



DAV

DEUTSCHE
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

Ergebnisbericht des Ausschusses Krankenversicherung

Gesundheitsmanagement

Köln, 13. Dezember 2022

Präambel

Gesundheit beschreibt - gemäß der Definition der WHO - den Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen. Dieses generelle Verständnis ist eingebettet in die Agenda 2030 der UN¹ für nachhaltige Entwicklung mit 17 globalen strategischen Zielen (SDGs) und entspricht ebenfalls dem Verständnis der Bundesregierung.

Der Beitrag Deutschlands zur Umsetzung der Agenda 2030 ist im freiwilligen Staatenbericht zum HLPF 2021² dokumentiert und integraler Bestandteil der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie 2021 (DNS)³.

Dem Gesundheitswesen und seiner Weiterentwicklung kommt, insbesondere bei SDG 3 – Gesundheit und Wohlergehen – eine besondere Bedeutung zu. Wie durch die Folgen der weltweiten Corona-Pandemie eindrücklich bestätigt, ist SDG 3 mehr oder weniger mit allen anderen SDGs verknüpft.

Gemäß der DNS wird dieses Ziel präzisiert durch „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“.

Als ein Eckpfeiler des Gesundheitswesens unterstützt die Krankenversicherung (gesetzlich und privat) Deutschland bei der Erreichung dieses Zieles, welches selbstverständlich essenzieller Bestandteil der nationalen Gesundheitsstrategie ist. Unzweifelhaft ist hierbei die zentrale Rolle eines, auf die speziellen Belange eines Versicherten⁴ zugeschnittenen Gesundheitsmanagements.

Der Ausschuss Krankenversicherung der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. hat den vorliegenden Ergebnisbericht erstellt.⁵

Zusammenfassung

Der Ergebnisbericht beschäftigt sich mit der Bedeutung von Prävention und gesundheitsbewussten Verhaltens für die Gesellschaft und jeden einzelnen Menschen. Gleichzeitig werden Möglichkeiten aufgezeigt, mit denen Krankenversicherer im Rahmen des Gesundheitsmanagements zur Förderung von Prävention und gesundheitsbewusstem Verhalten bei ihren Versicherten beitragen können. Da

¹ The 2030 Agenda for Sustainable Development, adopted by all United Nations Member States in 2015, provides a shared blueprint for peace and prosperity for people and the planet, now and into the future. At its heart are the 17 Sustainable Development Goals (SDGs)

² High-Level Political Forum 2021 (HLPF 2021)

³ Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie – Weiterentwicklung 2021

⁴ Hinweis: In diesem Ergebnisbericht wird das generische Maskulinum überall dort verwendet, wo das spezifische Geschlecht keine Rolle spielt.

⁵ Der Ausschuss dankt der Arbeitsgruppe Aktuarielle Fragestellungen des Gesundheitsmanagements ausdrücklich für die geleistete Arbeit, namentlich Jörg Frisch (Leitung), Katrin Berger, Sandra Dangelmayer, Dr. Karsten Dietrich, Hans Martin Hoben, Olga Jungnitsch, Dr. Axel Kaiser, Rainer-Bastian Krebs, Grit Läuter-Lüttig, Wiltrud Pekarek, Daniela Rode, Dr. Kay Schicker, Friederike Siebert, Dr. Ulrich Stellmann, Henriette Valentini

hiervon auch das Aufgabenspektrum der Aktuare betroffen ist, wird dieses komplexe und vielschichtige Themengebiet erstmalig in dem vorliegenden Ergebnisbericht der DAV aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet.

Als Konsequenz der wahrgenommenen Bedeutung vorbeugender Maßnahmen sind bereits im Jahr 2000, beauftragt durch das Bundesministerium für Gesundheit, nationale Gesundheitsziele erarbeitet worden.

Damit verbunden wächst auch die Nachfrage der Versicherten nach Gesundheitsdienstleistungen ihres Krankenversicherers. Entsprechend entwickeln sich die Unternehmen weiter zum Gesundheitsdienstleister. In diesem Zusammenhang entstehen auch für Aktuare verschiedene neue Aufgabenfelder.

Für die gesetzliche und private Krankenversicherung bestehen mit SGB V und § 192 VVG unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen zur Förderung von Primärprävention im Rahmen des Gesundheitsmanagements.

Damit die private Krankenversicherung in gleichem Maße wie die gesetzliche Krankenversicherung die Umsetzung der Präventionsstrategie unterstützen kann, ist eine Anpassung der für die PKV geltenden gesetzlichen Regelungen erforderlich. Auf den Bedarf und die Notwendigkeit wird in dem Bericht hingewiesen, und es werden auch erste Überlegungen zu einer Umsetzung aufgeführt.

Der Ergebnisbericht ist an die Mitglieder und Gremien der DAV zur Information über den Stand der Diskussion und die erzielten Erkenntnisse gerichtet und stellt keine berufsständisch legitimierte Position der DAV dar.⁶

Verabschiedung

Der Ergebnisbericht ist durch den Ausschuss Krankenversicherung am 13. Dezember 2022 verabschiedet worden.

⁶ Die sachgemäße Anwendung des Ergebnisberichts erfordert aktuarielle Fachkenntnisse. Dieser Ergebnisbericht stellt deshalb keinen Ersatz für entsprechende professionelle aktuarielle Dienstleistungen dar. Aktuarielle Entscheidungen mit Auswirkungen auf persönliche Vorsorge und Absicherung, Kapitalanlage oder geschäftliche Aktivitäten sollten ausschließlich auf Basis der Beurteilung durch eine(n) qualifizierte(n) Aktuar DAV/Aktuarin DAV getroffen werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1. Was bedeutet Gesundheit?	6
1.2. Gesundheit – individueller und volkswirtschaftlicher Nutzen	7
1.3. Ansatzpunkte zur Verbesserung und Aufrechterhaltung der Gesundheit	8
1.4. Nationale Gesundheitsziele	10
1.5. Gesunderhaltung – eine Aufgabe der Krankenversicherung	11
2. Definitionen und Begriffe rund um das Thema Gesundheit	13
2.1. Gesundheitsmanagement	13
2.2. Prävention und Gesundheitsförderung	14
2.3. Managed Care	15
2.4. Patient Journey.....	16
2.5. Betriebliche Gesundheitsförderung.....	17
3. Gesundheitsmanagement in der GKV.....	18
3.1. Besondere Versorgungsformen.....	18
3.2. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V	19
3.3. Bonusmodelle nach § 65a SGB V	21
3.4. Besondere Versorgung nach § 140a SGB V.....	22
3.5. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137 f-g SGB V .	23
3.6. Digitale Gesundheitsanwendung nach DiGA § 33a SGB V.....	23
3.7. Modellvorhaben nach §63 SGB V	24
3.8. Innovationsfonds nach §92a SGB V.....	25
4. Gesundheitsmanagement in der PKV.....	27
4.1. Rechtliche Grundlage.....	27
4.2. Hürden bei der Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens.....	29
4.3. Beispiele.....	31
5. Nachweis des Nutzens von Präventionsmaßnahmen	32
5.1. Wirksamkeit als notwendige Voraussetzung für Präventionsmaßnahmen	32

5.2. Nutzen als hinreichendes Kriterium für Präventionsmaßnahmen in der PKV	33
5.3. Im Nutznachweis zu betrachtende Größen	34
5.4. Beispiele für Nutznachweise	35
6. Use Cases für aktuarielle Anwendungsfelder	37
6.1. Use Case „Strategische Gesundheitsanalyse“	38
6.2. Use Case „Vorhersage von AU-Dauern“	41
7. Überlegungen zu einer möglichen Erweiterung des Leistungsspektrums der PKV um primäre Prävention	46
8. Zusammenfassung und möglicher Ausblick	49
9. Anhang	50

1. Einleitung

1.1. Was bedeutet Gesundheit?

Auf den ersten Blick scheint die Frage, was Gesundheit oder Krankheit bedeuten, einfach zu beantworten zu sein. Schaut man aber genauer hin, fällt schnell auf, dass das Verständnis vom gesellschaftlichen Umfeld und dem jeweiligen Kontext abhängt. Zudem ist die individuelle Sicht auf Gesundheit und Krankheit stark subjektiv beeinflusst.

So reicht der Begriff der Gesundheit von der Abwesenheit einer diagnostizierbaren Krankheit bis hin zu einem Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bzw. der Fähigkeit, sich an soziale, physische und emotionale Probleme anzupassen.

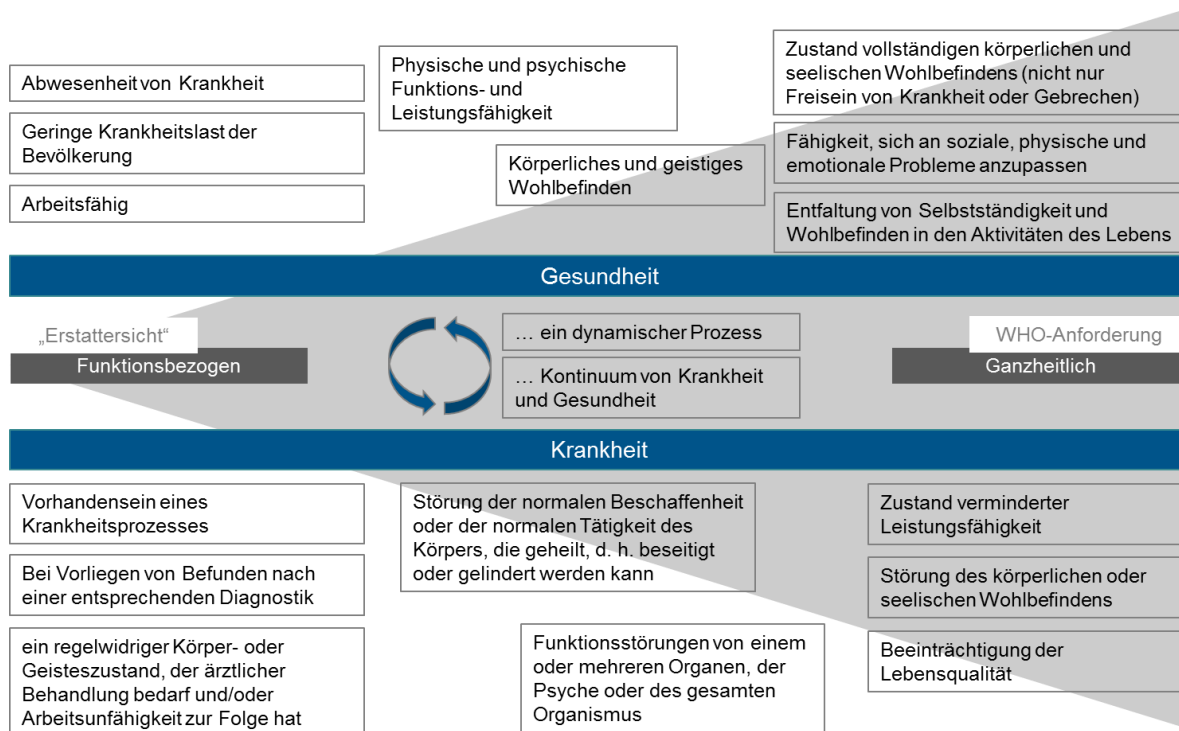
Der Begriff der Krankheit wird je nach Kontext ähnlich weit gefächert verstanden: vom Vorliegen eines diagnostischen Befundes bis hin zu einer Störung des körperlichen oder seelischen Wohlbefindens oder der Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Ein Leitbild für die Gesundheitsversorgung weltweit, speziell aber auch in Europa und in Deutschland, stellt der Gesundheitsbegriff der WHO dar, der bereits im Jahre 1948 in der Präambel ihrer Verfassung formuliert wurde:

Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.

