



Gesundheitswesen aktuell 2013

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Catharina Maulbecker-Armstrong, Birgit Rebel, Volker Beck, Heidrun Sturm
„Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich als Grundlage für eine
präventiv orientierte Gesundheitsstrategie eines Bundeslandes:
Betrachtung zur Prioritätensetzung von Präventionsmaßnahmen“

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013 (Seite 184-203)

Catharina Maulbecker-Armstrong, Birgit Rebel, Volker Beck, Heidrun Sturm

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich als Grundlage für eine präventiv orientierte Gesundheitsstrategie eines Bundeslandes

Betrachtung zur Prioritätensetzung von Präventionsmaßnahmen

Dieser Beitrag soll am Beispiel eines Bundeslandes erläutern, wie die Krankheitsdaten basierend auf dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – Fallzahlen von etwa 4,3 Millionen GKV-Versicherten – genutzt werden können, um daraus Ansätze für die Prävention und Gesundheitsförderung alters- und geschlechtsspezifisch abzuleiten.

Ausgangssituation und Einführung

Gesundheitsförderung und Prävention werden in Zukunft einen immer größeren Stellenwert im Umgang mit der eigenen Gesundheit einnehmen, aber auch in der Gestaltung des Gesundheitswesens (Felix Burda Stiftung 2005). „Prävention und Gesundheitsförderung sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006), heißt es in einem Positionspapier der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom Juni 2006. „Die Prävention muss zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut werden.“ Diese und ähnliche Aussagen sowie Entwicklungen beschreiben den hohen Stellenwert, der einer wirksamen und übergreifenden Prävention inzwischen zugemessen wird.

Angesichts des demografischen Wandels und des steigenden Lebensalters wird es künftig unvermeidbar sein, das Entstehen und Fortschreiten von chronischen Erkrankungen durch präventive Ansätze zu vermeiden. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beziffert das Einsparpotenzial für das primäre Gesundheitssystem durch eine langfristige Prävention auf 25 bis 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben (SVR 2000/2001). Das heißt, allein aus

gesundheitsökonomischer Sicht ist eine solche Strategie zu befürworten. Es wird damit künftig vermehrt darauf ankommen, die Bürger zu befähigen, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Diese Sicht umfasst sowohl die Gesundheitsförderung als auch die drei grundsätzlichen Dimensionen der Prävention:

- die Primärprävention (Vermeidung),
- die Sekundärprävention (Früherkennung) und
- die Tertiärprävention (frühzeitiges Erkennen einer Folgeerkrankung oder eines Fortschreitens der Erkrankung).

Passgenaue Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in den jeweiligen Lebenswelten kommen aber nicht nur aus dem Gesundheitswesen selbst. Eine wirksame und akzeptierte Prävention ist eng an die dafür erforderlichen Strukturen in den verschiedenen Settings gekoppelt. Durch effektive Präventionsmaßnahmen kann ein Bundesland wie Hessen zu einer Steigerung der individuellen Gesundheit und Lebensqualität ebenso beitragen wie zum Erhalt der Leistungsfähigkeit der Gesellschaft. Allerdings gibt es bislang wenig Evidenz darüber, wie effizient einzelne Präventionsprojekte sind und in welchem Ausmaß Kosten und Ressourcen durch konkrete Ansätze einzusparen wären, denn in Deutschland hat die Versorgungsforschung, und damit auch die gesundheitsökonomischen Evaluationen von Interventionen, noch wenig Tradition.

Generell ist deutsche Literatur zur ökonomischen Beurteilung von Gesundheits- und Präventionsleistungen (noch) vergleichsweise selten. Die meisten Studien stammen aus den USA und aus England. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist seit einigen Jahren dabei, diese Lücke zu schließen. Eine wesentliche Erklärung für dieses Defizit in der Evaluation von Präventionsmaßnahmen liegt darin, dass es bislang auch international noch wenige wissenschaftliche Arbeiten über die Wechselwirkung von Prävention und Gesundheitsförderung mit dem klassischen medizinischen Versorgungssystem gibt. Ebenso wenig wurden die Voraussetzungen für

wirkungsvolle Prävention im Kontext der makroökonomischen Umgebung erfasst und systematisch beschrieben.

Ein anderer ebenso wesentlicher Aspekt ist die Tatsache, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung zunächst keine ökonomisch erfassbaren und quantifizierbaren Leistungen und Produkte erzeugt werden. Eine präventiv orientierte und potenziell erfolgreiche Medizin im Sinne der Salutogenese stellt kein reales, sondern ein imaginäres, erst in der weiteren Zukunft sichtbares und damit möglicherweise messbares Produkt dar.

