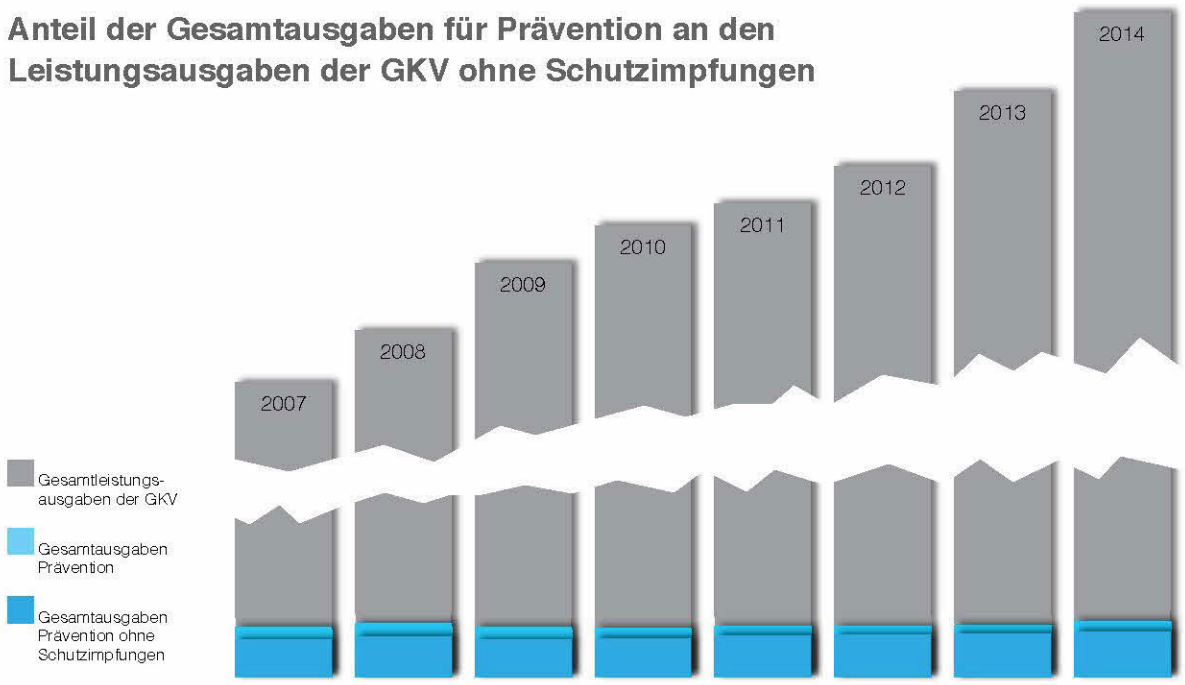
Prävention gesellschaftlich bedeutsam … und dennoch ein Verlustgeschäft für die Kassen

Jürgen Hohnl, Geschäftsführer des IKK e.V.

Meinungen, Papiere, Diskussionsbeiträge und auch wissenschaftliche Abhandlungen über den Morbi-RSA und Vorschläge zur Weiterentwicklung sind Legion. Ganze Regale lassen sich damit füllen. Und gerade in der letzten Zeit boomt das Thema. Das ist nicht verwunderlich: Der RSA ist technisch hochkomplex und damit aus wissenschaftlicher Sicht ein attraktiver Forschungskomplex. Er ist aber auch ein finanztechnisches Korrektiv, eingebettet in das wettbewerblich ausgerichtete Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung. Das hat zur Folge, dass dem Morbi-RSA sowohl eine hohe betriebswirtschaftliche Relevanz zukommt als auch ein hohes Emotionalisierungspotenzial innewohnt. Anders ausgedrückt: Debatten über den Morbi-RSA wecken schnell das (Un)-Gerechtigkeitsgefühl der Krankenkassen. Dies gilt insbesondere, wenn die als falsch empfundenen Verteilungswirkungen auf einen Systemfehler schließen lassen.