Dieses Leitbild möchten wir im Folgenden in den Mittelpunkt stellen und als Gradmesser für die Qualität der Gesundheitsversorgung heranziehen. Auch wenn von Kritikern diese Definition z.T. als illusionär oder utopisch bezeichnet wird, so stellt sie doch Gesundheit in einen übergreifenden und anzustrebenden Kontext.

Die folgende Grafik fasst die Komplexität und Spannbreite des Gesundheitsbegriffs noch einmal zusammen:



1.2. **Gesundheit – individueller und volkswirtschaftlicher Nutzen**

Gesundheit hat zweifelsohne einen positiven Effekt auf die jeweils betroffene Person oder ihr familiäres und befreundetes Umfeld. Damit gehen ein Zugewinn an Lebensqualität, eine höhere Leistungsfähigkeit und ein längeres Leben einher.

Vielfach unterschätzt wird jedoch der volkswirtschaftliche Nutzen von Gesundheit bzw. - umgekehrt betrachtet - der entstehende volkswirtschaftliche Schaden, wenn die Bevölkerungsgesundheit unzureichend ist. Hierzu einige Fakten:

- Mehr als ein Drittel aller Gesundheitsausgaben sind den sogenannten Volkskrankheiten zuzurechnen:⁷
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 13,7%
 - Psychische Erkrankungen, Verhaltensstörungen: 13,1%
 - Neubildungen: 6,8%
 - Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: 4,6%
- Die Ausgaben im Gesundheitswesen stiegen in der Vergangenheit stärker als die Verbraucherpreise. So erhöhten sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland im Zeitraum von 2009 bis 2019 um jährlich ca. 3,8 %⁸,

⁷ Quelle: Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 347 vom 29. September 2017

⁸ Quelle: <https://www.gbe-bund.de>, Tabelle „Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (absolut und je Einwohner)“

während die allgemeine Inflationsrate im gleichen Zeitraum bei durchschnittlich 1,3 %⁹ pro Jahr lag.

- Dazu kommen die Belastungen durch den Verlust von Arbeitskraft.

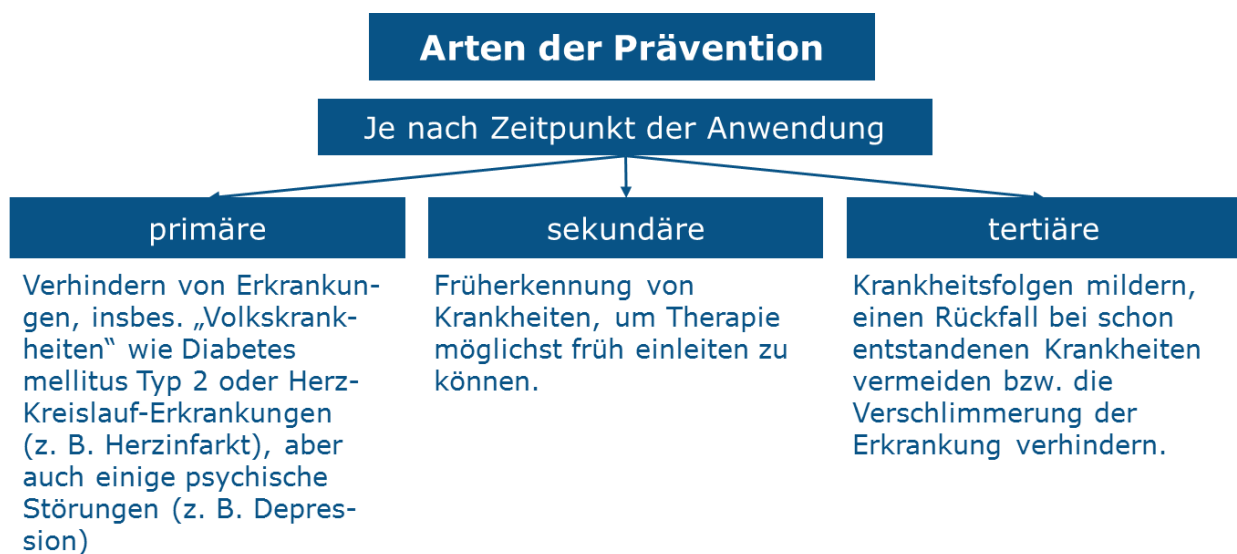
Die volkswirtschaftlichen Effekte sind also immens. Die aufgezeigte Kostendynamik macht zudem deutlich, dass die Finanzierbarkeit zunehmend schwieriger wird und auch aus diesem Grund ein Nachdenken über den Nutzen von Gesunderhaltung an der Tagesordnung sein sollte.

1.3. Ansatzpunkte zur Verbesserung und Aufrechterhaltung der Gesundheit

Es geht also zunehmend darum, zielgerichtete Maßnahmen zu ergreifen, um

- Krankheiten oder Gesundheitsschäden zu vermeiden,
- das Risiko von Erkrankungen zu verringern,
- das Auftreten von Erkrankungen zu verzögern,
- bei bereits eingetretenen Erkrankungen einen Zustand der Stabilität und eines bestmöglichen Wohlbefindens zu erreichen.

Hierbei spielen alle Formen der Prävention eine Rolle:¹⁰



Zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen gibt es inzwischen eine große Zahl von Studien. Eine Reihe davon beschäftigt sich mit der Frage, wie sich die körperliche Bewegung auf bestimmte Krankheiten oder die Lebenserwartung auswirkt. Die Ergebnisse sind zuweilen überraschend. Einige Beispiele:¹¹

⁹ Quelle: <https://www.finanz-tools.de/inflation/inflationsraten-deutschland>

¹⁰ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Begriffe A-Z

¹¹ Quelle: Dtsch Arztebl 2019; 116(35-36): A-1544 / B-1273 / C-1253

- Körperliche Bewegung reduziert das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgrund sitzender Tätigkeiten:
 - 5 Stunden körperliche Bewegung pro Woche sind erforderlich, um ein tägliches Sitzen von 8 und mehr Stunden zu kompensieren
 - Kein Sport als Ausgleich bei mehr als 8 Stunden Sitzen erhöht das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse um rund 80 %
 - Schon 5 bis 10 Minuten langsames Joggen am Tag reduzieren das Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben, um fast zwei Drittel.
- Verbessertes Immunsystem durch Ausdauersport:
 - Ältere Menschen, die ihr ganzes Leben viel Ausdauersport getrieben hatten, sind weniger anfällig für Infektionen, chronische Entzündungen und Autoimmunerkrankungen. Regelmäßiger Sport verringert das Krebsrisiko
 - Wer körperlich sehr aktiv ist (rund 3-mal so viel wie die WHO empfiehlt), kann sein Risiko für die Entwicklung von 13 Krebsarten um bis zu 42 % verringern darunter, Darm-, Lungen- und Brustkrebs mit je 16 %, 26 % und 10 % Reduktion.
 - Auch nach einer Krebsdiagnose ist es nicht zu spät für Sport: Patienten, die an Brust- oder Darmkrebs erkrankt waren und erst dann begannen, sich zu bewegen, konnten ihr Sterberisiko mit einem Training nach WHO Empfehlungen um circa 28 % senken.
- Diabetes kann durch Sport hinausgezögert oder sogar verhindert werden; bereits Erkrankte können durch Sport den Blutzuckerspiegel senken:
 - 2,5 Stunden aktives Spaziergehen pro Woche verringert bei Gesunden das Diabetesrisiko um 30 %
 - Bei bereits Erkrankten hat Sport ebenfalls deutliche Wirkung: In 2 von 3 Fällen können Diabetiker ihre Medikation reduzieren, da der Blutzuckerspiegel sinkt.
 - Zusätzliches Muskelgewebe erhöht die Glukose Speicherkapazität des Körpers.
- Das Demenzrisiko wird durch Sport verringert:
 - Schon 10 Minuten einfaches Spaziergehen reichen aus, um unsere Neuronen besser zu vernetzen und die Gedächtnisleistung zu erhöhen. Dadurch lässt sich der Entwicklung einer Demenz entgegenwirken.
 - Menschen mit einem hohen Fitnesslevel haben ein bis zu 88 % geringeres Demenzrisiko.
- Depressionen werden durch Sport positiv beeinflusst:
 - 30 Minuten Joggen pro Woche wirken ähnlich effektiv wie ein Antidepressivum. Die Stimmung wird verbessert und Stressgefühle vermindert.

