

## **Gesetzliche Leitplanken für die Einführung von Leistungen der Verhaltensprävention mit und ohne Bonifikation in der PKV**

### Hintergrund:

Gemäß Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP sollen in dieser Legislaturperiode die Gesetzlichen Krankenversicherungen „verstärkt die Möglichkeit“ erhalten, „ihren Versicherten auch monetäre Boni für die Teilnahme an Präventionsprogrammen zu gewähren.“ Diese ‚verstärkende‘ Zielsetzung setzt auf die 2015 mit dem Präventionsgesetz geschaffenen Kompetenzen der GKV auf, in ihren Satzungen u.a. Leistungen der individuellen Verhaltensprävention und Gesundheitsförderung anzubieten und dafür Bonusregeln vorzusehen.

In der Privaten Krankenversicherung indes gibt es bislang keine gesetzliche Grundlage, ihren Versicherten vergleichbare bzw. im Sinne des Leistungswettbewerbs innovative Angebote der primären Prävention zu machen. Diese Regelungslücke steht im eklatanten Widerspruch zum allgemeinen Grundkonsens, dass Prävention ein „Leitgedanke“ (ebenfalls Wortlaut Koalitionsvertrag) der Gesundheitspolitik sei, den es auszubauen gilt, um bspw. die Versorgungslasten unserer alternden Gesellschaft zu reduzieren. Infolge der Regelungslücke hat die für die PKV-Aufsicht zuständige BaFin Präventionsprogrammen der PKV immer wieder einen Riegel vorgeschoben.

Dieser Befund mag überraschen, da die Private Krankenversicherer ja auch für Beitragsrückerstattungsprogramme bekannt ist, mit denen das Nichteinreichen von Rechnungen belohnt wird und so die Eigenverantwortung gestärkt wird. Ebenso bekannt ist, dass die PKV Zahnvorsorge mit einer geringen Eigenbeteiligung an den Kosten für die Zahnbehandlung belohnen kann. Über diese beiden speziellen ‚use cases‘ hinaus fehlen der PKV aber aufgrund der tatsächlich restriktiven versicherungs- und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen die nötigen Spielräume für Angebote der individuellen Verhaltensprävention. 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 klassischen 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. Auch Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention sind vom Leistungsbegriff der PKV erfasst. Leistungen der Primärprävention sind es dagegen bislang nicht. Soll die PKV zukünftig entsprechende Angebote entwickeln und finanzieren können, bedarf es dazu einer expliziten Erlaubnis 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 grundsätzlich immer nur, was ein Krankenversicherer tun darf; es bedarf jedoch zusätzlich einer expliziten vertraglichen Vereinbarung der rechtlich zulässigen Leistung mit dem Versicherungsnehmer. Da Primärprävention aber bislang nicht durch das VVG gedeckt war, steht sie auch in den Tarifbedingungen nicht drin. Sie müsste auch nach einer Erweiterung des § 192 VVG mit den 9 Millionen Bestandsversicherten noch einmal einzeln vereinbart werden, was ein finanziell wie verwaltungstechnisch unvertretbarer Aufwand ist. Damit auch die Bestandsversicherten entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen können, müsste im Gesetz klargestellt werden, dass eine Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen vorliegt, die die Versicherer ermächtigt, diese neue Leistung auch bestandswirksam umzusetzen (vgl. § 203 Abs.3 VVG). Begründen lässt sich dies zweifellos, bspw. mit der Normsetzung durch das Präventionsgesetz von 2015, womit Primärprävention zu einem neuen Versorgungsstandard avanciert. Da alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland der Pflicht zur Krankenversicherung unterliegen, darf die Gruppe, die dieser Pflicht in der PKV nachkommt, nicht von neuen Versorgungsstandards ausgeschlossen werden.

Um die zusätzlichen Leistungen für den Bestand kalkulatorisch abzusichern, ist ein temporäres Beitragsanpassungsrecht im Einführungsgesetz zum Versicherungsvertragsgesetz (EGVVG) in Betracht zu ziehen. Außerdem wäre auf Verordnungsebene im Sinne einer Klarstellung eine Anpassung von § 43 III Nr. 3 und 4 RechVersV sinnvoll, wenn auch nicht rechtlich zwingend.<sup>1</sup>

## **3. Befugnis zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken**

Die PKV muss zukünftig ihr vorliegende Versichertendaten, z.B. Arztrechnungen im Rahmen der Kostenerstattung, 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, das Diabetikern Präventionsangebote zur Vermeidung von Folgeerkrankungen gemacht hat.

---

<sup>1</sup> Die unter 1) erläuterte Ergänzung von § 192 Abs.3 VVG und deren entsprechende bestandswirksame Umsetzung in den Tarifwerken unter 2) würde dazu führen, dass die entsprechenden Aufwendungen als Versicherungsleistungen i. S. d. § 41 RechVersV (Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen) und gleichsam in den Kopfschäden nach § 6 KVAV (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung) anzuerkennen sind. Die nicht sachgerechte Verbuchung unter § 43 III RechVersV als Verwaltungsaufwendungen käme insoweit nicht mehr in Betracht. Insoweit empfiehlt sich dann, § 43 III RechVersV um folgende Aufwendungskategorien zu entlasten:

3. die Schadenverhütung und -bekämpfung;

4. die Gesundheitsfürsorge zugunsten der Versicherungsnehmer;

Rechtlich zwingend wäre das nicht, da stets ein formelles Gesetz über der Verordnungsebene steht.

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, denn Veränderungen des Gesundheitszustandes oder des Verhaltens nach Vertragsschluss dürfen keine Prämienhöhung nach sich ziehen.

#### **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 darf ihren Versicherten 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 Kunden 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 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.