Allein wegen dieser bislang fehlenden Quantifizierung und Kalkulationsmöglichkeit hat die Prävention für eine volkswirtschaftliche Analyse keine wirkliche Bedeutung. Sie kann volkswirtschaftlich nur schwer erfasst werden. Erschwerend kommt hinzu, dass Prävention an der Schnittstelle zwischen dem sogenannten ersten und zweiten Gesundheitsmarkt stattfindet. Die zuständigen Finanzierungsquellen dieser Interventionen und Programme sind weniger klar, da diese zum Teil auch vom Konsumenten selbst finanziert werden können und Daten über deren Effekte noch schwerer zu erfassen sind als bei klinischen Studien. Dieser Mangel an Verständnis und Wissen kann und muss interdisziplinär angegangen werden, damit Prävention in ausreichendem Maß Anwendung finden und die Gesellschaft die Daseinsfürsorge insgesamt weiterhin garantieren und weiterentwickeln kann.

Nachfolgend wird ein Vorschlag skizziert, der beschreibt, wie neue Daten und Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung Allokationsentscheidungen unterstützen können. Es wird dargestellt, wie Parameter des Gesundheitssystems und deren systematische Wechselbeziehungen mit den Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention erfasst werden können und dadurch in der Zukunft zu einer Evaluation derartiger Programme dienen können.

Der Gesundheitsbericht

Der Hessische Gesundheitsbericht (www.gesundheitsbericht.hessen.de) nutzt die Daten der gesetzlichen Krankenkassen zu diagnostizierten chronischen Krankheiten in der hessischen Bevölkerung. Auf dieser Datengrundlage stellt der Hessische Gesundheitsbericht die häufigsten Krankheiten und deren Verläufe in den drei Lebensphasen Kindheit und Jugend, Erwachsenenalter sowie dem Seniorenalter differenziert nach Alter und Geschlecht dar. So können Schwerpunkte in der Prävention und Gesundheitsförderung datenbasiert auf die gesundheitlichen Belastungen in den jeweiligen Zielgruppen gesetzt werden, mit dem Ziel, lebensphasenspezifisch ein gesundes Aufwachsen, ein Gesundbleiben und ein gesundes Altern zu fördern. Der sich daraus ergebende Nutzen entkräftet die geäußerten Bedenken und Vorbehalte, „ob ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich als Nebenwirkung bei den Krankenkassen Anreize zur Prävention schwächt“ (Jahn et al. 2012).

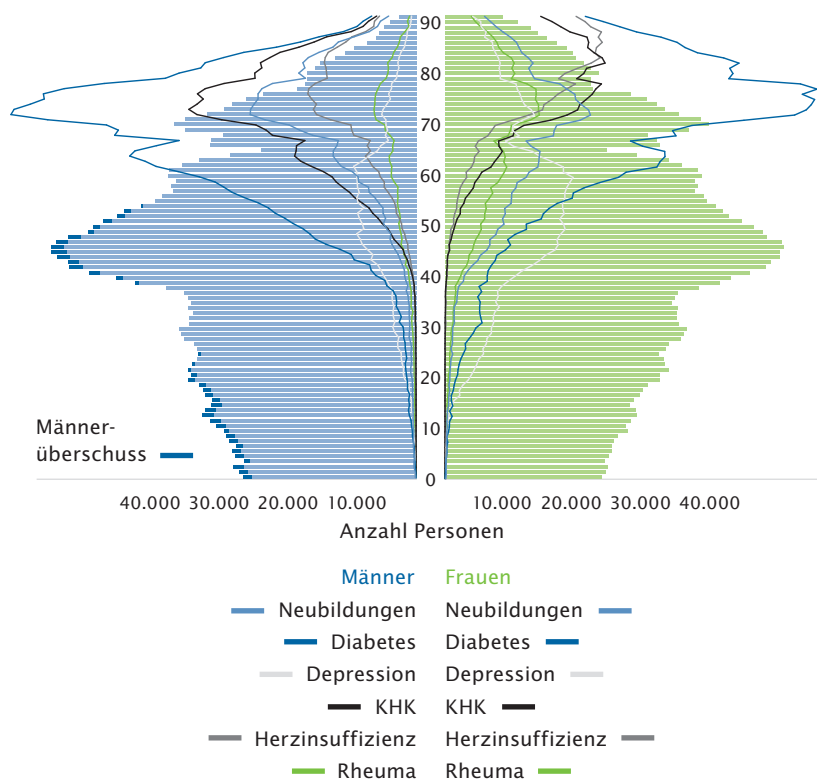
Die in diesem Bericht dargestellten Daten und Informationen sind die Grundlage für konkrete Handlungsempfehlungen in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung des Bundeslandes Hessen. Auf der Grundlage dieser Daten kann eine evidenzbasierte, transparente politische Priorisierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen vorgenommen werden. Überall dort, wo es sinnvoll und notwendig ist, werden die Daten des Gesundheitsberichts Hessen künftigen Präventions- und Gesundheitsförderprogrammen zugrunde gelegt.