- Das Sterberisiko wird durch Sport verringert:
 - Schon 15 Minuten Bewegung am Tag senken das Mortalitätsrisiko um 14 %.
 - Jede weitere Viertelstunde reduziert das Risiko um weitere 4 %.
 - Rund 50 Minuten intensiver Sport pro Tag reduzieren das Sterberisiko sogar um knapp die Hälfte
- Erhöhtes Herzinfarkt-Risiko durch Übergewicht:
 - Mit geringem Übergewicht besteht ein um 52,6 % erhöhtes Risiko im Vergleich zu Normalgewichtigen; bei deutlich erhöhtem Übergewicht Steigerung des Herzinfarkt-Risikos um 68,7 %.
 - Selbst mit den gleichen systolischen Blutdruck-, Gesamtcholesterin- und Nüchtern-Blutzucker-Werten haben übergewichtige Personen gegenüber einem Normalgewichtigen ein signifikant erhöhtes Herzinfarkt-Risiko (+ 31,2 % bereits bei geringem Übergewicht / + 37,6 % bei stärkerem Übergewicht).

1.4. Nationale Gesundheitsziele ¹²

Eine wesentliche Rahmenbedingung für eine erfolgversprechende Umsetzung der im vorausgehenden Abschnitt genannten Zielsetzungen stellt die umfassende Gesundheitskompetenz der Bevölkerung dar. An diesem Faktor setzen die nationalen Gesundheitsziele an.

Gesundheitsziele streben die Verbesserung der Gesundheit Einzelner oder bestimmter Gruppen in definierten Bereichen an. Dabei setzen sie sich für eine Stärkung von gesundheitsfördernden Strukturen ein sowie eine Verbesserung der primär-präventiven Maßnahmen oder der Stärkung der Selbsthilfe und Eigenverantwortung der Patienten. Gesundheitsziele sind auch von Bedeutung, um Prioritäten und langfristige Perspektiven im Gesundheitswesen zu entwickeln sowie sektorübergreifende Handlungsfelder zu definieren und zu vernetzen.

Zur Festlegung und Entwicklung der Gesundheitsziele und die Umsetzung im deutschen Versorgungsalltag hat im Jahr 2000 das Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit den Ländern die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) mit einem entsprechenden Modellprojekt mit dem Namen "Forum gesundheitsziele.de" beauftragt.

Gesundheitsziele.de ist ein langfristig angelegter Kooperationsverbund aus rund 120 Organisationen, der sich aus eigenen Mitteln der Beteiligten finanziert und sich für die Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen engagiert.

Auch die privaten Krankenversicherer, vertreten durch den PKV-Verband, sind an dieser Initiative beteiligt.

¹² Quelle: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html>

Unter Mitwirkung von Bund, Ländern, gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung, privater Krankenversicherung, Ärzten und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen sowie Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen wurden bisher folgende nationale Gesundheitsziele beschlossen und teilweise bereits aktualisiert:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003; Teilaktualisierung 2011 und 2014)
- Tabakkonsum reduzieren (2003, Aktualisierung 2015)
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
- Gesund älter werden (2012)
- Alkoholkonsum reduzieren (2015)
- Gesundheit rund um die Geburt (2017)

Zu jedem dieser Themen werden klare Ziele, Teilziele und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung erarbeitet.

Aufgrund ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung wurden die Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes auch in dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) aufgenommen. Es verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen in dieser Richtung tätig zu werden.

Im Ergebnis sind im Sozialgesetzbuch V (SGB V) weitreichende Regelungen aufgenommen worden. So sind beispielsweise Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung in der Satzung jeder Krankenkasse aufzunehmen, und ab dem Jahr 2019 muss dafür jährlich ein Betrag von insgesamt 7,52 Euro für jeden Versicherten verwendet werden.

Die Angebote, die sich daraus bei den Krankenkassen entwickelt haben, reichen beispielsweise von Ernährungstipps von Profis über Nordic Walking Kurse bis hin zu Trainings zur Stressbewältigung. Darüber hinaus honorieren die Kassen im Rahmen von Bonusprogrammen das gesundheitsbewusste Verhalten ihrer Versicherten. Auch Online-Angebote, zum Beispiel reduzierte Jahresgebühren für die Nutzung von ausgewählten Fitness-Apps, werden unterstützt.

1.5. Gesunderhaltung – eine Aufgabe der Krankenversicherung

Das Leitbild der WHO verdeutlicht, dass zu den Aufgaben der Krankenversicherung nicht nur die Erstattung von Kosten nach Eintritt einer Erkrankung gehört, sondern

auch die Vermeidung von Erkrankungen bzw. die Abmilderung von Krankheitsverläufen und die Erreichung eines gesundheitlich stabilen Zustandes. Auf Basis dieser Erkenntnis haben sich vielfältigste Ansätze des Gesundheitsmanagements entwickelt, die in den nachfolgenden Kapiteln beleuchtet werden.

Wie bereits beschrieben, finden sich die Anforderungen eines umfassenden Gesundheitsbegriffs heute vielfältig in den Leitbildern und Gesetzen wieder, etwa in

- den nationalen Gesundheitszielen,
- dem Präventionsgesetz und darauf aufbauend im SGB V,
- den globalen Gesundheitszielen, bei deren Festlegung Deutschland aktiv mitgewirkt hat,
- der Nachhaltigkeitsstrategie für Deutschland.

Daraus wird deutlich: Die Bundesregierung hat sich zu einem umfassenden Gesundheitsbegriff entsprechend dem Verständnis der WHO bekannt und diesen für die gesetzliche Krankenversicherung auch gesetzlich verankert.

Ähnlich konkrete Vorgaben gibt es für die private Krankenversicherung hingegen bislang nicht. Dabei hatte der Bundesrat im Rahmen der Verabschiedung des Präventionsgesetzes die Erforderlichkeit einer gesetzlichen Grundlage auch für die private Krankenversicherung erkannt und hierfür eine Regelung vorgesehen. In der endgültigen Beschlussfassung hat diese aufgrund der vorgeschlagenen Formulierung dann aber doch keinen Eingang in das Präventionsgesetz gefunden: Nach Auffassung der Bundesregierung war die vom Bundesrat vorgeschlagene Formulierung nicht mit der Systematik des § 192 VVG vereinbar und hätte einen Eingriff in die Berufsausübung- und Vertragsfreiheit bedeutet. Dies führt dazu, dass privat Krankenversicherte bislang nicht in gleichem Umfang und auf der Grundlage eindeutiger gesetzlicher Regelungen mit Maßnahmen zur Gesunderhaltung versorgt werden können wie gesetzlich Versicherte.

2. Definitionen und Begriffe rund um das Thema Gesundheit

2.1. Gesundheitsmanagement¹³

„Gesundheitsmanagement ist die planvolle Organisation mehr oder weniger komplexer gesellschafts- und sozialpolitischer Maßnahmen und Institutionen zum Zweck der Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung.“

Gesundheitsmanagement beinhaltet eine Vielzahl von Aufgaben und Funktionen zum Organisieren von Gesundheit, insbesondere in Form der Gesundheitsförderung.

Schwartz und Wismar (1998, S. 560–564) sprechen von vier Grundorientierungen des Managements:

- populations- oder gemeindebezogen
- anbieterorientiert
- patienten-, klienten- und konsumentenorientiert
- systemorientiert

Der **populations- bzw. gemeindebezogene** Ansatz zielt auf eine bevölkerungsweite Gesundheitsversorgung ab, wie in Deutschland die gesetzliche Krankenversicherung oder in Großbritannien der National Health Service.

Anbieterorientierte Managementkonzepte betreffen die Bedarfsplanung und Sicherstellung auf der Anbieterseite wie Krankenhäuser oder andere Einrichtungen und deren Ausstattung mit Mitteln für Behandlungen (ambulante & stationäre Versorgung, Betten, Ärzte) oder auch den Bedarf an Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und/ oder an Schulen. Auch allgemeine Themen wie Umweltschutz oder Verkehrsberuhigung finden im anbieterorientierten Ansatz ihren Platz.

Der **patienten-, klienten- und konsumentenorientierte** Ansatz setzt bei der Möglichkeit an, Rechte und Interessen der entsprechenden Zielgruppen durchzusetzen. Hierbei kommen beispielsweise Abwägungen von Kosten-Nutzen-Analysen zum Einsatz, die nicht nur der Wirtschaftlichkeit, sondern auch den Leistungsnehmern zugutekommen, indem beispielsweise eine erweiterte Auswahl an Therapien zur Verfügung gestellt wird.

Den **systemorientierten** Ansatz kann man laut Schwartz/ Wismar als „systemabhängiges Steuerungsproblem im Gesundheitswesen“ interpretieren. Das Dilemma besteht in den wachsenden Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung der Allgemeinheit auf der einen und der gleichzeitig steigenden Finanzierungsproblematik dieser Anforderungen auf der anderen Seite.

¹³ Quellen: <https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsmanagement>

<https://teamgesundheit.de/krankenkasse/gesundheitsmanagement-in-theorie-und-praxis/>

2.2. Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung bilden neben Kuration, Rehabilitation und Pflege die »vierte Säule« im System der Gesundheitssicherung. Als erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik gewinnt der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zunehmend an Bedeutung. Er sollte dabei aber weniger als ein abgeschotteter Teil der Gesundheitsversorgung verstanden werden, sondern als integraler Bestandteil der Gesamtpolitik – im Sinne der WHO-Strategie »Gesundheit in allen Politikfeldern«. Damit werden Prävention und Gesundheitsförderung zu einer intersektoralen Aufgabe, die im Idealfall beispielsweise den Bildungsbereich, die Wirtschafts-, Stadt- und Verkehrsplanung sowie die Jugendarbeit einschließt. Dies macht Prävention und Gesundheitsförderung zu einer komplexen Querschnittsaufgabe.¹⁴

Prävention

Prävention umfasst alle Aktivitäten mit dem Ziel, Erkrankungen zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen (pathogenetische Perspektive): Es geht darum, Risikofaktoren und Belastungen zu verringern.

Präventionsansätze unterscheiden sich hinsichtlich der zeitlichen Perspektive im Krankheitsverlauf: vor Krankheitsbeginn (Primärprävention), im Frühstadium einer Erkrankung (Sekundärprävention) und bei einer bereits bestehenden Krankheit (Tertiärprävention).

- **Primärprävention**

Bei der Primärprävention geht es um den Erhalt der Gesundheit bzw. Vorbeugung von Krankheiten. Sie setzt ein, bevor eine Schädigung, Krankheit oder regelwidriges Verhalten eintritt und sucht nach den Ursachen und Risikofaktoren, die dazu führen könnten. Sie richtet sich an jeden gesunden Menschen, zum Beispiel durch Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung, von mehr Bewegung oder dem Einüben von Stressbewältigungstechniken. Auch medizinische Maßnahmen wie zum Beispiel Impfungen zählen zur Primärprävention.

