

Herstellung von Chancengleichheit für privat Krankenversicherte, v. a. in den Bereichen Prävention / Gesundheitsförderung und bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens

Zusammenfassung:

Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Digitalisierung des Gesundheitswesens durch Ausbau der Telematik-Infrastruktur sind wichtige Ziele der deutschen Gesundheitspolitik. Sie bieten viele Vorteile für jeden Einzelnen, aber auch die Gesellschaft – beispielsweise eine bessere Gesundheit und effizientere Behandlungsprozesse. Deshalb sollten auch alle die Chance haben, gleichermaßen von diesen Vorteilen zu profitieren.

Durch die aktuellen gesetzlichen Regelungen sind privat Versicherte allerdings in mehreren Bereichen gegenüber gesetzlich Versicherten benachteiligt:

- **Leistungen für Prävention und Gesunderhaltung:**
Privat Versicherte können von Ihrer Krankenversicherung nur sehr eingeschränkt Leistungen der Primärprävention und Gesunderhaltung erhalten, da eine gesetzliche Regelungslücke dies verhindert. Ebenso kann ihnen kein Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten angeboten werden.
- **Erkennung individueller Gesundheitsrisiken:**
Privat Versicherte können von ihrer Krankenversicherung keine Informationen zu ihren individuellen Gesundheitsrisiken erhalten. Für gesetzlich Versicherte gibt es hingegen eine entsprechende Regelung (§ 25 b SGB V - Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen).
- **Nutzung der Vorteile der Telematik-Infrastruktur:**
Die Vorteile der Telematik-Infrastruktur können privat Versicherte – aufgrund fehlender Regelungen - nicht im gleichen Umfang in Anspruch nehmen wie gesetzlich Versicherte. Beispielsweise fehlt eine Verpflichtung für Ärzte, die elektronische Patientenakte (ePA) auf Wunsch des (privat versicherten) Patienten zu befüllen.

Diese Benachteiligung privat Versicherter sollte behoben werden. Die gesetzlichen Regelungen sind so zu ergänzen, dass auch privat Versicherte die Vorteile von Prävention, datengestützter Früherkennung von Gesundheitsrisiken und der Telematik-Infrastruktur analog zu gesetzlich Versicherten nutzen können.

1. Prävention

Der demografischer Wandel, damit einhergehend steigende Kosten für Gesundheit und Pflege sowie der Fachkräftemangel im Gesundheitssektor stellen die Absicherung von Gesundheit und Pflege vor enorme Herausforderungen. Diese werden in den nächsten Jahren und Jahrzehnten – insbesondere mit dem Eintritt der geburtenstarken „Baby Boomer“ in das besonders pflegebedürftige Alter – weiter zunehmen.

Um diese Herausforderungen zu meistern, brauchen wir einen gesellschaftlichen Paradigmenwechsel weg von der ‚Reparaturmedizin‘ und hin zu mehr Vorsorge. Es gilt, Gesundheit möglichst lange erhalten, Gesundheitsrisiken frühzeitig erkennen und diesen entgegenwirken.

Die Politik hat die Bedeutung der Prävention erkannt und in der Vergangenheit bereits an verschiedenen Stellen aufgegriffen (z. B. Präventionsgesetz, Gründung einer Nationalen Präventionskonferenz, Definition nationaler Gesundheitsziele; Aufnahme in den Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung).

Gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen können eine wichtige Rolle im Bereich Prävention übernehmen: Sie haben einen großen „Hebel“, die gesamte Bevölkerung zu erreichen, wenn es um Prävention, Vorsorge und das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken geht.

Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind Leistungen für (Primär-)Prävention und die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens durch Bonusprogramme im SGB V umfassend geregelt (§ 20 und § 65 a SGB V). Für die PKV-Unternehmen hingegen fehlt eine gesetzliche Regelung, die es ihnen ermöglicht, diese Leistungen anzubieten.

Damit auch privat Versicherte von Präventionsleistungen ihrer Krankenversicherung profitieren können, muss der entsprechende Rechtsrahmen für die Private Kranken- und Pflegeversicherung geschaffen werden.