Entwicklung der Gesamtausgaben für Prävention in der GKV in Mio. EURO								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gesamtausgaben Prävention	6.609	7.100	7.375	6.507	6.688	6.743	6.914	7.359
Gesamtausgaben Prävention ohne Schutzimpfungen	4.945	5.342	5.880	5.145	5.421	5.491	5.765	6.091
Anteil der Gesamtausgaben für Prävention an den Leistungsausgaben der GKV								
Leistungsausgaben in Mio. EURO	144.433	150.900	160.398	164.964	168.742	173.152	182.746	193.631
Anteil der Gesamt-ausgeben für Prävention	3,4%	3,5%	3,7%	3,1%	3,2%	3,2%	3,2%	3,1%

Quelle: BMG 2015: endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (KJ 1) 2007 bis 2014, eigene Berechnungen, *ohne Schutzimpfungen

Grafik 1: Anteil der Gesamtausgaben für Prävention an den Leistungausgaben der GKV ohne Schutzimpfungen

Wie in allen Transfer-Systemen, die auf Solidarität aufgebaut sind, hängt die Akzeptanz an der Transparenz des Verfahrens. Auf der anderen Seite muss die Manipulationsanfälligkeit möglichst gering sein und darf es keine falschen Anreizstrukturen geben. Gerade diesen Aspekten wurde in der Vergangenheit zu wenig Beachtung geschenkt. Das zeigt sich in den nun laufenden Diskussionen. Der Grundkonsens aus der Vergangenheit ist dadurch verloren gegangen. Viele Krankenkassen oder auch Kassenarten haben allen

Grund, sich die Verteilungswirkung des Morbi-RSA genauer anzusehen. Ist es doch offenbar so, dass mit der zuletzt auf gerichtlichem Wege gelösten sogenannten „Verstorbenenproblematik" die Nehmerkassen nicht nur Rücklagen aufbauen können, sondern zum Teil auch mit einem äußerst aggressiven Beitragssatz im Wettbewerb agieren. Die Unzufriedenheit mit dem Morbi-RSA ist groß und das Vertrauen in ihn gering. Zu intransparent und manipulationsanfällig erscheint vielen das Ausgleichssystem.

Weniger aus Gründen einer grundlegenden Skepsis über die Funktion und Verteilungswirkung des RSA, sondern mehr aus der seit langem bestehenden Sorge um falsche oder auch widersprüchliche Anreize im Bereich der Prävention hat der IKK e.V. eine Studie beim Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2) in Auftrag gegeben. Ziel war es, einer schon längere Zeit von verschiedener Seite geäußerten Vermutung wissenschaftlich nachzugehen: Ob das System des Morbi-RSA systematisch Präventionsanstrengungen der Krankenkassen konterkariert. Zweifel bestehen seit der Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009, belegt wurden sie bislang nicht.

Die Bundesregierung und auch der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamt (BVA) wichen der Frage stets mit dem Verweis auf einen mangelnden Beobachtungszeitraum aus. Tatsache ist, dass die Ausgaben für Primärprävention erst 2014 wieder den Wert erreicht haben, den sie vor Einführung des Morbi-RSA hatten.

Studie belegt: Kassen werden für erfolgreiche Prävention im RSA bestraft

Die Ergebnisse der Studie, für die mehr als sechs Millionen Datensätze ausgewertet wurden, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Einführung des Morbi-RSA markiert einen Wendepunkt bei den Ausgaben für Prävention.
2. Prävention ist medizinisch und volkswirtschaftlich sinnvoll.
3. Versicherte, die Präventionsleistungen in Anspruch nehmen, entwickeln weniger häufig Neuerkrankungen und beanspruchen im Zeitverlauf geringere Leistungsausgaben.
4. Im jetzigen Morbi-RSA ist Prävention für eine Krankenkasse betriebswirtschaftlich nicht lohnend.
5. Medizinisch wünschenswerte Effekte der Prävention bei Volkskrankheiten belohnt der Morbi-RSA nicht.

Nach der Studie muss man klar konstatieren: Kassen werden für erfolgreiche Prävention bestraft! Und zwar auf zwei verschiedene Weisen: Zum einen werden Einsparungen bei den Leistungsausgaben durch entgangene Zuweisungen nicht nur minimiert, sondern sogar ins Negative verkehrt. Zum anderen werden die Kassen, die überdurchschnittlich in Prävention investieren, aufgrund einer nur pauschalen Rückerstattung systematisch benachteiligt.