- **Sekundärprävention**

Bei der Sekundärprävention geht es um die Früherkennung bzw. Verhinderung der Progredienz einer Erkrankung. Sie dient dazu eine Schädigung, Krankheit oder regelwidriges Verhalten frühzeitig zu erkennen bzw. dafür zu sorgen, dass der Verlauf einer Krankheit sich nicht verschlimmert bzw. chronisch wird. Zur Sekundärprävention zählen zum Beispiel die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U-Untersuchungen), die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und die Unterstützung der Raucherentwöhnung bei bereits vorhandenen Schädigungen.

- **Tertiärprävention**

¹⁴ Quelle: <https://www.gbe-bund.de/pdf/gesber2015.pdf>

Die Tertiärprävention richtet sich an Patienten, die selbst etwas dazu beitragen möchten, wieder gesund zu werden oder den erzielten Gesundheitszustand zu erhalten, zum Beispiel über Patientenschulungen, Reha und Kuren.¹⁵

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken. Menschen sollen befähigt werden, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen (Empowerment). Zudem sollen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesundheitsförderlicher gestaltet werden. Zentral ist außerdem die gesundheitsförderliche Gestaltung gesundheitsrelevanter Lebenswelten (Settings, zum Beispiel in Betrieb, Schule, Kindergarten, Krankenhaus, Hochschule, Gemeinde oder Wohnquartier). Die Beteiligung der Zielgruppe (Partizipation) ist dabei zentral: Die aktive Einbindung von Zielgruppen vor Ort (etwa in der Schule, im Gemeindezentrum, im Betrieb) macht es möglich, auch diejenigen anzusprechen, die bislang für Gesundheit am wenigsten interessiert werden konnten. Gesundheitsfördernde Aktivitäten im Setting gelten deshalb als geeignet, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und Gesundheitschancen in der gesamten Bevölkerung zu erhöhen. In der Praxis finden sich Methoden der Gesundheitsförderung auch in Maßnahmen zur Primärprävention.¹⁶

2.3. Managed Care

Managed Care ist ein Steuerungsmodell im Gesundheitswesen. Das Gesundheitswesen umfasst alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie deren Sicherung durch Prävention und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist.

Unter Managed Care wird häufig eine Vielzahl unterschiedlichster Arten von Maßnahmen zur Kostensteuerung subsumiert. Sachlich sind folgende Hauptgruppen zu unterscheiden:

- **Leistungsmanagement**

Leistungsmanagement im Gesundheitswesen umfasst die Messung und Steuerung von medizinischen Leistungen aller Leistungserbringer und stellt sie in Relation zu den eingesetzten finanziellen Ressourcen.¹⁷ Diese kurze und prägnante Definition ist für alle Bereiche im Gesundheitswesen anwendbar und gilt somit sowohl für die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung. Bezogen auf die PKV lässt sich

¹⁵ Quelle: <https://www.dgnp.de/wir-ueber-uns/definition-der-praeventionsmedizin.html> und <https://www.gbe-bund.de/pdf/gesber2015.pdf>

¹⁶ Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsfoerderung_node.html;jsessionid=BF01C11D1AFA2E3642F2EB86B7114E8D.internet101

¹⁷ Quelle: <https://www.karteikarte.com>

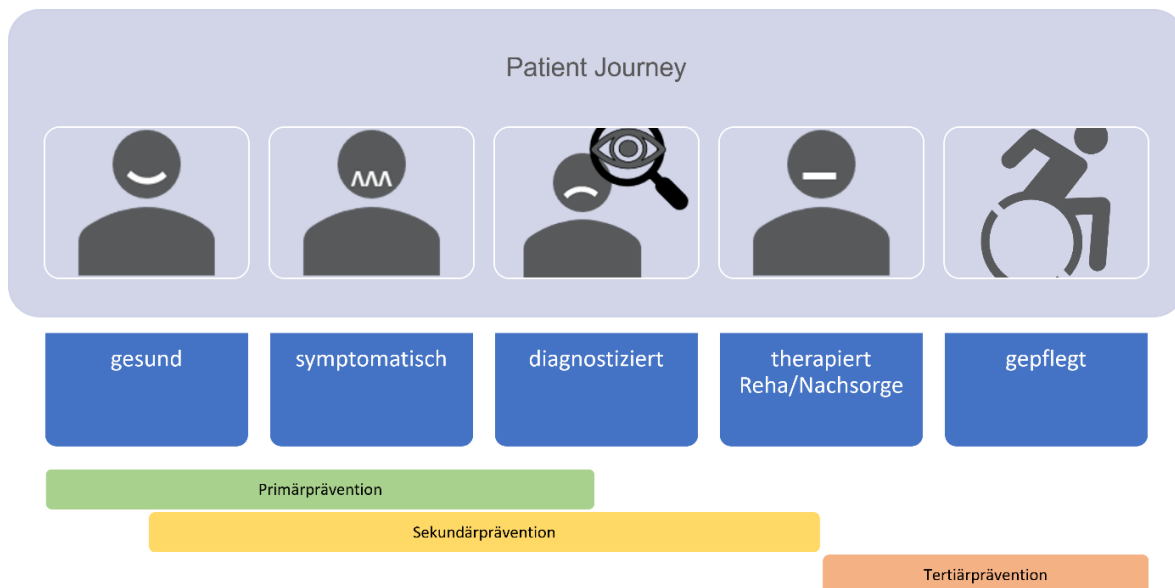
Leistungsmanagement verstehen als alle Maßnahmen des Versicherers, die mit der Erbringung der von ihm tariflich geschuldeten Leistungen gegenüber dem Versicherungsnehmer zusammenhängen. Dazu gehört u. a. die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Behandlungsleistungen nach Grund und Umfang sowie der korrekten Anwendung der zugrundeliegenden Gebührenordnungen. Auch der Einsatz von Betrugserkennung und die Prüfung der Vorvertraglichen Anzeigepflicht kann hierzu gezählt werden.

- **Managed Care im engeren Sinn**

Unter Managed Care im engeren Sinn werden Instrumente zur Kosten- und Qualitätssteuerung zusammengefasst, die vor oder unmittelbar bei der Erbringung der medizinischen Leistung wirken. Eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze ist bekannt, wie z. B. Disease Management (Behandlung schwerer chronischer Erkrankungen anhand von evidenzbasierten medizinischen Leitlinien), Case Management (umfassende Betreuung und Therapie schwerer Einzelfallerkrankungen), Drug Utilisation Review (System zur Identifikation von Kontraindikationen von Arzneimitteln), IT-basierte Kartensysteme, Versorgungsstrukturen (Health Maintenance Organisations, Preferred Provider Organisations), Pharmaceutical Benefit Management (Einkaufs- und Verteilungsmanagement von Arzneimitteln), Klinikketten in Trägerschaft von Versicherungsunternehmen.¹⁸

2.4. Patient Journey

Die Patient Journey (Patientenreise) beschreibt den Weg des Patienten durch seine Erkrankung, angefangen von den ersten Symptomen und der Diagnose über die Behandlung bis zu späteren Kontrollen und Folgebehandlungen.



¹⁸ Quellen: <https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitssystem>
https://de.wikipedia.org/wiki/Managed_care
<https://dserver.bundestag.de/btd/16/039/1603945.pdf>

2.5. Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Arbeitswelt hat nicht nur Einfluss auf die Gesundheit vieler Menschen, sie erfährt hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention eine wachsende Aufmerksamkeit. Gründe hierfür sind einerseits arbeitsbedingte Belastungsfaktoren wie lange (Lebens-)Arbeitszeiten oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse, andererseits der Ausbau des Dienstleistungssektors mit spezifischen Ansprüchen an die Beschäftigten, z. B. sich schnell wandelnde Tätigkeitsanforderungen. Aber auch die sinkende Anzahl der Erwerbsbevölkerung infolge des demografischen Wandels erfordert die Gesunderhaltung der erwerbstätigen Bevölkerung. Zugleich können über die Arbeitswelt viele Menschen durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden.

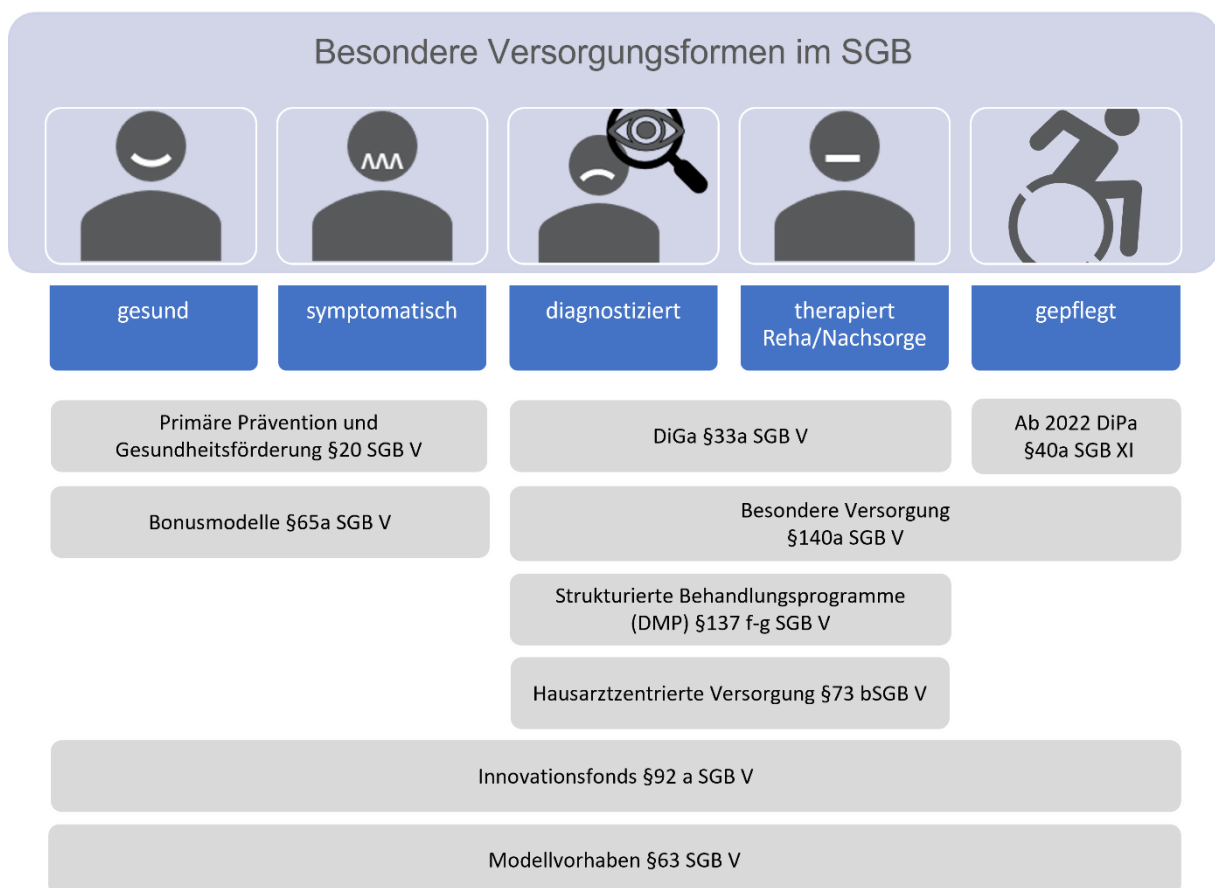
Die betriebliche Gesundheitsförderung ergänzt den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, ist aber im Gegensatz zu diesem eine freiwillige Leistung der Betriebe. Sie kann Bestandteil eines übergeordneten betrieblichen Gesundheitsmanagements sein, in dem Gesundheit als strategisches Ziel im Management verankert ist. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dazu zählen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsorganisation, die Stärkung persönlicher, gesundheitsrelevanter Kompetenzen sowie eine Beteiligung von Mitarbeitern.¹⁹

