

Primärpräventionsangebote wenig steuerbar



Dr. Heinz Giesen

Primärprävention als gesellschaftliche Aufgabe

Gemäß § 20 Sozialgesetzbuch V (SGB V) sollen gesetzliche Krankenkassen in ihrer Satzung „Leistungen zur primären Prävention“ vorsehen, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ erbringen. Für Präventionsleistungen (§§ 20 bis 20b SGB V) sollen sich die Ausgaben je Versichertem an dem Betrag von 2,78 Euro (Richtwert für das Jahr 2008) orientieren. Laut Präventionsbericht 2009 [1] haben die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland im Jahr 2008 durchschnittlich 4,83 Euro je Versichertem ausgegeben.

Die Vorgaben des „Leitfaden Prävention“ [2], der gemeinsam und einheitlich für alle Krankenkassen Handlungsfelder und Kriterien für die Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V definiert, sind anspruchsvoll. Die Inanspruchnahme der Primärpräventionsangebote ist jedoch bisher wenig steuerbar. Somit ist es schwierig, sozial bedingte Ungleichheit zu mindern. Die Kosten-Effektivität der Primärprävention wird kritisch und nur für vereinzelte Maßnahmen als vertretbar angesehen [3]. Die Kombination verschiedener Maßnahmen der Gesundheitsförderung („Setting-Ansatz“) wird gefordert [2, 4].

Morbi-RSA fördert Sekundär- und Tertiärprävention

Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wurde mit dem GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetz im März 2007 eingeführt. Er verteilt prospektiv die durchschnittlichen Kosten in 80 Zuschlagsklassen.

Das heißt für Versicherte, die zum Beispiel einen Herzinfarkt erlitten haben und die Kriterien des Morbi-RSA erfüllen, erhält die Krankenkasse einen Zuschlag in Höhe der durchschnittlichen Kosten, die alle Versicherten mit Herzinfarkt ohne das Jahr der Erstdiagnose zusätzlich bewirkt haben. Die Kosten im Jahr der Diagnosestellung, die in der Regel ein Vielfaches betragen, werden somit nicht ausgeglichen.

Der Gesundheitsfonds kann bis zu fünf Prozent unterdeckt sein, sodass – wie aktuell – sogar weniger als die durchschnittlichen Kosten verteilt werden. Darüber hinaus sind die Möglichkeiten der Kompensation höherer Kosten bei Kranken durch deutlich geringere Zuweisungen des Gesundheitsfonds für Gesunde stark eingeschränkt [5]. Die erfolgreiche Reduktion von Akutereignissen und Komplikationen chronischer Krankheiten wird zur entscheidenden Herausforderung im Wettbewerb der Krankenkassen, um einen Zusatzbeitrag zu vermeiden. Effektive und effiziente Präventionsangebote, die zielgenau die Versichertengruppe mit dem objektiv höchsten Bedarf ansprechen, müssen entwickelt werden.

Mehr Bewegungsförderung und Lebensstiländerung durch Selektivverträge

Die positive Wirkung von Bewegung auf verschiedene chronische Krankheiten ist gut belegt [6]. In Versorgungswahlтарifen nach § 53 (3) SGB V können Krankenkassen neben Bewegungsförderung nach § 20 SGB V in Verbindung mit Bonusprogrammen (§ 65a SGB V) auch sekundär- und tertiärpräventive Interventionen im Rahmen von Selektivverträgen (zum Beispiel §§ 140a, 73b, 73c SGB V und andere) anbieten. Programminhalte, die die Kundenbedürfnisse der Zielgruppe ansprechen, fördern den wirtschaftlichen Mitteleinsatz. Die Qualitätsanforderungen der Selektivverträge beeinflussen darüber hinaus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungserbringung. Pekuniäre Anreizmodelle für Versicherte und Leistungserbringer können zusätzlich die Effektstärke und Zielgenauigkeit der Interventionen verbessern [7].

Früherkennung, Selbstmanagement und Bewegungsförderung

Gesunde und chronisch Kranke können für präventives Verhalten und Compliance im Rahmen von Versorgungswahlтарifen belohnt werden. Leistungserbringer, die an den ergänzenden Selektivverträgen teilnehmen, erhalten eine attraktive Vergütung und können entsprechend der vertraglichen Vereinbarung mit der Krankenkasse häufig zusätzliche Leistungen anbieten. Der Hausarzt übernimmt in der Regel die Steuerung der Versicherten, der Facharzt die spezialisierte Versorgung. Die strukturierte Anamnese und problemorientierte Befragung (zum Beispiel durch Gesundheitsstatus oder indikationsbezogene Risikofragebögen), ein begleitender Informations- und Erinnerungsservice sowie die Vereinbarung individueller Gesundheitsziele mit dem Hausarzt sind Beispiele für Kernelemente innovativer Wahlтарife. Die Teilnahme an Bewegungskursen zur Verbesserung des Lebensstils und die aktive Mitgliedschaft im Sportverein können im Wahlтарif ebenso bonifiziert werden wie die Mitarbeit des Patienten, die Erfüllung der mit dem Arzt vereinbarten Ziele oder eine überdurchschnittliche kardio-pulmonale Leistungsfähigkeit.

SPORT PRO GESUNDHEIT als Initiative des Bayerischen Landes-Sportverband e. V. und der Bayerischen Landesärztekammer stellt für hochwertige Präventionsangebote die notwendige Struktur- und Prozessqualität sicher. Die Einrichtungen von SPORT PRO GESUNDHEIT sind zertifiziert und als Vertragspartner für Selektivverträge besonders interessant. Über ihre Präventionsangebote gemäß § 20 SGB V, über Selektivverträge und über gezielte Wissensschaffsförderung (zum Beispiel den Bayerischen Gesundheitspreis) werden die gesetzlichen Krankenkassen weiterhin ihren Beitrag für eine geringere Morbidität [8] leisten.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.blaek.de (Ärztblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Dr. Heinz Giesen, Dezernent Verträge, Signal Iduna IKK, Albert-Thaer-Straße 36-38, 48147 Münster, E-Mail: heinz.giesen@signal-iduna-ikk.de, Internet: www.signal-iduna-ikk.de