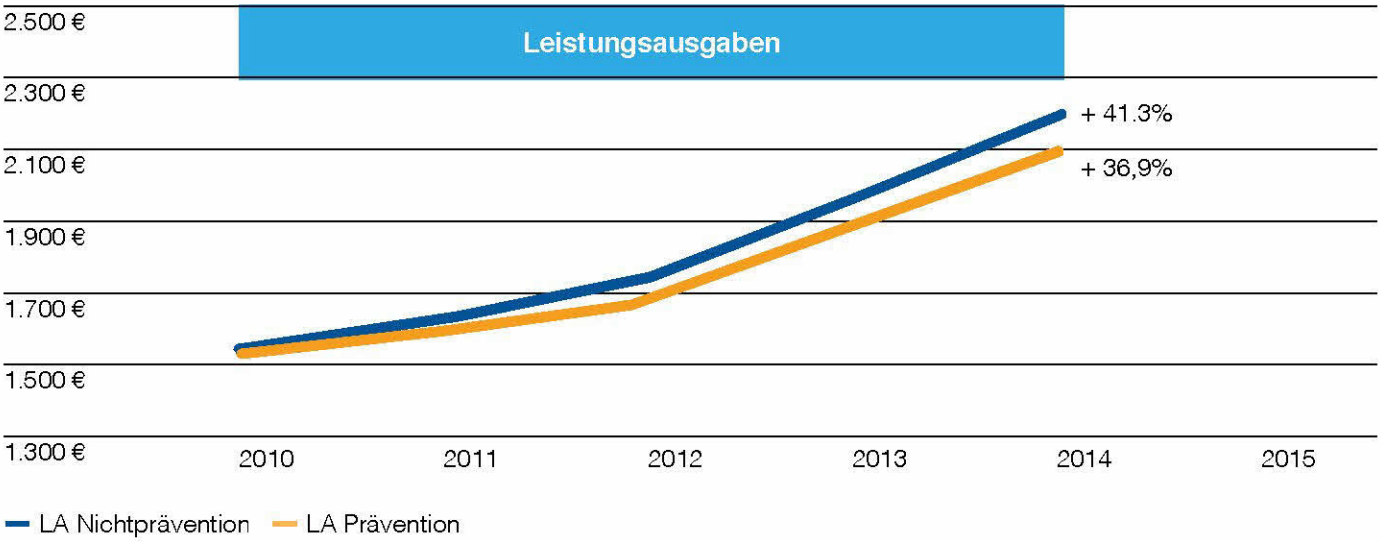
Die Studie hat die Entwicklung von Leistungsausgaben und Zuweisungen zwischen einer sogenannten Präventionsgruppe und einer adjustierten Vergleichsgruppe verglichen. In der Präventionsgruppe blieben die Leistungs-

ausgaben zuletzt um ca. 70 Euro im Jahr hinter der Ausgabenentwicklung der Nicht-Präventionsgruppe zurück. Sowohl im Arzneimittelbereich als auch insbesondere im stationären Bereich entwickelten sich die Ausgaben deutlich unterdurchschnittlich.

Gleichzeitig verschlechterte sich aber der Deckungsbeitrag auf ein Defizit von - 36,49 Euro. Und in diesem Vergleich sind die Kosten für die Präventionsmaßnahmen noch gar nicht enthalten!

Das heißt: Obwohl Prävention medizinisch und ökonomisch nachweislich Erfolge bewirkt, macht der Morbi-RSA jedwede Präventionsinvestition zum Verlustgeschäft. Die Krankenkassen sitzen gleichsam in einer Zwick-