Methoden

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom April des Jahres 2007 wurde der Gesundheitsfonds und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eingeführt. In der Neuerung des Risikostrukturausgleichs wird seitdem neben dem Alter, dem Geschlecht und der Erwerbsminderung auch die Morbidität bei der Berechnung der finanziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt.

Im Gesundheitsbericht Hessen wurden Daten verwendet, die im Rahmen des Morbi-RSA für die Mittelzuweisung an die Krankenkassen in Hessen gesammelt werden. Erfasst sind dort Diagnosen der gesetzlich Krankenversicherten anhand von 80 ausgewählten Krankheiten (gruppiert analog der hierarchisierten Morbiditätsgruppen – HMG), und damit die dazugehörigen Zuweisungspauschalen unter Berücksichtigung der Merkmale Alter und Geschlecht.

Abbildung 1: Die häufigsten Erkrankungen in Hessen



Quelle: Daten gesetzlicher Krankenkassen auf der Basis der HMG 2010 der hessischen Versicherten, eigene Berechnung, Hessen 2011

Die Auswertung erfolgte auf der Basis der Klassifikationssystematik des Morbi-RSA des Bundesversicherungsamtes (BVA). Häufige Diagnosen wurden analog der HMG-Kodierungen erfasst und die altersspezifischen Häufigkeiten auf die Gesamtheit der hessischen GKV-Versicherten hochgerechnet. Zur Plausibilitätsprüfung wurden die Daten unter anderem mit denen der Bundesversicherungsanstalt verglichen. Die Krankheitshäufigkeiten und Krankheitsverläufe wurden nach Altersgruppen und Geschlecht ausdifferenziert in Form von Schaubildern sichtbar gemacht.

In Hessen sind insgesamt etwa fünf Millionen Menschen gesetzlich krankenversichert. Für den ersten Gesundheitsbericht des Jahres 2009 konnten die GKV-Daten von 35 Prozent (1,75 Millionen) aller hessischen GKV-Versicherten zusammengetragen werden; die Daten des Jahres 2010 umfassen inzwischen 85 Prozent (4,27 Millionen) der gesetzlich Versicherten.

Wie verwendet die Landesregierung Hessen die Daten des Morbi-RSA?

Vor dem Hintergrund der Darstellung der Krankheitsverläufe wird deutlich, in welchem Alter und bei welchem Geschlecht welche Krankheiten diagnostiziert (das bedeutet manifest) werden. Zusammen mit der Kenntnis der Krankheitsentwicklung und der relevanten Risikofaktoren kann somit viel genauer bestimmt werden, wann und mit welchem Vorlauf eingegriffen werden sollte. Aus der Häufigkeitsanalyse der Krankheitsdaten ergeben sich damit konkrete Handlungsfelder für die Prävention und Gesundheitsförderung. Damit ist es möglich, Präventionsprojekte getrennt nach Lebensphasen, Geschlecht und für das jeweilige Setting zu erarbeiten.

Da ein Teil der Volkskrankheiten durch Lebensstilmodifikation beeinflussbar ist, können anhand dieser Daten Risikofaktoren zielgruppenspezifisch und zeitgenau angegangen werden. Dadurch kann das Entstehen von Erkrankungen verzögert oder gar verhindert werden. Die durch gezielte Präventionsprogramme beeinflussbaren Risikofaktoren sind im

Wesentlichen die Verhaltensbereiche Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Selbstwahrnehmung sowie Suchtmittelmissbrauch. Mit diesem altersbezogenen, präzisen Datenbezug, der durch den Gesundheitsbericht in Hessen ermöglicht wird, sollten die Passgenauigkeit und dadurch der Erfolg von Präventionsprogrammen deutlich ansteigen. Noch effektiver kann gehandelt werden, wenn ebenfalls nach Lebensstil und Lebenswelt differenziert wird, da die Gesundheitsrisiken innerhalb der Altersgruppen nicht homogen sind. Auch die Planung von Sekundärprävention im Rahmen von Screeningprogrammen kann von diesen Daten profitieren.

Altersdifferenzierte Gesundheitsstatistiken erlauben zusätzlich eine übergreifende zielgruppenspezifische Prioritätensetzung bei den Handlungsempfehlungen. Diese Erhebung in Form des Hessischen Gesundheitsberichts soll in den nächsten Jahren durch jährlich aktualisierte Daten des morbiditätsorientierten RSA der gesetzlich Versicherten fortgeschrieben werden. Das soll es zukünftig ermöglichen, Trends bei Krankheitsmustern in der Bevölkerung zu erkennen.

