragenen Maßnahmen sind ursächlich, sondern die „präventionsaffinen“ Versicherten haben generell eine bessere Gesundheitsprognose. Dieser Punkt ist auch das **Dilemma aller Evaluationsstudien** für Präventionsmaßnahmen.

Dabei dürfte die „**Präventionsaffinität**“ mit vielen anderen unterstützenden Faktoren einhergehen, z.B. mit einem höheren sozialen Status und Einkommen sowie größerer Selbstdisziplin in der gesundheitsrelevanten Lebensführung. Auch eine höhere Compliance bei der Behandlung chronischer Krankheiten in einem frühen Stadium, verhindert bzw. verzögert den „Aufstieg“ in höhere HMGs. Wenn es im Übrigen diesen Zusammenhang nicht gäbe, stünden die Präventionsmaßnahmen der Kassen beim (durchaus risikoselektiv angelegten) Marketing nicht im Vordergrund. – Diese **Verhaltenskomponente** wird von den Autoren nicht wirklich diskutiert, obwohl gelegentlich der „**Vorsorge- bzw. Früherkennungsbias**“ der Präventionsaffinen gestreift wird (z.B. S. 57/71).

Die sich **verschlechternden Deckungsbeiträge** erklären sich die Autoren mit den **Gruppierungsregeln des RSA**: Kann z.B. bei einer Diagnose aufgrund präventiver Maßnahmen auf ein für die Zuordnung in der Klassifikation relevantes Arzneimittel verzichtet werden, verfehlt die Krankheit das **Aufgreifkriterium für die höheren HMG-Stufen**. Das gilt analog für die stationäre Aufnahme, deren Diagnose bei der Validierung bestimmter HMGs eine ausschlaggebende Rolle spielt (S. 38).

Auch wenn man die **Kausalitätsbehauptung** der Studie nicht teilt, macht der Befund geringerer Deckungsbeiträge bei der Präventionsgruppe allerdings nachdenklich. Vor allem die in der Studie an vier Krankheitsgruppen dargestellte **Verschlechterungs-Kaskade**, bei der die Präventionsgruppe ihre Deckungsbeiträge verringert, scheint die Erklärung durch das Aufgreifkriterium zu bestätigen. Hier besteht mindestens **weiterer Forschungsbedarf**.

Trotzdem ist die **tiefe Enttäuschung der IKKen** über das Ergebnis nicht ganz nachvollziehbar. Die Studie bestätigt, dass die Deckungsbeiträge bei schweren Erkrankungen höher sind als bei leichten, was der Intention des Morbi-RSA entspricht. Die Beobachtung, dass die Kosten bei präventionsaffinen Versicherten weniger stark eskalieren, sollte die IKKen in ihren Aktivitäten bestärken. Kostendämpfung ist im RSA nämlich immer günstig, völlig unabhängig davon, ob den Patienten eine HMG zugeordnet wird oder nicht. Was hier vor allem in Frage gestellt wird, ist **die (vielleicht etwas kurzschlüssige) Unternehmensstrategie**, Präventionsmaßnahmen gezielt zur Erhöhung bestimmter Deckungsbeiträge einzusetzen. Allerdings ist in der Konsequenz verständlich, dass eine Kasse mit **überdurchschnittlichen** Präventionsausgaben dann darüber nachdenkt, hier einzusparen.

Gleichwohl ist es noch nicht gerechtfertigt von **grundsätzlichen Fehlanreizen** im Morbi-RSA zu sprechen (S. 76). Der als Lösungsvorschlag präferierte Wechsel zur **logarithmischen Prävalenzgewichtung** wird durch die Ergebnisse der Studie nicht schlüssig begründet. Außerdem räumen die Autoren selbst Zweifel ein, ob „*bei einer bloßen Anpassung der Prävalenzgewichtung*“ die „*Zuweisungen zielgerichtet verlagert werden.*“ (S. 80). Durchaus interessant ist dagegen ein anderer Vorschlag der Autoren: „*Eine vollständige kassenindividuelle Erstattung von Primärpräventionsmaßnahmen ist prinzipiell geeignet,*

um gezielt finanzielle Mittel in diesen Bereich zu verlagern, ... Kritisch muss hier (jedoch) angemerkt werden, dass eine reine Erhöhung verfügbarer Mittel nicht zwangsläufig auch zu effektiveren Präventionsangeboten führen muss.“

Um diesem Einwand Rechnung zu tragen, diskutieren die Autoren eine nur anteilige (degressive) Erstattung für überdurchschnittliche Präventionsausgaben.

© gid 2016