Entwicklung der Leistungsausgaben von 2010 bis 2015

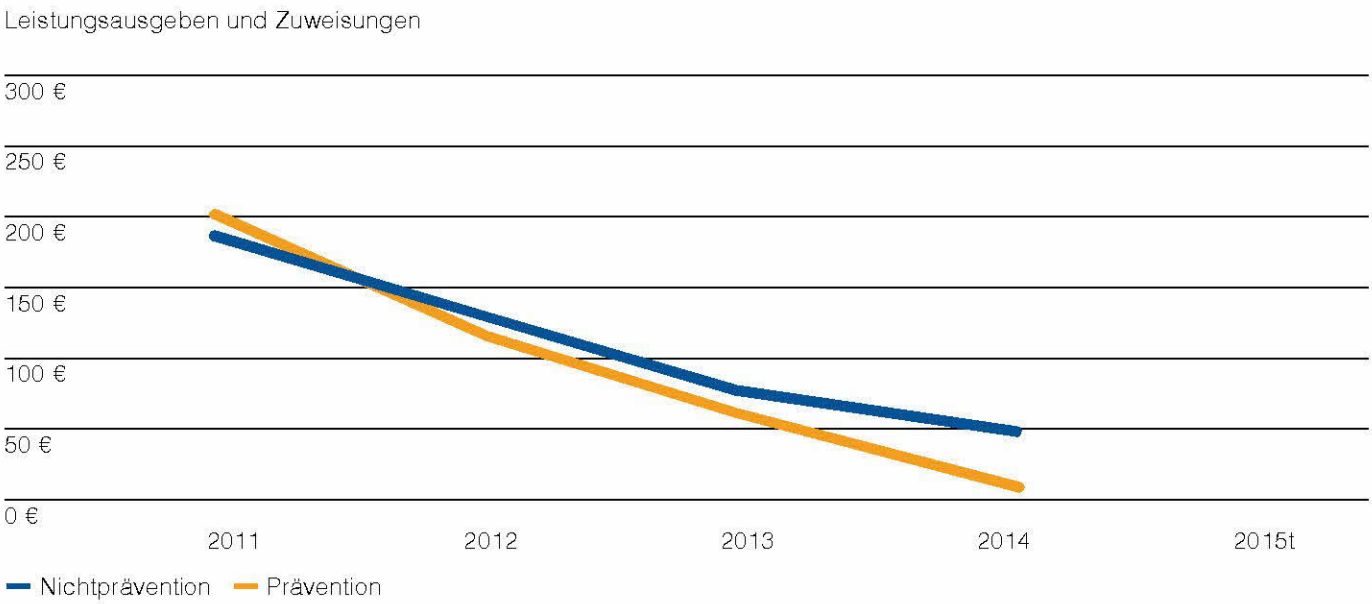


Anstieg der Leistungsausgaben entspricht aufgrund der Zusammensetzung der Gruppen nicht dem Anstieg der GKV-Leistungsausgaben

	Nichtprävention	Prävention	p-Wert
ambulanter Sektor	27,44 €	92,30 €	<0,0001
Zahnarzt	45,63 €	47,61 €	0,0642
Arzneimittel	168,48	149,84 €	0,0046
stationärer Sektor	302,76 €	203,69 €	<0,0001
sonstige Leistungsausgaben	87,03 €	69,82	<0,0001
Dialyse	9,26 €	4,78 €	<0,0001
Summe	640,60	568,04	<0,0001

Grafik 2: Entwicklung Leistungsausgaben 2010 bis 2015

Entwicklung der Deckungsbeiträge 2011 bis 2014



Entwicklung der Leistungsausgaben und Zuweisungen im finalen Modell

	Nichtprävention	Prävention	Differenz
2011	188,24 €	201,46 €	13,22 €
2012	137,02 €	126,24 €	-10,78 €
2013	75,14 €	59,87 €	-15,27 €
2014	49,51 €	13,02 €	-36,49 €
Σ 2011-2014	138,73 €	-188,44 €	-49,71 €

Grafik 3: Entwicklung der Deckungsbeiträge 2011 bis 2014

mühle. Sie wollen den Gesetzesauftrag erfüllen und sich stärker im Bereich der Prävention engagieren, müssen dabei aber mit Wettbewerbsnachteilen rechnen. Das ist widersinnig. Krankheitsdiagnosen wiegen mehr als Präventionserfolge! Wenn sowohl Leistungserbringer als auch Krankenkassen über die Optimierung von Diagnosen ihre finanzielle wie wettbewerbliche Position verbessern können, wer investiert dann noch langfristig in Prävention?

An dieser Stelle muss dringend nachgebessert werden. Die Innungskrankenkassen fordern, die unangemessen starke Berücksichtigung von jenen Krankheiten zurückzunehmen, die durch Prävention vermieden oder deren Verlauf durch Prävention günstig beeinflusst werden können. Dazu gehören beispielsweise Diabetes mellitus, Hypertonie, Adipositas oder COPD.