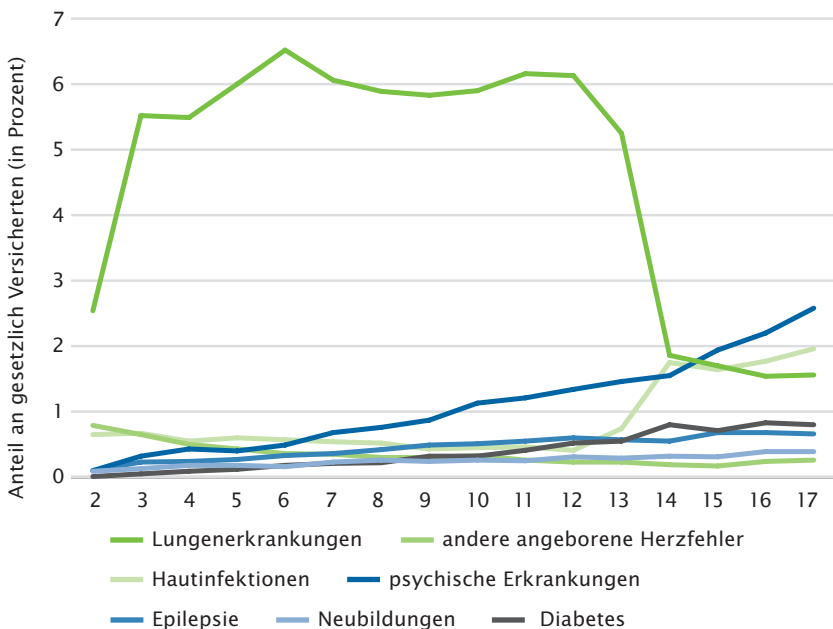
Diese Daten können zusätzlich zu programmatischen Handlungsempfehlungen dazu beitragen, die Wissenslücke in Bezug auf die Effizienz von Präventionsmaßnahmen zu schließen, indem die Dynamik der Struktur des morbiditätsorientierten RSA der Zielgruppe einer solchen Maßnahme über die Zeit nachverfolgt und mit einer vergleichbaren Alters- und Geschlechts- sowie sozioökonomisch ähnlichen Kontrollgruppe verglichen werden kann.

Nutzung der Gesundheitsberichtsdaten anhand konkreter Beispiele
Längerfristig sollte durch Interventionen eine Veränderung des Morbi-RSA-Profiles, zum Beispiel durch eine Verzögerung oder Verringerung von chronischen Erkrankungen gegenüber einer Vergleichsgruppe, messbar sein. Eine solche Analyse wäre jedoch nur bei ausreichend großen Kollektiven und bei Einhaltung des Datenschutzes möglich.

Kindheit und Jugend

Die Verlaufskurven der Erkrankungszahlen zeigen vor allem bei den Jungen eine Zunahme der in den HMGs erfassten chronischen Erkrankungen. Differenziert man diese Gesamtschau der HMGs nach den häufigsten Erkrankungen in dieser Lebensphase, erkennt man eine im Vergleich zum Gesundheitsbericht Hessen des Jahres 2001 starke Zunahme bei den psychischen Erkrankungen. Aus diesen neueren Daten lässt sich ableiten, dass in dieser ersten Lebensphase vor allem Präventionsansätze, die die psychische Gesundheit stärken, sinnvoll und wichtig sind.

Abbildung 2: Fallzahlen häufiger Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (bis zum 17. Lebensjahr)



Erkrankungen	Erkrankungszahlen
Lungenerkrankungen	34.190
psychische Erkrankungen	8.960
Hautinfektionen	6.730
Epilepsie	3.390
Diabetes	2.940
andere angeborene Herzfehler	2.880
Neubildungen	1.890

Quelle: Daten gesetzlicher Krankenkassen auf der Basis der HMG 2010 der hessischen Versicherten, eigene Berechnung, Hessen 2011

Als ein erstes Resultat dieser Analysen wurde im August des Jahres 2011 eine Landeskonferenz unter dem Titel „Kinder und Jugendliche stark machen: Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung“ organisiert, um gemeinsam mit Fachvertretern unterschiedlicher Disziplinen (Ärzte und Psychologen, Erzieher und Lehrer, Sportorganisationen, Betriebe sowie kommunale Träger und Einrichtungen) Projekte und Programme entsprechend der identifizierten Handlungsfelder zu initiieren.

Fallbeispiel 1: Fitte Kerls

Eine der daraus resultierenden und bereits im Jahr 2012 umgesetzten Maßnahmen ist das Projekt „Fitte Kerls“. Es dient der Gesundheitsförderung von jungen Männern in der Ausbildung, um deren durchschnittlich höhere Kosten der Leistungsanspruchnahme zu mindern. Die Intervention ist hierbei die Unterstützung der Auszubildenden mithilfe konkreter Angebote, die Lösungsmöglichkeiten für die Stressbewältigung aufzeigen und somit das Risikoverhalten modifizieren sollen.