¹⁹ Quelle: Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile

3. Gesundheitsmanagement in der GKV

3.1. Besondere Versorgungsformen

Das SGB V bildet die Basis für verschiedene „Besondere Versorgungsformen“ der gesetzlichen Krankenversicherungen. Die GKVen verfügen damit über eine gesetzliche Grundlage, die es ihnen ermöglicht, ihren Versicherten an vielen Stellen entlang der Patient Journey unterschiedliche Gesundheitsangebote zur Verfügung zu stellen. In der Grafik und im folgenden Text sind beispielhaft die wichtigsten dieser besonderen Versorgungsformen dargestellt. Auf „DiPa §40a SGB XI“ und „Hausarztzentrierte Versorgung“ wird nicht weiter eingegangen, weil diese besonderen Versorgungsformen im Allgemeinen nicht dem Gesundheitsmanagement zugeordnet werden.



3.2. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V ²⁰

Allgemein

§ 20 Abs. 1 SGB V verpflichtet die **Krankenkassen** dazu, Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung vorzusehen. Diese Leistungen sind in den Satzungen zu regeln, wobei die Krankenkassen bei der Gestaltung der Leistungen innerhalb des ihnen eingeräumten Ermessensspielraums frei sind. Aus den Satzungsregelungen müssen sich dann Ansprüche der Versicherten ergeben. Diese Satzungsregelungen müssen gleichmäßig und benachteiligungsfrei angewendet werden.

Krankenkassen dürfen eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nur erbringen, wenn diese Leistung von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen **zertifiziert** ist. Zur Sicherstellung einer einheitlichen Qualität erlässt der GKV-Spitzenverband hierzu Vorgaben.

Die Vorschrift legt einen Ausgabenrichtwert fest, d.h. sie enthält einen verpflichtenden Richtwert und Mindestwerte zu den Ausgaben der Krankenkassen auf den Gebieten der Primärprävention, der (nicht-)betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.²¹

Historie, Normzweck und Anwendungsbereich

§ 20 SGB V wurde ursprünglich durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 eingeführt. Nach mehreren Modifikationen beruht die aktuell geltende Fassung auf dem PrävG v. 17.7.2015.

Die Vorschrift soll auf der Grundlage von Leistungen der Krankenkassen Verbesserungen im Bereich der primären Prävention und Gesundheitsförderung herbeiführen. Dabei richten sich die Maßnahmen der Primärprävention an den gesunden Versicherten, bei dem der Eintritt einer Krankheit verhindert oder aber verzögert

²⁰ Quellen: KassKomm/Schifferdecker SGB V § 20 Rn. 28-32

BeckOK ArbSchR/Reitz SGB V § 20 Rn. 60-65

BeckOK SozR/Geene/Heberlein SGB V § 20 Rn. 33-39

NK-GesundhR/Stefan Huster/Andrea Kießling SGB V § 20 Rn. 11-12

²¹ Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen. Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a (Lebensweltenprävention) und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b (Arbeitsweltenprävention) auf. Auf die individuelle Verhaltensprävention entfallen somit rund 2 Euro pro Versichertem (abhängig von Ausgaben nach 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren).

werden soll. Die Gesundheitsförderung²² soll das selbstbestimmte gesundheitsorientierte Handeln fördern.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll die Prävention die Lebensqualität der Versicherten verbessern und Krankheits- sowie Krankheitsfolgekosten senken.²³ Die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung aller Versicherten soll aktiviert und gestärkt werden.²⁴

Die Bereiche, in denen die Krankenkassen Präventionsleistungen vorsehen müssen, werden vom GKV-Spitzenverband festgelegt, wobei nach § 20 Abs. 3 SGB V bestimmte Gesundheitsziele zu berücksichtigen sind (Senkung des Erkrankungsrisikos für Diabetes, Verringerung des Risikos von Brustkrebs usw.). Die Festlegung dieser Bereiche sowie der Kriterien der Leistungsgewährung erfolgt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen sowie der Berücksichtigung von Qualitäts- und Transparenzanforderungen.

Leistungsangebote und Zertifizierung

Die zu erbringenden Leistungen können in die drei Arten Verhaltensprävention, Gesundheitsförderung in Lebenswelten und betriebliche Gesundheitsförderung unterteilt werden. Dabei sind Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention in der Praxis vor allem Kurs- und Bildungsangebote, die das Gesundheitsverhalten der Versicherten verbessern sollen.

Die Krankenkassen können diese Leistungen nur erbringen, wenn sie zertifiziert sind.²⁵ Durch diese Zertifizierung soll insbesondere die einheitliche Qualität der Leistungen sichergestellt werden.²⁶

Die Anforderungen an die Zertifizierung und das Verfahren werden vom GKV-Spitzenverband bestimmt. In dessen Leitfaden werden unter anderem die Anforderungen an die Leistungen im Hinblick auf Inhalt, Methodik, Didaktik, Durchführungsbedingungen, Anbieterqualität (u.a. Aus- und Weiterbildungsqualifikationen) aufgeführt.

Die Zertifizierung selbst erfolgt durch die Krankenkasse oder durch einen von ihr beauftragten Dritten, in der Regel die „Zentrale Prüfstelle Prävention“.²⁷ Dabei handelt es sich um eine Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden

²² Nach der Enquête-Kommission „Strukturreform“ der GKV, Zwischenbericht v. 31.10.1988, BT-Drs. 11/3267, 133 ff. wird die Gesundheitsförderung als wesentliches Element einer fortschrittlichen Gesundheitspolitik angesehen.

²³ BT-Drs. 15/4833,24; s. auch Anhörung des Deutschen Ethikrates, G+G 2009, 20.

²⁴ BT-Drucks. 18/4282, S. 32.

²⁵ Siehe hierzu auch die in Empfehlung des Bundesrechnungshofes in BT-Drs. 17/3650.

²⁶ Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen evidenzbasierter Medizin in BT-Drs. 14/2145,62

²⁷ Seit dem 1.1.2014 nimmt die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) Zertifizierungen wahr. Die (außer-)gerichtliche Vertretung der Kooperationsgemeinschaft obliegt dem geschäftsführenden Verband (Verband der Ersatzkassen – vdek) mit Sitz in Berlin. Die „TEAMGESUNDHEIT GmbH“ mit Sitz in Essen, betreibt das operative Geschäft. Als Kooperationsgemeinschaft prüft und zertifiziert sie Leistungsangebote nach Abs. 4 Nr. 1 für die vier Handlungsfelder (1) Bewegung, (2) Ernährung, (3) Stressbewältigung/ Entspannung und (4) Suchtmittelkonsum.

Prüfung von Präventionsangeboten, die von einer privaten Gesellschaft betrieben wird.

Ärztliche Präventionsempfehlungen

Mit der letzten Neufassung der Vorschrift wurden in Abs. 5 S. 2 ärztliche Präventionsempfehlungen als ein zusätzliches Instrument eingeführt. Danach sind Krankenkassen verpflichtet, Präventionsempfehlungen oder andere schriftliche Empfehlungen, die im Rahmen von arbeitsmedizinischen oder anderen ärztlichen Untersuchungen ausgestellt wurden, bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention zu berücksichtigen.

Seit 2017 sind entsprechende Richtlinien in Kraft, so dass Ärztinnen und Ärzte derartige Empfehlungen ausstellen können.

3.3. Bonusmodelle nach § 65a SGB V ²⁸

GKVen können sogenannte Bonusmodelle für gesundheitsbewusstes Verhalten in ihre Satzungsleistung aufnehmen. Dabei erhalten Versicherte, die regelmäßig definierte Leistungen rund um gesundheitsförderndes Verhalten in Anspruch nehmen, einen Bonus.

„Die Krankenkasse bestimmt in ihrer Satzung, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten [...] in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben.“ §65a Abs. 1 S. 1 SGB V.

Diese Bonuszahlungen sollen gemäß §65a SGB V einen Anreiz für gesundheitsförderndes Verhalten bieten. GKVen können in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die Leistungen nach §20 Abs. 5 SGB V (verhaltensbezogene Prävention) in Anspruch nehmen, einen Anspruch auf einen Bonus haben.

