

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie zum neuen Präventionsgesetz

Grundsätzlich begrüßt die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö), dass nach mehreren Anläufen ein Präventionsgesetz (PrävG) beschlossen worden und am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist. Gleichwohl treffen nicht alle beschlossenen Maßnahmen auf Zustimmung der dggö. Dies betrifft die teilweise inadäquate Finanzierung der Präventionsleistungen sowie deren unzureichende ökonomische Evaluation. Auch schätzt die dggö die mit dem Gesetz verbundenen positiven Auswirkungen kritischer ein als dies in der Begründung des Gesetzentwurfs zum Ausdruck kommt.

1. Finanzierung von Präventionsleistungen

Im Wesentlichen sieht das PrävG die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Finanzierer der Präventionsleistungen vor. Das ist dann sachgerecht, wenn der Vorteil einer Präventionsaktivität auf die GKV beschränkt ist. Dies ist beispielsweise der Fall bei Verhaltensänderungen zur Verringerung des Diabetes-Risikos. Bei einer kostensparenden Reduktion der Diabetes-Inzidenz profitieren die Betroffenen selbst nebst deren Krankenversicherungen und der Versichertengemeinschaft insgesamt.

Bei Präventionsmaßnahmen allerdings, deren Nutzen über die eigene Versicherung hinausgeht, sind die sonstigen Begünstigten an der Finanzierung ebenfalls zu beteiligen. So kommt die im Präventionsgesetz vorgesehene Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Betriebsärzte nicht nur den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugute, sondern auch den Versicherten der Privaten Krankenversicherung (PKV). Die Beteiligung Letzterer geschieht jedoch auf freiwilliger Basis, sodass eine sachgerechte Finanzierung nicht gewährleistet ist.

Die Maßnahmen zur Verbesserung des Impfschutzes, insbesondere im Kindesalter, werden von der dggö ausdrücklich begrüßt. Von der Immunität einer Person profitieren nicht nur die GKV-Versicherten, sondern alle Personen, die sich bei Nicht-Immunität der Person potenziell von dieser hätten anstecken können. Diese sogenannte positive Externalität der Immunität impliziert eine Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln und nicht eine Finanzierung seitens der GKV. Auch die Erreichung der international vereinbarten Impfziele (Herdenimmunität) ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

2. Ökonomische Evaluation von Präventionsleistungen

2.1 Kostenbegriff

Das Präventionsgesetz wird damit gerechtfertigt, dass für die GKV die Kosten für Präventionsleistungen geringer seien als die damit vermiedenen Krankheitskosten. Diese Rechtfertigung verwendet einen unvollständigen Kostenbegriff, der auch durch die Berücksichtigung des Erfüllungsaufwands der beteiligten Akteure nicht vervollständigt wird. Vielmehr unterstreichen die Ausführungen, dass der Gesetzgeber mit einem unvollständigen Kostenbegriff

arbeitet. So wird beim Erfüllungsaufwand der Bürger vernachlässigt, dass Prävention selbst Kosten verursacht, die über den Besuch eines Arztes hinausgehen (S. 29 im Gesetzentwurf). Beispielsweise impliziert ein gesünderer Lebensstil in Form von aktivem Sport oder gesünderer Ernährung auch Kosten. Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung wird ebenfalls unterschätzt. So erscheint die Annahme, dass Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln kostenneutral umsetzbar seien, doch recht optimistisch (S. 31).