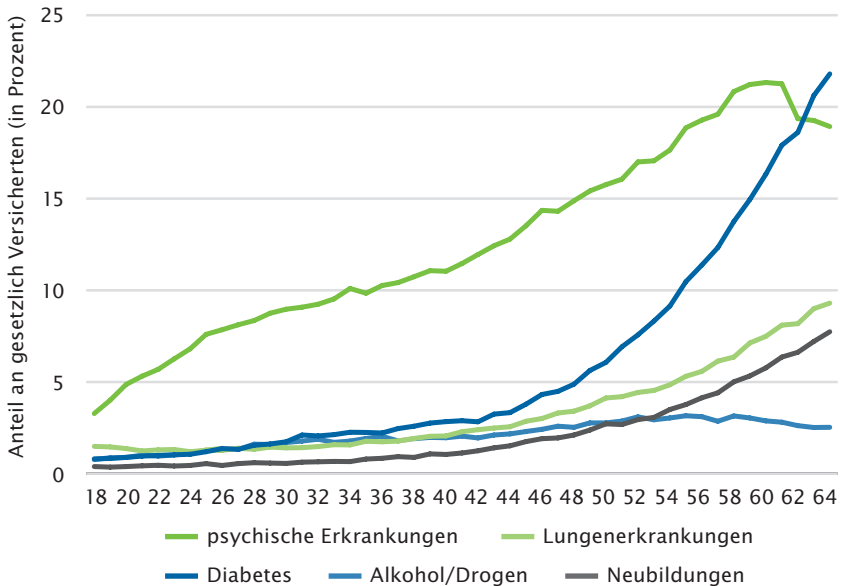
Der Erfolg dieses Projektes kann sich kurzfristig etwa durch einen sinkenden Krankenstand oder eine niedrigere Abbruchrate bei Ausbildung und Studium bemessen, oder der Erfolg kann anhand einer Modifikation des Risikoverhaltens (Rauchen, Alkohol-, Drogenkonsum) gemessen werden. Ein langfristiges Ziel könnte darin bestehen, die Entstehung

risikofaktorenabhängiger Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie, Übergewicht) im frühen Erwachsenenalter zu reduzieren oder zu verzögern. Dies könnte anhand einer fortlaufenden Erhebung der Daten erfasst werden.

Mitten im Leben. Frauen und Männer im Alter von 18 bis 64 Jahren

Bei beiden Geschlechtern ist eine hohe Prävalenz von durch den Lebensstil verursachten typischen Zivilisationskrankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen festzustellen. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile die häufigsten Krankheiten der Erwachsenen im Bundesland Hessen. Es wird deutlich, dass sich die genannten Lebensstilerkrankungen im Erwachsenenalter manifestieren. Männer sind in dieser Lebensphase weniger krank als Frauen. Hier besteht eine Umkehrung zum Kinder- und Jugendalter.

Abbildung 3: Fallzahlen häufiger Erkrankungen (18. bis 64. Lebensjahr)



Erkrankungen	Erkrankungszahlen
psychische Erkrankungen	409.980
Diabetes	183.940
Lungenerkrankungen	106.630
Neubildungen	69.340
Alkohol/Drogen	68.450

Quelle: Daten gesetzlicher Krankenkassen auf der Basis der HMG 2010 der hessischen Versicherten, eigene Berechnung, Hessen 2011

Fallbeispiel 2: Diabetes

In der Darstellung der Krankheitshäufigkeiten aus der Morbi-RSA-Analyse des Hessischen Gesundheitsberichts erkennt man den steilen Anstieg, insbesondere bei Diabetes. Nach der Publikation des Gesundheitsberichts wurde im Jahr 2012 von der Landesärztekammer Hessen das Projekt „Fit und gesund älter werden“ initiiert und seitdem in mehreren Kommunen eingeführt (www.laekh.de, Diabetes-Prävention). Im Wege der systematischen Früherkennung soll der Progression des Diabetes mit seinen Folgeerkrankungen entgegengewirkt werden. Gleichzeitig wird durch Interventionen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung auch der Entstehung von Diabetes entgegengewirkt.

Die im Gesundheitsbericht verwendeten Krankheitsverlaufsdaten können helfen, die Effekte dieser Programme zu erfassen. Für den Morbi-RSA sind dem Diabetes mehrere HMGs zugeordnet, die den zunehmenden Schweregrad der Erkrankung repräsentieren.

Diabetes mellitus

HMGs am Beispiel Diabetes mellitus:

HMG015: Diabetes mit renalen oder multiplen Manifestationen

HMG016: Diabetes mit peripheren zirkulatorischen Manifestationen
oder Ketoazidose