Der Anspruch ergibt sich nicht unmittelbar aus dem §65a SGB V, sondern aus der Satzung der GKV. „Diese Gestaltungsfreiheit überlässt es den Krankenkassen zu entscheiden, mit welchen Mitteln sie ihre Versicherten zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten motivieren und welche Verhaltensweisen sie fördern wollen. Als gesundheitsbewusstes Verhalten kommen neben der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen beispielsweise Gesundheitscoaching (Stressbewältigung, ausgewogene Ernährung, Entspannung etc.) und Sport in Betracht. Als Bonifizierungskriterium umfasst Sport insbesondere die aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, Fitnessstudio oder im Hochschulsport.“

Die Bonusprogramme müssen sich durch die daraus entstehenden Einsparungen finanzieren: „Die Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 1a müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen

²⁸ Quelle: <https://www.bundestag.de/re-source/blob/815980/d72d4a8d7efb2c0657d0d547f1fb4cb8/WD-9-090-20-pdf-data.pdf>

erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.²⁹

3.4. Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Sofern es sich bei Selektivverträgen, also individuellen Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern oder deren Verbänden, um „verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“³⁰ oder eine besondere ärztliche Behandlung handelt, können diese nach §140a SGB V als Besondere Versorgung vereinbart werden. Die Vereinbarungen verfolgen das Ziel, die sektoralen Grenzen im deutschen Gesundheitssystem zu überwinden.³¹ Seit der letzten Neuregelung können auch private Kranken- und Pflegeversicherungen an von Krankenkassen initiierten Verträgen partizipieren, „um Angebote der besonderen Versorgung für Versicherte in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung zu ermöglichen“.³²

Verträge zur Besonderen Versorgung können von den allgemeinen Vergütungsregelungen der GKV abweichen und sind Gegenstand der vertraglichen Vereinbarung, selbst der Grundsatz zur Beitragssatzstabilität gilt für diese Leistungen nicht.³³ „Im Gegensatz zu Modellvorhaben nach § 63 SGB V sind Verträge nach § 140a SGB V nicht auf maximal acht Jahre begrenzt, bieten eine größere Ausgestaltungsfreiheit bei der horizontalen und vertikalen Integration und müssen des Weiteren nicht wie Modellvorhaben hinsichtlich ihrer Zielerreichung wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden“.³⁴

Für die Versicherten ist die Teilnahme an der selektivvertraglich vereinbarten Versorgung in der Regel freiwillig und mit einer zeitlich befristeten Einschreibung verbunden³⁵.

Vorgaben zur Evaluation gibt es für die Besondere Versorgung nicht.

²⁹ §65a Abs. 3 SGB V

³⁰ §140a SGB V, Abs. 1

³¹ BVmed, <https://www.bvmed.de/de/versorgung/gesundheitspolitik/integrierte-versorgung/integrierte-versorgung-die-wichtigsten-fakten-auf-einen-blick>; Stand 04.11.2021

³² §140a SGB V, Abs. 3 Nr. 3b

³³ BVmed, <https://www.bvmed.de/de/versorgung/gesundheitspolitik/integrierte-versorgung/integrierte-versorgung-die-wichtigsten-fakten-auf-einen-blick>; Stand 04.11.2021

³⁴ D.G. Göckler: Der Stand besonderer Versorgungsformen nach SGB V und entsprechende Potentiale des Innovationsfonds aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherungen; https://epidemiologie.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/epidemiologie/downloads/Masterarbeit_Denes_G%C3%B6ckler_ASH2017.pdf;

³⁵ AOK Bundesverband; https://www.aok-bv.de/lexikon/s/index_00108.html; Stand: 04.11.2021

3.5. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137 f-g SGB V³⁶

Die vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Disease Management Programme (DMP) entsprechen strukturierten Behandlungsprogrammen.

Die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten werden über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert und auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter aktueller Erkenntnisse (medizinische Evidenz) optimiert.

Dabei gibt es DMP für bspw. Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs oder auch COPD. Das erste DMP gibt es seit 2002, seitdem haben sich die Indikationen weiterentwickelt. Zulassungsanforderungen:

- Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein DMP, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
- Schulungen der Ärzte und der Versicherten,
- Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse sowie
- Evaluationen

Die Teilnahme an einem DMP ist freiwillig und für die Versicherten kostenlos. Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit widerrufen.

Für den Versicherten gibt es finanzielle Anreize zur Teilnahme an einem DMP. GKV-en können im Rahmen der Wahltarife in ihrer Satzung für DMP-Teilnehmer besondere Tarife anbieten.

Die Evaluation der DMP ist gesetzlich vorgeschrieben. Ziel ist eine kontinuierliche Evaluation, die die relevanten Parameter der DMP-Teilnehmer über die gesamte Laufzeit betrachtet und bei der im Abstand von jeweils drei Jahren eine Berichterstattung zu den Ergebnissen vorgesehen ist. Darüber hinaus wird eine vergleichende Evaluation von Parametern der DMP-Teilnehmer und von Nicht-Teilnehmern angestrebt. Hierfür müssen allerdings noch die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden.)

3.6. Digitale Gesundheitsanwendung nach DiGA § 33a SGB V

Der Gesetzgeber hat mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) den Grundstein für eine digitale Gesundheitsversorgung in der GKV gelegt. Seit dem 01.10.2020

³⁶ Quelle: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/> , Stand: 27.10.2021

können Ärzte sowie Psychotherapeuten geprüfte Gesundheits-Apps zu Lasten der GKV verordnen. GKVen können die DiGA aber auch ohne Verordnung genehmigen und erstatten.

Die erstattungsfähigen DiGA werden in einem zentralen Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet. Voraussetzung für eine DiGA-Zertifizierung sind neben Anforderungen an u.a. Sicherheit, Qualität, Datenschutz auch positive Versorgungseffekte.

Durch ein Fast-Track-Verfahren können DiGA zunächst für 1 Jahr befristet oder dauerhaft gelistet werden. In dem Verzeichnis finden sich neben den Indikationen und der Nutzungsdauer auch die erstattungsfähigen Preise. Diese werden im ersten Jahr vom Hersteller festgelegt und ab dem zweiten Jahr mit dem GKV-Spitzenverband verhandelt.³⁷

Der zur Zertifizierung und zur dauerhaften Aufnahme in das BfArM-Verzeichnis notwendige Nachweis positiver Versorgungseffekte ist definiert durch einen medizinischen Nutzen oder patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserungen in der Versorgung. Unter den medizinischen Nutzen fallen bspw.

- eine Verbesserung des Gesundheitszustands
- Verkürzung der Krankheitsdauer,
- Verlängerung des Überlebens oder
- Verbesserung der Lebensqualität

Der Nutznachweis soll anhand einer Vergleichsbetrachtung erfolgen, dabei wird die Anwendung der DiGA der Nicht-Anwendung gegenübergestellt.³⁸

Zu den DiGA gibt es künftig ein Pendant im Pflegebereich: die Digitale Pflegeanwendungen (DiPA). Das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) ist am 08.06.2021 in Kraft getreten und hat die Grundsteine gelegt. Die DiPA sind als SGB XI-Leistung verankert und werden von der Pflegepflichtversicherung übernommen.³⁹

3.7. Modellvorhaben nach §63 SGB V

Gesetzliche Krankenversicherungen (oder ihre Verbände) können sowohl im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung als auch zu darüberhinausgehenden Leistungen – sofern der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) keine ablehnende Entscheidung getroffen hat – im Rahmen der Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, der Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft

³⁷ BfArM https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga_leitfaden.pdf?__blob=publicationFile , S. 7 ff., Stand: 27.10.2021

³⁸ BfArM https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga_leitfaden.pdf?__blob=publicationFile , S. 82 ff., Stand: 27.10.2021

³⁹ §40 SGB XI

sog. Modellvorhaben vereinbaren, solange sie den Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachten⁴⁰. Die geltenden Entgeltregelungen z.B. im Krankenhaus können dafür vertraglich abgeändert werden. Mehrausgaben sind durch entsprechende Einsparungen auszugleichen. Überschüsse durch Einsparungen können sogar an die am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden⁴¹.

Über die Modellvorhaben haben die Kostenträger die Möglichkeit für eine Laufzeit von maximal 5 Jahren die Entgeltregelungen außer Kraft zu setzen und neue auch pauschalierte oder performance-orientierte Bezahlmodelle zu erproben und den Teilnehmern auch finanzielle Anreize zu bieten.

Gemäß § 65 SGB V sind die Krankenkassen oder ihre Verbände „verpflichtet eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele [...] nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen.“⁴²

3.8. Innovationsfonds nach §92a SGB V

Zur qualitativen Weiterentwicklung der Regelversorgung in der GKV gibt es seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015 das Instrument des Innovationsfonds. Die organisatorische Umsetzung des Innovationsfonds obliegt dem G-BA⁴³. Gefördert werden durch den Innovationsfond sowohl Vorhaben zu neuen Versorgungsformen als auch der Versorgungsforschung.

Vorhaben zu den neuen Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der GKV hinausgehen, werden insbesondere im Bereich der Sektorenübergreifenden Versorgung gefördert (80% der Fördersumme), die eine Versorgungsverbesserung erzielen wollen und Potenzial für die künftige Regelversorgung aufzeigen⁴⁴. „Insgesamt soll mit den Projekten eine strukturelle und prozessuale Weiterentwicklung des Gesundheitssystems verbunden sein“⁴⁵.

Projekte zu „neuen Versorgungsformen müssen auf Grundlage geltenden Rechts erbracht werden“⁴⁶. Die gesetzlichen Krankenversicherungen können sich den allgemeinen selektivvertraglichen Möglichkeiten des SGB V bedienen, insbesondere der Integrierten Versorgung nach §140a SGB V (link) und Modellvorhaben nach §§63ff. SGB V (link).

⁴⁰ §63 Abs. 1, 2 und 4 SGB V

⁴¹ §63 Abs. 3 SGB V

⁴² §65 SGB V

⁴³ Bundesministerium für Gesundheit; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/innovationsfonds.html>, Stand 26.10.2021

⁴⁴ §92a Abs. 1 SGB V

⁴⁵ G-BA; https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/244/2021-03-17_Foerderbekanntmachung_NVF_themenspezifisch_2021.pdf, S. 4, Stand: 26.10.2021

⁴⁶ G-BA; https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/244/2021-03-17_Foerderbekanntmachung_NVF_themenspezifisch_2021.pdf, S. 12, Stand: 26.10.2021

Eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung ist eine Voraussetzung für die Förderung des Vorhabens. Die Evaluierbarkeit der Maßnahme ist durch ein „tragfähiges und ergebnisorientiertes Evaluationskonzept“⁴⁷ nachzuweisen. Da die Evaluation unabhängig sein muss, wird ein externer Partner bzw. Auftragnehmer empfohlen⁴⁸. Vorhaben zur Versorgungsforschung können Fördermittel (20% der Fördersumme) aus dem Innovationsfonds erhalten, sofern deren Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der Versorgung in der GKV beitragen kann. Antragsteller können insbesondere universitäre und nicht-universitäre Forschungseinrichtungen sein⁴⁹. Der Punkt wird aufgrund der Zielgruppe nicht vertiefend behandelt.