Konkrete Umsetzungsmöglichkeit:

Aufnahme von Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns (Gesundheitsförderung) als vertragstypische Leistungen der privaten Krankenversicherung in § 192 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

2. Frühzeitige Reaktion auf Gesundheitsrisiken durch Nutzung von Gesundheitsdaten

Mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz wurde für die GKV die Möglichkeit geschaffen, die ihnen vorliegenden Gesundheitsdaten auszuwerten, um bestehende individuelle Gesundheitsrisiken zu erkennen, und die Versicherten über die Erkenntnisse zu informieren (§ 25 b SGB V).

Dies gibt gesetzlich Versicherten und ihrem Arzt eine zusätzliche Erkenntnisquelle. Sie haben die Chance, frühzeitig auf bestehende Risiken zu reagieren und ihre Chancen auf Heilung zu erhöhen.

Eine entsprechende Regelung fehlt jedoch für die Private Krankenversicherung (PKV). In der PKV unterliegt die Datenverarbeitung weiterhin den auslegungsfähigen bzw. -bedürftigen Grundsätzen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Im Zweifel ist die Einwilligung in jedem Einzelfall erforderlich, ob der Versicherer auf Basis von z. B. Rechnungsdaten überhaupt ein Angebot zu Prävention und Versorgungsmanagement machen darf.

Dies verhindert, dass privat Versicherte von ihrer Krankenversicherung über bei ihnen vorliegende Gesundheitsrisiken zu einem frühen Zeitpunkt informiert werden – und nimmt ihnen die Chance, zeitnah z. B. entsprechende Vorsorgemaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Damit auch privat Versicherte von datengestützten Auswertungen zum Zwecke des proaktiven Gesundheitsmanagements profitieren können, muss es eine dem §25b SGB V entsprechende Regelung auch für die Private Kranken- und Pflegeversicherung geben.

3. eHealth / Telematik-Infrastruktur

Die Vorteile der Digitalisierung des Gesundheitswesens durch den Ausbau der Telematik-Infrastruktur müssen allen Versicherten zugutekommen. Derzeit können jedoch privat Versicherte – aufgrund fehlender Regelungen – von diesen Vorteilen aber nicht im gleichen Umfang profitieren wie gesetzlich Versicherte.

In folgenden Bereichen besteht noch Nachbesserungsbedarf:

- Befüllung der elektronische Patientenakte:

Es fehlt eine Verpflichtung, dass Ärzte und andere Leistungserbringer die elektronische Patientenakte (ePA) auch auf Wunsch von privat versicherten Patienten befüllen müssen. Ohne diese Verpflichtung besteht ein hohes Risiko, dass die ePA nur lückenhaft befüllt wird. Viele Vorteile der ePA – z. B. ein vollständiger Überblick über den Gesundheitszustand des Patienten und damit die Chance auf eine optimierte Behandlung – gingen damit verloren.

- Obligatorische, einwilligungs- und mitwirkungsunabhängige Einholung der Krankenversicherernummer:

Die Krankenversicherernummer (KVNR) ist Basis für die elektronische Patientenakte, Registermeldungen (z. B. Transplantate-, Organspenderegister) oder Modellvorhaben zur Genomsequenzierung für seltene onkologische Erkrankungen.

In der PKV muss für die KVNR die Einwilligung des Versicherten eingeholt werden. Es gibt hohe Non-Responderquoten und entsprechende Bürokratiekosten. Um alle Bestandsversicherten erreichen zu können, braucht es die zustimmungsfreie, obligatorische KVNR-Anlage analog zur GKV.

- Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung:

Seit Anfang 2023 ist die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) für gesetzlich Versicherte verpflichtend. Sie ermöglicht effizientere Prozesse durch z. B. schnellere Übermittlung der Krankmeldung sowie eine digitale Erfassung der Fehlzeiten.

Für privat Versicherte wurden die Rahmenbedingungen zur Einführung der eAU bisher nicht geschaffen. Dies muss schnellstmöglich nachgeholt werden.

Nur, wenn die Digitalisierung des Gesundheitswesens für alle Versicherten – unabhängig von ihrem Versichertenstatus – umgesetzt wird, lassen sich die mit ihr verbundenen Effizienzpotenziale vollständig heben.