2.2 Perspektive

Für eine ökonomische Evaluation ist immer eine Perspektive festzulegen, aus der Kosten und Nutzen gegeneinander abgewogen werden. Aus Sicht des Gesetzgebers sollte dabei immer auch die Perspektive der Gesellschaft insgesamt berücksichtigt werden. Dabei lautet die Frage, ob sich eine präventive Maßnahme aus Sicht der Gesellschaft lohnt oder nicht. Im Gesetz findet sich diese Sichtweise nicht wieder, da die Kosten wie oben erläutert nur unvollständig erfasst wurden. Zudem nimmt das Gesetz mehrere Perspektiven ein, die (unvollständige) gesellschaftliche Perspektive, die der GKV und die der Betriebe im Rahmen der betrieblichen Prävention. Es kann jedoch sein, dass eine aus betrieblicher Sicht wünschenswerte Maßnahme gesellschaftlich unerwünscht ist und umgekehrt. Da die Vorteilhaftigkeit medizinischer Leistungen von der Perspektive abhängt, erfordert eine konsistente Gesundheitspolitik eine einheitliche Perspektive als Referenz. Diese lässt das Präventionsgesetz vermissen.

2.3 Methodische Herausforderungen

Die ökonomische Evaluation von Gesundheitsleistungen ist methodisch generell sehr anspruchsvoll. Dies trifft besonders auf Präventionsleistungen zu, bei denen die vollständige Erfassung aller Kosten und Nutzen über lange Wirkungszeiträume sehr schwierig ist. Weiterhin gibt es je nach Art der Prävention unterschiedliche methodische Herausforderungen. Laut PräVG obliegt die wissenschaftliche Evaluation der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (durch Beauftragung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, §20c(3), S. 11)). Weiterhin soll eine Evaluation und Qualitätssicherung durch die Nationale Präventionskonferenz stattfinden, die alle vier Jahre einen Präventionsbericht vorzulegen hat (§20e(1)). Das jährlich tagende Präventionsforum berät die Nationale Präventionskonferenz (§20e(2)). Auch aufgrund der methodischen Herausforderungen empfiehlt die dggö, über gesundheitsökonomisch ausgewiesene Fachleute Expertise systematisch in die Evaluation des PräVG einzubringen.

Primärprävention kann nur bei Personen einen positiven Effekt hervorrufen, die ohne Prävention eine positive Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung der betreffenden Krankheit aufweisen. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis fällt umso schlechter aus, je geringer der Anteil derer ist, die von der Prävention überhaupt profitieren können. Eine ökonomische Evaluation muss dies berücksichtigen. Ärztliche Präventionsempfehlungen (S. 41) können die Zielgenauigkeit von Präventionsleistungen erhöhen. Die Konzentration auf Risikogruppen würde sich positiv auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis auswirken.

3. Prävention und Wettbewerb

Die Krankenkassen werden dazu verpflichtet, präventive Leistungen anzubieten. Art und Umfang der Leistungen werden jedoch nicht vorgeschrieben; der Anreiz erfolgt vielmehr indirekt über Mindestausgaben für Prävention pro Versichertem in Höhe von jährlich 7€ (§20(6)).

Diese Freiheit ist der Tatsache geschuldet, dass Prävention Teil des Wettbewerbs zwischen den Versicherungen sein soll. Ob der Wettbewerb an dieser Stelle wie gewünscht funktioniert, darf aus verschiedenen Gründen bezweifelt werden.

Einerseits spart Prävention nicht immer Geld, was den direkten finanziellen Anreiz vermindert, andererseits sind Auswirkungen auf die Risikomischung der Versicherten möglich. In der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 5/2012 hat das Robert-Koch-Institut gezeigt, dass Gesundheit positiv mit der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen korreliert. Damit können Präventionsleistungen zur Risikoselektion genutzt werden, die der Gesetzgeber gerne vermeiden möchte und sollte. Weiterhin zeigt sich eine negative Korrelation von Sozialstatus und der Nachfrage nach Präventionsleistungen. Die wettbewerblichen Effekte der Präventionsmaßnahmen sollten daher begleitend evaluiert werden, und nachgewiesenermaßen wirksame und kosten-effektive Präventionsmaßnahmen sollten vom GBA für den allgemeinen Leistungskatalog der GKV vorgeschrieben werden.