Die Fördersumme beträgt aktuell 200 Mio. € p.a. bis 2024 und wird jeweils hälftig durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen getragen⁵⁰.

⁴⁷ G-BA; https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/244/2021-03-17_Foerderbekanntmachung_NVF_themenspezifisch_2021.pdf, S. 11, Stand: 26.10.2021

⁴⁸ G-BA; <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/249/2021-03-17-FAQ.pdf>, S. 10, Stand: 26.10.2021

⁴⁹ §92a Abs. 2 SGB V

⁵⁰ §92a Abs. 3f. SGB V

4. Gesundheitsmanagement in der PKV

4.1. Rechtliche Grundlage

Anders als die GKV verfügt die PKV bekanntlich über keine direkten Möglichkeiten, die Ausgabenentwicklung zu steuern und den Kostenanstieg im Sinne der Kunden zu begrenzen. Dies hängt damit zusammen, dass in aller Regel nicht der medizinische Leistungserbringer, sondern der Versicherte Vertragspartner des Versicherers ist, der selbst wiederum ebenfalls einen Behandlungsvertrag mit dem Leistungserbringer schließt (duales Vertragsmodell), und der Versicherer daher keinen Einfluss auf die weitgehend mengenorientierten Vergütungssysteme (gegeben i.W. durch die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZ) und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)) nehmen kann.

Ausweislich der Gesetzesbegründung⁵¹ hatte der für die Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) 2007/2008 verantwortliche Gesetzgeber bei der Aufnahme der neuen Regelung des § 192 (3) in das VVG vor Augen, diesem Mangel an Einflussmöglichkeiten des Versicherers dadurch abzuhelpfen, dass ihm die Möglichkeit gegeben wird, neben der üblichen Hauptleistung auch bestimmte, unter dem Begriff „Managed Care“ (Begriffserklärung siehe Kapitel 2.3) subsumierte Dienstleistungen als Nebenleistung anzubieten. Das Leitbild der PKV könne zukünftig nicht nur auf die reine Kostenerstattung begrenzt werden, sondern müsse den Rahmen für neue Formen und Methoden zur wirksamen Kostensteuerung bei gleichzeitigem Erhalt bzw. Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität öffnen⁵². Da die Entwicklung weiter im Fluss sei, beschreibe die Vorschrift nur die inzwischen [d.h. zum Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens] geläufigsten Nebenleistungen, die Aufzählung sei somit nicht abschließend⁵³. Während in der bisherigen Fassung des VVG in § 178b (1) nur von „sonstigen vereinbarten Leistungen“ die Rede war, erkennt der Gesetzgeber solche Angebote nun also ausdrücklich als „vertragstypische Leistungen“ an.

Die Gesetzesbegründung unterscheidet weiter zwei Hauptgruppen von Managed-Care-Maßnahmen, nämlich Leistungsmanagement und Managed-Care im engeren Sinn⁵⁴.

Unter Leistungsmanagement fällt z.B. die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder die Prüfung, ob Gebührenordnungen korrekt angewendet wurden. § 192 (3), Nr. 2-5 VVG sind dieser Gruppe zuzuordnen. Unter Managed-Care im engeren Sinn versteht der Gesetzgeber Instrumente zur Kosten- und Qualitätssteuerung, die vor oder unmittelbar bei der Erbringung medizinischer Leistungen wirken, z.B. Behandlungsprogramme bei kostenintensiven chronischen Erkrankungen (Disease Management), Case Management bei schwe-

⁵¹ vgl. Bundestagsdrucksache (BT Drs.) 16/3945

⁵² BT Drs. 16/3945, S. 55

⁵³ BT Drs. 16/3945, S. 110

⁵⁴ BT Drs. 16/3945, S. 55

ren Einzelfallerkrankungen, Prüfung von verordneten Arzneimitteln auf Kontraindikationen/Verträglichkeit, IT-basierte Kartensysteme, Netzwerke von Leistungserbringern, Rabattpartner bei Arzneimitteln, Heil-/Hilfsmitteln oder Klinikketten in der Trägerschaft von Versicherungsunternehmen. § 192 (3), Nr. 1 VVG bezieht sich auf diese Maßnahmengruppe.

Inzwischen sind die Kundenerwartungen weiter gestiegen, der Wunsch nach Information und Begleitung im Gesundheitssektor nimmt zu. Als Themenbereiche sind z.B. zu nennen: Arzt-, Apotheken- und Krankenhausauskunft, Vermittlung von Fachärzten, Zweitmeinung durch Spezialisten, Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und -förderung (z.B. Entspannungs-, Bewegungs- oder Ernährungsprogramme), Beratung über gesunde Lebensformen oder sinnvolle Behandlungsmethoden. Ziel ist dabei die Verbindung von Prävention und Versorgung⁵⁵. Insofern hat also eine Erweiterung der ursprünglichen Aufgabe von Managed Care, nämlich unmittelbar kostensenkend oder behandlungsqualitätsverbessernd zu wirken, hin zu einem umfassenderen Gesundheitsmanagement stattgefunden.

Die beschriebenen zusätzlichen Dienstleistungen sind nicht automatisch Inhalt einer Krankenversicherung. § 192 (3) VVG ermöglicht es den Krankenversicherern, mit ihren Versicherten solche zusätzlichen Leistungen zu vereinbaren – soweit sie in unmittelbarem Zusammenhang mit den klassischen Hauptleistungen stehen – und dies dann auch kalkulatorisch zu berücksichtigen. Bisher geschah dies über die Verwaltungsaufwendungen (auf der Grundlage von § 43 (3) Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung (RechVersV)) als Aufwendungen für Schadenverhütung und -bekämpfung oder Gesundheitsfürsorge zugunsten der Versicherungsnehmer. Nach einer möglichen Aufnahme in das in den allgemeinen Versicherungsbedingungen verankerte tarifliche Leistungsversprechen können diese Leistungen als Teil der originären Hauptleistung über die Kopfschäden (§ 6 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)) finanziert werden⁵⁶.

Ebenso stellt § 192 (3) VVG klar, dass es sich bei den zusätzlichen Leistungen nicht um versicherungsfremdes Geschäft i.S.d. § 15 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) handelt, wenn sie in unmittelbarem Zusammenhang zu den in § 192 (1) VVG beschriebenen vertragstypischen Leistungen stehen⁵⁷.

Der Referentenentwurf des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes sah die Ergänzung von § 192 (1) durch einen neuen Absatz 1a vor, nach dem der Versicherer Leistungen der primären Prävention und zur Förderung des „selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten“ in mit der GKV vergleichbarer Art anbieten sollte⁵⁸. Diese Ergänzung fand aber keinen Eingang in das Gesetz, da nach Auffassung der Bundesregierung PKV-Unternehmen keine Behandlungsleistungen anböten, sondern lediglich Aufwendungen im Einzelfall erstatteten. Die vor-

⁵⁵ vgl. Langheid/Wandt, Münchener Kommentar zum VVG, 2. Aufl. 2017, Rn. 91 zu § 192

⁵⁶ Langheid/Wandt VVG § 192 Rn. 92

⁵⁷ Langheid/Wandt VVG § 192 Rn. 93, 115, 116

⁵⁸ BT Drs. 18/4282, S. 61f.

geschlagene Regelung sei mit der Systematik des § 192 VVG nicht vereinbar. Darüber hinaus wäre ein Zwang zur Erbringung primärpräventiver Leistungen ein verfassungsrechtlich bedenklicher Eingriff in die Berufsausübungs- und Vertragsfreiheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen⁵⁹.

4.2. Hürden bei der Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens

In letzter Zeit haben Gesundheits-Apps und sog. Wearables eine gewisse Verbreitung gefunden, mit denen z.B. Daten zur körperlichen Aktivität ihrer Benutzer aufgezeichnet und ggf. an Versicherungsunternehmen übermittelt werden können (nicht gemeint sind hier so genannte Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), soweit sie therapeutisch oder therapieunterstützend eingesetzt werden). Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob derartige Geräte im Rahmen des Gesundheitsmanagements genutzt werden können, indem App-Nutzer Beitragsnachlässe (oder Boni) erhalten, wenn sie sich an vom Versicherer vorgegebene Regeln halten (z.B. pro Tag eine bestimmte Anzahl von Schritten gehen), und so Anreize für gesundheitsförderliches Verhalten gesetzt werden. Analoge Überlegungen sind für ähnliche Ansätze anzustellen, die ohne App auskommen, wie z.B. Boni bei nachgewiesener (aktiver) Mitgliedschaft in Sportvereinen oder Fitnessclubs.

Zumindest für die nach Art der Leben betriebene Krankenversicherung scheinen dafür jedoch sehr enge gesetzliche Grenzen gesetzt zu sein⁶⁰.

Was den Versicherungsbeitrag angeht, dürfen nach § 203 (1), (2) VVG bis auf eventuelle Risikozuschläge, die sich auf bereits zu Vertragsbeginn bestehende Erkrankungen beziehen, keine versichertenindividuellen Prämien erhoben werden; auch Beitragsanpassungen dürfen nur bei entsprechender Veränderung der kollektiven Rechnungsgrundlagen Versicherungsleistung oder Sterbewahrscheinlichkeiten durchgeführt werden.

Weiterhin trägt nach § 194 (1) VVG der Versicherer das Risiko nachträglicher Gefahrerhöhung, so dass eine risikoerhöhende Verhaltensänderung des Versicherten nicht individuell zu einer Erhöhung des Beitrags führen darf.

Schließlich ist der Gleichbehandlungsgrundsatz in § 146 (2) VAG zu beachten, nach dem Begünstigungen an einzelne Versicherte verboten sind. Ungleichbehandlungen kommen wohl nur in Frage, wenn sie „versicherungstechnisch gerechtfertigt“ sind; das bedeutet im vorliegenden Fall, dass bei App-Nutzern einem Prämiennachlass entsprechende Verringerungen der Kopfschäden gegenüberstehen müssten, was auch nachgewiesen werden müsste⁶¹.