HMG017: Diabetes mit sonstigen Komplikationen

HMG019: Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten
Komplikationen

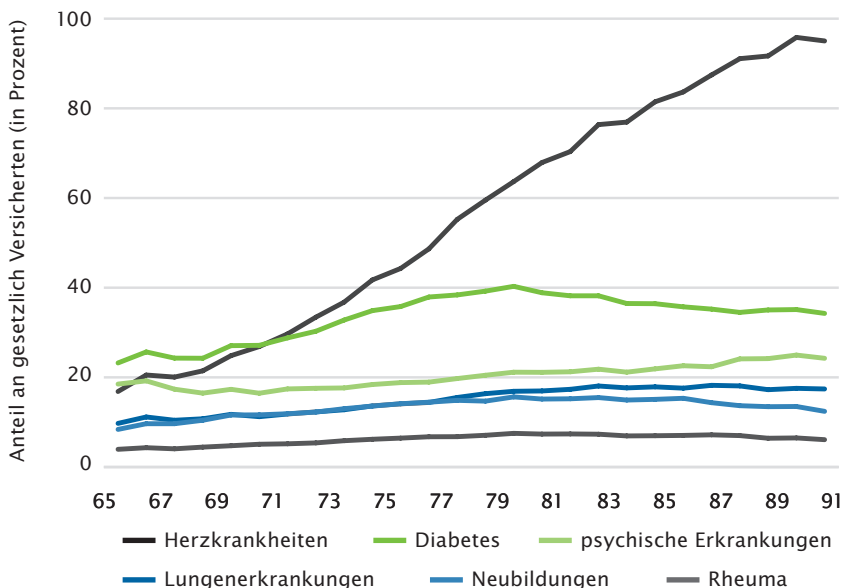
HMG020: Typ I Diabetes mellitus

Eine detaillierte Auswertung dieser Untergruppen über einen Zeitverlauf sollte einen Unterschied der Inzidenzen und Prävalenzen zwischen den Kommunen mit einem breit umgesetzten Diabetespräventionsprogramm und einer Vergleichskommune ohne Präventionsprogramm oder der Durchschnittsbevölkerung zeigen.

Gesund altern: Senioren

In etwa 20 Jahren wird in der Bundesrepublik Deutschland fast ein Drittel der Bevölkerung 65 Jahre und älter sein, und die Lebenserwartung erhöht sich weiter um durchschnittlich zwei bis drei Monate pro Lebensjahr (so das Max-Planck-Institut). Vor diesem Hintergrund gewinnen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention gerade in dieser Lebensphase verstärkt an Bedeutung, denn die längere Altersphase sollte auch mit einem möglichst gesunden und selbstbestimmten Leben einhergehen. In Hessen leben heute schon 1,2 Millionen Bürger in dieser Lebensphase. Der Blick auf die häufigsten Erkrankungen von Senioren im Bundesland Hessen zeigt auch im Erwachsenenalter die zunehmende Prävalenz chronischer, oft vom Lebensstil beeinflusster, aber auch der Prävention zugänglicher Erkrankungen, die sich im Erwachsenenalter manifestieren.

Abbildung 4: Fallzahlen häufiger Erkrankungen (65. bis 90. Lebensjahr)

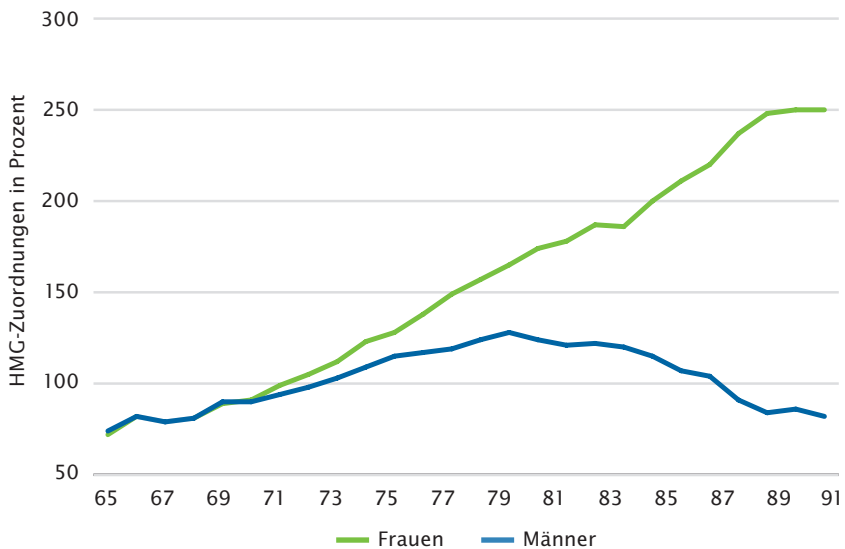


Erkrankungen	Erkrankungszahlen
Herzkrankheiten (HMG 77 bis 81, 83, 84, 86, 92)	499.900
Diabetes	325.100
psychische Erkrankungen	193.730
Lungenerkrankungen	140.030
Neubildungen	129.640
Rheuma	59.260

Quelle: Daten gesetzlicher Krankenkassen auf der Basis der HMG 2010 der hessischen Versicherten, eigene Berechnung, Hessen 2011. Herzkrankheiten sind ohne die HMGs der Hypertonie dargestellt.