4. Anreize zur Prävention

Anreize zur Prävention auf Ebene der Versicherten setzen die Versicherungen in der Regel über Bonusprogramme. Diese sind entsprechend der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes alle 3 Jahre zu evaluieren. Im Rahmen einer solchen Evaluation muss eine Krankenkasse nachweisen, dass sich das Programm durch Einsparungen selbst finanziert. Diese Vorgabe ist nicht sachdienlich, denn bei einer hohen Wirksamkeit der präventiven Maßnahme sollte ein vollkommener Kostenausgleich ebenso wenig Voraussetzung der Erstattung sein wie beispielsweise bei der Beurteilung neuer, hochwirksamer Arzneimittel.

Die vorgeschriebene Evaluationsmethode ist trotz des anzuwendenden Matching-Verfahrens zweifelhaft, da sich Behandlungsgruppe (erhält Bonus) und Kontrollgruppe (erhält keinen Bonus) im Gesundheitszustand und weiteren (z.T. unbeobachtbaren) Merkmalen unterscheiden können. Die gemessenen Kostenunterschiede dürften nämlich zu einem Großteil auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass Personen, die an Bonusprogrammen teilnehmen, gesünder sind als Personen, die dies nicht tun. Betreiben diese auch ohne das Bonusprogramm Prävention, so kommt es lediglich zu Mitnahmeeffekten guter Risiken (Scherenberg/Glaeske 2009).

5. Gesundheitseffekte des Präventionsgesetzes

Positive Gesundheitseffekte zusätzlicher Präventionsleistungen kann man nur dort erwarten, wo auch zusätzliche Leistungen angeboten werden. Dies ist bei solchen Krankenkassen denkbar, die bisher weniger als 7€ pro Jahr und Versichertem für Prävention ausgeben (der Durchschnitt lag in 2014 bei knapp über 3€, S. 34). Für Krankenkassen, deren Ausgaben bereits vor Verabschiedung des Gesetzes bei 7€ oder mehr lagen, ändert sich nichts. Gleiches gilt hin-

sichtlich der Ausweitung der Untersuchungen für Kinder und Jugendliche (U-bzw. J-Untersuchungen). Die verpflichtende Finanzierung dieser durch die GKV kann nur dort Gesundheitseffekte hervorrufen, wo die Krankenkasse diese Untersuchungen nicht schon freiwillig finanziert hat. Wo keine zusätzlichen Kosten entstehen, kann, unter sonst gleichen Umständen, auch kein zusätzlicher Nutzen entstehen.

Ob Prävention tatsächlich geeignet ist, die Nachfrage nach Altenpflege und anderen Gesundheitsleistungen zu dämpfen, wird sich erst zeigen müssen. Zunächst einmal müsste gewährleistet sein, dass Prävention von der relevanten Personengruppe überhaupt nachgefragt wird. Selbst wenn dies in großem Stil der Fall ist, so gilt es zwei Effekte zu saldieren: Aufgrund der Prävention erhalten alte Menschen beispielsweise eher ihre Selbständigkeit und benötigen Pflegeleistungen erst in höherem Alter. Jedoch erreichen durch verstärkte Präventionsanstrengungen nun auch Personen ein Alter, in dem sie erst zu Pflegefällen werden können. Die damit zusammenhängenden, wie auch andere medizinische Kosten sind neben den zusätzlichen Konsumkosten eines verlängerten Lebens zu berücksichtigen. Der Gesamteffekt ist damit unklar. Die Einschätzung, dass Prävention zur Nachhaltigkeit der sozialen Sicherungssysteme beitragen wird (S. 26), erscheint daher recht optimistisch.

Literatur

Deutscher Bundestag, 2015: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, Präventionsgesetz- PrävG. Bundestag Drucksache 18/4282.

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf [Zugriff: 10.8.2015]

Robert-Koch-Institut, 2012: Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? GBE Kompakt, 5/2012.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsK/2012_5_Praevention.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff: 10.8.2015]

Scherenberg, Viviane and Gerd Glaeske, 2009: Anreizkomponenten von Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 1(1), 45-61.

<http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2009/1/69/ZfN-2009-1-69.pdf> [Zugriff: 10.8.2015]

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Vorsitzender der dggö