Anders sieht es aber aus bei Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention. Wenn es darum geht, dass bei herzkranken Menschen ein Infarkt vermieden wird (Sekundärprävention) oder nach einem Infarkt ein weiterer verhindert werden soll (Tertiärprävention), sind Anreize notwendig und möglich. Und gerade die fehlen im RSA. Breite Kritik gibt es daran, dass die Krankenkassen zu wenig täten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands entgegenzuwirken. Die Diskussion ist doch nur verstehbar, wenn man sie als Diskussion um fehlende Anreize im RSA betrachtet. Jeder, der hier Handlungsbedarf sieht, fordert implizit eine Änderung des RSA und eine bessere Berücksichtigung von sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen.

Der Blick auf das Thema Pflege zeigt, wie sehr die Logik des RSA das Gesundheitssystem als Reparaturbetrieb sieht. Wir sind konzeptionell noch da, wo die Automobilindustrie in den 1970-er Jahren war: Qualität wird am Ende geprüft und gegebenenfalls verbessert. Die Revolution des Total Quality Managements (TQM), dass nämlich die Qualität von Anfang an ein Teil der Produktion sein muss und nicht nach der Produktion hereingeprüft und -repariert werden kann, hat das Gesundheitswesen noch weitgehend vor sich. Im Gesundheitswesen stehen Prävention und Kuration noch ziemlich unverbunden nebeneinander. Welche Anreize gibt es denn heute in der Versorgungsrealität in den Arztpraxen, Prävention als selbstverständlichen Teil des ärztlichen Handelns zu begreifen? Für Versicherte gibt es zwar Anreize zur Primärprävention über Kurse, Setting-Maßnahmen und Bonusprogramme. Zu einem ganzheitlichen Präventionsmanagement gehören aber insbesondere Anreize dann, wenn die Primärprävention offenkundig an ihre Grenzen gekommen ist, wenn der Mensch krank wird. Wer meint, dass Kassen mehr tun müssten, um eine Verschlimmerung von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, kommt nicht darum herum, die Anreize im RSA zu verändern, die aktuell die Verschlechterung von Krankheiten finanziell für die Krankenkasse attraktiv machen.

Empirisch falsch ist inzwischen auch das Argument, dass es sich lohnt, z.B. einen Diabetiker wieder so gesund zu machen, dass er etwa kein Insulin mehr benötigt, weil Gesunde ja im RSA überdeckt seien. Aktuell verstößt die Krankenkasse gegen betriebswirtschaftliche Logiken, wenn sie wie die TK Geld dafür ausgibt, dass die Menschen wieder gesund werden – zum Beispiel durch Programme wie „Sport als Therapie“[6].

Ein gutes Geschäft: Verwaltungspauschalen für Standardkonzepte – kranke Programme für chronisch Kranke

Die Disease-Management-Programme (DMP) waren ein Sündenfall - ging es doch primär nicht um eine bessere Versorgung chronisch Kranker, sondern darum, dem Umverteilungskarussell weiteren Schwung zu verleihen. Die gefällige Begrifflichkeit „Disease

6. https://www.tk.de/tk/medizin-und-gesundheit/bewegung/sport-als-therapie/36662 https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/233600/Datei/74368/TK-Broschuere-Sport-als-Therapie.pdf.

Bei dem Ziel, das Gesundheitswesen über einen verstärkten Wettbewerb zukunftsfähig zu machen, wurde mit dem Risikostrukturausgleich ein wichtiger Rahmen gesetzt, der dann mit der stärkeren Morbiditätsorientierung weiterentwickelt wurde. Die Politik hat mit dem Präventionsgesetz die Weichen gestellt, Prävention und Gesundheitsförderung weiter zu stärken. Dabei wurden die Rahmenbedingungen aber offenbar nicht überprüft oder gar neu gesetzt.

Die Krankenkassen werden ihren gesamtgesellschaftlichen Auftrag erfüllen. Im Gegenzug muss aber auch der Finanzausgleich der Krankenkassen fair ausgestaltet werden und darf nicht zum Hemmschuh beim Ausbau der Präventionsorientierung des Gesundheitswesens werden. Dafür wollen und müssen wir uns gemeinsam einsetzen.