Die Hälfte der Senioren in Hessen leidet an Hypertonie, und ein weiteres Drittel leidet an Herzkrankheiten und Diabetes. Aber auch die psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Demenz sind unter den häufigen Krankheitsbildern. Männer tragen dabei im höheren Lebensalter eine deutlich niedrigere kumulative Krankheitslast als Frauen.

Abbildung 5: Durchschnittliche HMG-Anzahl nach Alter und Geschlecht



Quelle: Daten gesetzlicher Krankenkassen auf der Basis der HMG 2010 der hessischen Versicherten, eigene Berechnung, Hessen 2011. 100 Prozent bedeutet, dass Versicherte dieses Alters durchschnittlich eine HMG aufweisen; die höheren Werte stehen dann für mehrfache HMG-Zuordnungen.

Fallbeispiel 3: Bewegungsparcours

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigt eine kontinuierliche Abnahme der Sportaktivitäten mit zunehmendem Lebensalter. Regelmäßige körperliche Aktivität und Sport haben jedoch im fortgeschrittenen Alter einen großen Einfluss, nicht nur auf das physische, sondern auch auf das psychische Befinden, die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit. Ausgehend von dieser Erkenntnis wurden Bewegungsparcours im Bundesland Hessen entwickelt, die speziell auf die Bewegungsfähigkeiten von nicht sportlich aktiven Erwachsenen und älteren Menschen ausgerichtet sind.

Die Effekte von Bewegungsparcours wurden bereits in einer wissenschaftlichen Studie mit 94 über 60-jährigen Probanden evaluiert (Niederer et al. 2012). Die Studienteilnehmer zeigten eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitsstatus, sowohl bezüglich der physischen als auch der psychischen Parameter. Diese Ergebnisse, aber auch eine Umsetzungsanleitung wurden in einem Leitfaden Bewegungsparcours zusammengestellt und allen hessischen Kommunen und Seniorenorganisationen zur Verfügung gestellt (www.sozialnetz.de/ca/b/ckw/). Auch nach zwei Jahren nutzen noch immer viele Projektteilnehmer die Bewegungsparcours regelmäßig.

Diskussion

Die Einführung eines Gesundheitsfonds und die zeitgleiche Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen eröffnen neue Möglichkeiten gesundheitsökonomischer Analysen und spezifischer Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dadurch können bisher noch nicht verfügbare praktische Handlungs- und Steuerungssystematiken im Gesundheitssystem entwickelt werden.

Angesichts der sehr hohen Ausgaben für Gesundheit in den Industriestaaten und des wachsenden Kostendrucks benötigen Entscheider (in Gesundheitsinstitutionen und Versorgungsstrukturen) ein fundiertes,

evidenzbasiertes, gesundheitsökonomisches Navigationssystem, um einen gesellschaftspolitischen Konsens über die Notwendigkeit und Priorisierung von Investitionen im Gesundheitswesen herzustellen. Kosten-Effektivitäts-Analysen, die im Rahmen der evidenzbasierten Medizin bereits angewendet werden, sollten gleichermaßen für die Evaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen genutzt werden.

Der amerikanische Gesundheitswissenschaftler Neumann etwa hat sich ausführlich mit der Frage beschäftigt, welche Rolle die Kosten-Effektivitäts-Analyse bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung spielen kann (Neumann 2005). Er beschreibt die Chancen und Barrieren dieses Ansatzes. Die Gründe für einen Widerstand gegen Kosten-Effektivitäts-Analysen teilt Neumann in sechs Kategorien ein:

- Mangel an Verständnis und Wissen
- Misstrauen gegenüber den Methoden
- Misstrauen gegenüber den Motiven
- gesetzgeberische und regulierende Rahmenbedingungen
- politische Faktoren
- ethische Einwände

Diese Barrieren lassen sich auf die Verhältnisse in Deutschland gut übertragen und kulminieren letztendlich oft in einer grundsätzlichen ethischen Debatte. Kann und sollte man Gesundheit und letztendlich Lebensqualität mittels einer ökonomischen Analyse quantifizieren? Das ist eine entscheidende Fragestellung auch für eine ökonomische Bewertung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen. Denn so Walter: „Geringe Informationen zur Kosteneffektivität von Prävention stellen [...] eine gesellschaftlich folgenreiche Kenntnislücke dar, denn sie können zur Begründung für die geringen Investitionen in Prävention herangezogen werden“ (Walter et al. 2011).

Genau diese Wissenslücke kann mit den vorgestellten, im Morbi-RSA erfassten Krankheitsdaten von 4,27 Millionen GKV-Versicherten in Hessen angegangen werden. Eine unmittelbare Morbiditätsorientierung bei der

Planung von Gesundheitsförderung und Prävention ist ein entscheidender innovativer Ansatz. Ein passgenauerer Zuschnitt der Präventionsprogramme auf die jeweiligen Zielgruppen wird dadurch möglich und trägt dazu bei, die Mittelallokation auf rationalere Füße zu stellen.

