

Gesetzliche Leitplanken für die Einführung von Leistungen der Verhaltensprävention

mit und ohne Bonifikation in der PKV in der 21. Legislaturperiode

Hintergrund

In der Privaten Krankenversicherung gibt es bislang keine ausreichende gesetzliche Grundlage, ihren Versicherten Angebote der primären Prävention zu machen. Für die GKV wurden hierzu bereits 2015 Regelungen getroffen. Diese Regelungslücke steht im eklatanten Widerspruch zum allgemeinen Grundkonsens, dass Prävention ein „Leitgedanke“ der Gesundheitspolitik sei, den es auszubauen gilt, um bspw. die Versorgungslasten unserer alternden Gesellschaft zu reduzieren. Infolge der Regelungslücke hat die BaFin bonifizierte Präventionsangeboten der PKV immer wieder einen Riegel vorgeschoben. Dieser Befund mag überraschen, da die Privaten Krankenversicherer seit jeher Beitragsrückerstattungsprogramme anbieten, mit denen Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt werden.

Die anstehende Präventionsgesetzgebung sollte daher genutzt werden, die bestehenden rechtlichen Lücken für die gut 9 Mio. Privatversicherten zu schließen:

1. Erweiterung der PKV-Leistungen im Versicherungsvertragsgesetz (§ 192 VVG)

Bereits mit der Reform des VVG von 2008 wurde in der PKV der Weg vom „payer zum player“, d. h. vom Kostenerstatter zum Versorgungsmanager, eingeleitet. Seitdem kann die PKV unter dem Begriff „managed care“ subsumierbare Dienstleistungen anbieten, soweit sie mit der Erstattung von Krankheitskosten, also mit bereits eingetretenen Behandlungsfällen, in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Leistungen der Primärprävention sind es dagegen bislang nicht. Es bedarf daher einer Erweiterung der Versicherungsleistungen durch eine Ergänzung von § 192 Abs.3 VVG um folgenden Satz:

„... Darüber hinaus können Inhalt der Krankheitskostenversicherung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns (Gesundheitsförderung) sein“.

2. Erstreckung von Leistungen der Primärprävention auch auf den Versichertenbestand (§203 Abs.3 VVG)

§ 192 VVG beschreibt die vertragstypischen Leistungen der Privaten Krankenversicherung, die durch die Versicherungs- und Tarifbedingungen konkretisiert werden. Da Primärprävention aber bislang nicht Gegenstand der Versicherungsverträge war, bedarf die Umsetzung des Präventionsgedankens für den Gesamtbestand einer gesetzlichen Aussage, dass mit der Erweiterung der vertragstypischen Leistungen eine Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen vorliegt, die die Versicherer ermächtigt, diese neue Leistung auch für den Versicherungsbestand umzusetzen (vgl. § 203 Abs.3 VVG).

Außerdem wäre auf Verordnungsebene im Sinne einer Klarstellung eine Anpassung von § 43 III Nr. 3 und 4 RechVersV sinnvoll, wenn auch nicht rechtlich zwingend.

3. Befugnis zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken

Die PKV muss ihr vorliegende Versichertendaten, z. B. Abrechnungsdaten, auch hinsichtlich individueller Gesundheitsrisiken auswerten dürfen, wenn sie Versicherten effiziente Präventionsmaßnahmen vorschlagen will. Derzeit führt dies zu rechtlichen Auseinandersetzungen mit dem Datenschutz, wie die Klage des rheinland-pfälzischen Datenschützers zeigt, der aktuell gegen ein PKV-Mitgliedsunternehmen klagt, welches Diabetikern Präventionsangebote zur Vermeidung von Folgeerkrankungen gemacht hat.

Begründung des Datenschutzes: es sei dem Unternehmen nicht gestattet, Versichertendaten über die Kostenerstattung hinaus zu nutzen, da die Verwendung der Daten nur für den Zweck der Kostenerstattung vertraglich vereinbart sei. (vgl. Handelsblatt, 13.11.2023).