Zwei grundsätzliche Evaluationsansätze werden für die drei vorgestellten Präventionsprogramme durch den Morbi-RSA-Datensatz möglich:

1. Eine Querschnittsbetrachtung des Kollektivs im Projekt zum Zeitpunkt der Intervention kann durch statistische Analysen wichtige Determinanten, etwa für die Teilnahme an Programmen, aufzeigen. Nach dem Programm können so besonders Erfolg versprechende Subgruppen oder Settings bestimmt werden. Dies trägt zum Verständnis der sozialen Wirkmechanismen und Effekte von Programmen bei und kann dazu genutzt werden, Projekte noch zielgruppenspezifischer zu konzipieren.
2. Längsschnittbetrachtung und Zeitreihen: Im Wege der Darstellung der Veränderungen von Krankheitshäufigkeiten oder von intermediären Ergebnissen wie Risikoverhalten über eine längere Zeitspanne kann die Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen auf den Gesundheitszustand der Zielgruppe sehr viel besser als bisher erfasst werden. Idealerweise sollten für diese Analysen Kontrollgruppen herangezogen werden, die den eigentlichen Effekt der Intervention besser quantifizierbar machen. Für Krankheiten wie Diabetes könnte neben der Progression zu schwereren HMGs ein vergleichendes Komorbiditätenmapping durchgeführt werden (Fallbeispiel 2), in dem man die Pilotkommunen über den Zeitverlauf gegenüber einer Kontrollpopulation vergleicht.

Durch ein Bewegungsprogramm wie etwa die Bewegungsparcours (Fallbeispiel 3) oder eine Intervention zur Gesundheitskompetenzförderung bei Auszubildenden in einem betrieblichen Setting (Fallbeispiel 1) sollte sich die Potenzierung des gesundheitsökonomischen Nutzens darstellen lassen. Da mehrere chronische Krankheiten positiv beeinflusst werden,

sollte die HMG-Last in der Interventionsgruppe geringer sein als im Vergleich mit einer entsprechenden Kontrollgruppe mit ähnlichem Alters- und Geschlechtsprofil.

Derartige Evaluationsansätze könnten künftig für die Bewertung und Planung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen regelmäßig genutzt werden. Dadurch würde gleichzeitig ein medizinischer und ökonomischer Nutzen erfasst werden können. Diese Evaluationsansätze sollten als eine neue Systematik in der Evaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen berücksichtigt werden.

Dem sich durch die Präventionsintervention verändernden Krankheitsmuster in der Zielgruppe kann theoretisch mittels der den entsprechenden HMGs zugeordneten Kosten ein gesundheitsökonomischer Effekt zugerechnet werden. Mit diesen Morbiditätsinformationen und den damit verbundenen Kosteninformationen sollten Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien künftig besser im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen planbar sein. Diese unmittelbare Morbiditätsorientierung stellt somit ein integrierendes und übergreifendes Schlüsselement für eine evidenzgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung dar.

Zusammenfassend kann, wie am Beispiel der hessischen Gesundheitsberichterstattung und den daraus resultierenden Präventionsprojekten gezeigt, durch die Anwendung der Morbi-RSA-Profile eine bessere Zielgruppenorientierung wie auch eine Priorisierung möglicher Gesundheitsförderungs- und Präventionsinitiativen erreicht werden. Vielleicht könnte ein solcher Ansatz insbesondere durch die längerfristige Evaluation über den Zeitverlauf die notwendigen Argumente liefern, um den Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen zugunsten einer verstärkten Ressourcenallokation bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006):
Stärkung der Prävention in Deutschland – Anstoß für einen Dialog.
13. Juni 2006.
- Felix Burda Stiftung (Hrsg.) (2005): Von der Reaktion zur Prävention –
Leitbild für eine moderne Gesellschaft. München 2005.
- Hessisches Sozialministerium (2013): Hessischer Gesundheitsbericht.
www.gesundheitsbericht.hessen.de (Download 17. Juli 2013).
- Jahn, R. et al. (2012): Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich.
Wirkungen und Nebenwirkungen. In: Bundesgesundheitsblatt 2012.
- Neumann, P. J. (2005): Using cost-effectiveness analysis to improve
health care. Oxford und New York.
- Niederer, D., V. Beck, L. Vogt, C. Thiel, C. Maulbecker-Armstrong und
W. Banzer: Bewegungsparcours, Sturzrisiko und gesundheitsbezogene
Lebensqualität: Effekte einer 3-monatigen Bewegungsintervention.
In: Z. Gerontol Geriat 2012. ePub. Doi 10.1007/s00391-012-0408-1.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen –
SVR (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gut-
achten. Band 1.
- Walter, U., M. Plaumann, S. Dubben, G. Nöcker und T. Kliche (2011):
Gesundheitsökonomische Evaluation in der Prävention und Gesund-
heitsförderung. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2 2011.