Die im Gesundheitsdatennutzungsgesetz vorgesehene Befugnis der GKV zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken in § 25 b SGB V muss daher auch für die PKV gelten. Sie würde die PKV darin stärken, sich gerade um die präventive Versorgung von erkrankten Versicherten bzw. Versicherte mit besonderem Krankheitsrisiko zu kümmern.

Eine nachteilige Wirkung des Datenmonitorings auf die individuelle Prämie ist dabei versicherungsrechtlich ausgeschlossen.

4. Anreize durch Bonifikation

Die PKV muss im Rahmen von Programmen der individuellen Verhaltensprävention und Gesundheitsförderung denselben Spielraum wie die GKV – also vergleichbar § 65 a SGB V – haben, um Anreize zur Teilnahme durch Sach- oder Geldleistungen setzen zu können. Die gesetzliche Ermächtigung dazu ist wichtig, damit auch die Versicherungsaufsicht Bonifikationen im Rahmen von Präventionsprogrammen als Versicherungsleistung anerkennt.

Außerdem ist an eine Klarstellung im Einkommensteuergesetz zu denken, dass Boni im Rahmen von Präventionsleistungen nicht als Beitragserstattungen zu werten sind, die den Sonderausgabenabzug nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 S. 1 lit. a EStG mindern.

5. Bestandswirksamer Einsatz von Überschüssen

Die Private Krankenversicherung muss Beitragsrückerstattungen gewähren, wenn sie Überschüsse erwirtschaftet (§ 140 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) in Verbindung mit § 151 VAG). Diese Überschüsse könnten grundsätzlich auch zur Finanzierung von Bonusprogrammen verwendet werden. Möchte der Versicherer die Verteilung der Überschüsse aber an ein bestimmtes Verhalten des Versicherten knüpfen, bedarf es nach Ansicht der BaFin einer entsprechenden Vereinbarung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Es besteht also bei der präventiven Überschussverwendung dieselbe Hürde für die Einbeziehung des Versichertenbestandes wie auch oben bei einer Verankerung von Primärprävention im § 192 VVG. Wenn überschussfinanzierte Bonusprogramme zur Verhaltensprävention aber eine nennenswerte Wirkung haben sollen, müssen sie dem gesamten Bestand angeboten werden dürfen. Es bedarf also im Präventionsgesetz einer expliziten, neuen Ermächtigung der privaten Krankenversicherer zur Verwendung der Mittel aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen für die Gewährung finanzieller (oder Sach-) Bonifikationen für gesundheitsbewusstes Verhalten auch im Bestand.

6. Evidenz und Wirksamkeit

Ohne einen hinreichenden normativen Rahmen und ohne Qualitätsindikatoren droht bei Präventionsprogrammen ein Missbrauch von Versichertengeldern, wenn z. B. unter diesem Titel faktisch nur Marketing betrieben wird. So weisen die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages auf Bonusprogramme der GKV hin, die nicht risikoorientiert sind, sondern gerade junge, gesunde und sportinteressierte Kundschaft adressieren, um diese an die Krankenkasse zu binden. Auch lassen die Boni in der GKV selbst mitunter jeglichen Gesundheitsbezug vermissen (WD 3000 09/20). Die Private Krankenversicherung vertritt den Standpunkt, dass die Aufwendungen für Präventionsprogramme, ob mit oder ohne Bonifikation, neben dem individuellen Nutzen immer auch einen Nutzen fürs Kollektiv haben müssen, nämlich einen günstigen Einfluss auf die Leistungsausgaben und in der Folge die Prämienentwicklung.

Die PKV sieht in der anstehenden Präventionsgesetzgebung die Chance, qualitätssichernde wie praktikable Standards zu verankern: da die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen sich nicht ex ante, selten kurzfristig und in der Regel nur ex post belegen lässt, bedarf es neben realistischen Kriterien für eine dauerhaft nur effektive Evaluation auch Vorgaben für eine formative Evaluation: Programme sollten angeboten werden können, wenn sie sich an evidenzbasierten Empfehlungen der Wissenschaft, der WHO oder am GKV-Leitfaden für individuelle Verhaltensprävention orientieren oder sich bei autorisierten Stellen, wie z. B. der Zentralen Prüfstelle Prävention, zertifizieren lassen.