Niedrigere Kopfschäden von App-Nutzern müssten gemäß § 6 KVAV und § 146 (1) altersabhängig auf statistisch valider Grundlage abgeleitet werden. Wenn ein sol-

⁵⁹ BT Drs. 18/4282, S. 68f.

⁶⁰ vgl. Boetius/Rogler/Schäfer, Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, 1. Auflage 2020, § 6

⁶¹ vgl. Brand/Baroch Castellvi, Versicherungsaufsichtsgesetz, 1. Auflage 2018, Rn. 46 zu § 146

cher Nachweis gelänge und App-Nutzer systematisch geringere Kopfschäden beanspruchten, müsste das zwangsläufig zu getrennten Kollektiven führen (§ 10 (1) KVAV).

Bei der Einführung eines Tarifs für App-Nutzer mit niedrigeren Kopfschäden müssten Wechsel aus Alttarifen gemäß § 204 (1) von vornherein berücksichtigt werden, so dass sich, je nach Größe der Alttarife, wenn überhaupt bereits bei der Erstkalkulation nur noch geringe Beitragsunterschiede zeigen dürften. Bei einer Verhinderung solcher Tarifwechsel durch Einschränken der Versicherungsfähigkeit auf App-Nutzer ist § 194 (1) VVG zu beachten, wonach in der Krankenversicherung die Regelungen zur nachträglichen Gefahrerhöhung nach den §§ 23 ff. VVG nicht anwendbar sind: Rechtfertigt man eine niedrigere Schadenerwartung für App-Nutzer mit dem risikosenkenden Einfluss der App-Nutzung, so stellt deren Wegfall grundsätzlich eine Gefahrerhöhung dar. Wenn in diesem Fall eine Umstellung in herkömmliche Tarife erfolgen soll, bestehen daher besondere Anforderungen an die Vertragsgestaltung (z.B. Regelungen zur Weiterführung des Vertrags sowie Ausnahmen, wenn die App aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr genutzt werden kann).

Ebenso wie eine Beitragsdifferenzierung ist auch eine Leistungsdifferenzierung innerhalb eines Tarifs nach dem Gleichbehandlungsgrundsatz nicht möglich.

Da unter „Sondervergütung“ (§ 48b VAG) insbesondere nicht im Tarif vorgesehene Leistungen fallen, scheidet eine Begünstigung von App-Nutzern innerhalb bestehender Alttarife aus, jedenfalls wenn sie nicht geringwertig i.S.v. § 48b (2) ist⁶². Bei neuen Tarifen ist das Verbot des Betriebes von versicherungsfremden Geschäften nach § 15 (1) VAG zu beachten: So trägt z.B. ein jährlicher Bonus für App-Nutzer nicht das wesentliche Merkmal einer Versicherungsleistung, nämlich mit einem ungewissen Ereignis verbunden zu sein⁶³.

Barausschüttungen von RfB-Mitteln an App-Nutzer (als Anreiz zur App-Nutzung) wären zunächst in den AVB zu regeln. Allerdings gilt auch für die Verwendung der RfB-Mittel der Gleichbehandlungsgrundsatz nach § 146 (2) VAG: Die Gewährung einer BRE aus RfB-Mitteln im Fall einer App-Nutzung wäre allenfalls dann zulässig, wenn die danach erfolgte Differenzierung nachweislich versicherungstechnisch relevant wäre; ein solcher Nachweis dürfte nur schwer zu führen sein⁶⁴.

Nach Ansicht von Boetius/Rogler/Schäfer, § 6 Rn. 20, wäre eine in den AVB eindeutig geregelte BRE für App-Nutzer zwangsläufig eine erfolgsunabhängige BRE.

⁶² BaFin https://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Merkblatt/VA/mb_201021_sonderverguetungsverbot_va.html, Stand 07.02.2021

⁶³ Boetius/Rogler/Schäfer, § 6 Rn. 19

⁶⁴ Boetius/Rogler/Schäfer, § 6 Rn. 21

4.3. Beispiele

Der moderne private Krankenversicherer ist mittlerweile nicht nur ein Kostenerstatter. Vielmehr erwarten Kunden, dass der Versicherer die Rolle eines Gesundheitsdienstleiters annimmt und sich zum „Partner for Health“ entwickelt. Um diese hohen Anforderungen der Kunden zu erfüllen, entwerfen die Krankenversicherer für ihre Kunden engmaschige und lebenslange Servicekonzepte entlang der Patient Journey. Sie beginnen bei dem Bedürfnis des Kunden, gesund zu sein und zu bleiben, über Situationen im Leben, in denen es darum geht, wieder gesund und möglichst gut versorgt zu werden bis hin zu Beratung der Angehörigen bei einem Pflegefall.

Diese Kundenbedürfnisse werden mittels verschiedener Bausteine und Werkzeuge erfüllt. Am Anfang begleiten eCoaching-Module und individuelle Präventionsprogramme den Kunden und sorgen so für die Gesunderhaltung. In der nächsten, je nach Anforderung wiederholbaren Phase stehen die Behandlung sowie nachgelagerte Gesundheitsservices im Vordergrund. Hier spielen digitale Angebote wie die eSprechstunde, eTherapie, eKostenabrechnung aber auch der Kunden- und Pflegeotse oder die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung eine Rolle. Eine beispielhafte Übersicht der von PKV angebotenen Services ist dem Anhang zu entnehmen.

Entscheidend an diesem ganzheitlichen Servicekonzept ist es, den Kunden immer entsprechend seiner aktuellen Lebenssituation optimal zu versorgen und zu betreuen. Das wird heute, durch die digitalen Wege, erst in dieser Weise möglich. Die Nachfrage nach digitalen Angeboten ist während der COVID-Pandemie noch einmal deutlich gestiegen. Aber auch davor zeigte ein Großteil der Kunden eine hohe Affinität zu digitalen Medien, insb. zur Informationsrecherche am Anfang der Patient Journey. Gerade der hohe Bedarf an Informationen, die über den ärztlichen Rat hinausgehen, fordert die Versicherer auf, sich an der Seite ihrer Kunden als Gesundheitspartner zu positionieren, um Kunden aus einer Hand mit wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten Informationen und Leistungen zu versorgen.

Neben digitalen Apps, Portalen, Online-Kursen und Webinaren bieten die Krankenversicherer ihren Kunden weitere individuelle Services, die auf analoge Weise (am Telefon, persönlich) durchgeführt werden. So können Versicherte sich rund um die Uhr von qualifizierten Ärzten und Apothekern beraten lassen. Dies ermöglicht Kunden außerhalb von Öffnungszeiten qualifizierte Hilfe und Beratung zu erhalten bzw. weite Wege zum nächsten niedergelassenen Arzt zu sparen. Auch ein telefonisches Beratungsangebot für chronisch kranke oder multimorbide Menschen hat sich bewährt, wie auch eine Hotline für Menschen, die an Krebs erkrankt sind und unter den Nebenwirkungen von Chemo- oder Strahlentherapien leiden. Bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit wird von Kunden gerne das Beratungsangebot zum barrierefreien Wohnen in Anspruch genommen, das vor Ort persönlich durch einen Gutachter durchgeführt wird. Die Trends gehen aber weiterhin in Richtung Personalisierung, Digitalisierung/Multikanal und mentale Gesundheit.

5. Nachweis des Nutzens von Präventionsmaßnahmen

5.1. Wirksamkeit als notwendige Voraussetzung für Präventionsmaßnahmen

Aufgrund der steigenden Relevanz von Prävention und Gesundheitsförderung werden die Wirksamkeit und der Nutzen von Maßnahmen vermehrt diskutiert und Wirksamkeitsnachweise oder Evaluierungen zum Nutzen von Maßnahmen gefordert. Die Wirksamkeit ist hierbei im Zusammenhang mit einer therapeutischen beziehungsweise medizinischen Sicht zu verstehen und stellt eine Grundvoraussetzung für die Durchführung einer Maßnahme und damit insbesondere einer Präventionsmaßnahme dar.

In der klassischen evidenzbasierten Medizin, z.B. bei klinischen Interventionsstudien zur Wirksamkeit einer neuen Behandlungsmethode, geht es typischerweise darum, den tatsächlichen (im Sinne von isolierten) Effekt dieser Behandlungsmethode nachzuweisen.⁶⁵ Der Kern des Wirksamkeitsbelegs ist der Nachweis einer kausalen Beziehung zwischen der Maßnahme und dem definierten Ergebnis.⁶⁶ Dabei wird zwischen der Wirksamkeit unter Studienbedingungen (efficacy) und der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness) unterschieden. Der "Goldstandard" ist dabei die randomisierte kontrollierte Studie (RTC), die zu den klinischen Interventionsstudien zählt. Es gibt auch nicht-interventionelle Studien, sogenannte Beobachtungsstudien wie z.B. Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder auch Querschnittsstudien. Neben der Wirksamkeit wird in medizinischen Studien auch die Verträglichkeit einer neuen Behandlung untersucht, um einen medizinischen Nutzen im Sinne einer Abwägung zwischen Wirksamkeit und Risiko (z.B. Nebenwirkungen) einer Behandlung abzuschätzen.

Im Gegensatz zur evidenzbasierten Medizin, deren Studien sich mit eng umgrenzten Fragestellungen befassen, ist der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung stark vom Kontext und dem Setting der Maßnahmen in sich ändernden und nicht immer determinierbaren Alltagssituationen gekennzeichnet. Gesundheitsförderungsprogramme zeichnen sich durch eine multifaktorielle Komplexität aus und lassen sich kaum in kausale Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge übersetzen.⁶⁷ Für den Nachweis einer Effektivität (effectiveness) im Bereich der Prävention werden deshalb auch andere Studiendesigns und statistische Verfahren eingesetzt. Auch wird die Evidenz zur Wirksamkeit zwar als ein wesentlicher Teil, aber nicht als das

⁶⁵ Quelle: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/wie-funktionieren-klinische-studien-6877.php> , 23.09.2021

⁶⁶ Quelle: "Wirksamkeit, Nutzen und Notwendigkeit", J. Köbberling, Wuppertal, IQWiG Herbst-Symposium, Köln, 28.11.2008

⁶⁷ Quelle: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/evidenzbasierte-gesundheitsfoerderung/> , 23.09.2021

alleinige Maß zur Bewertung von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung angesehen. Daneben werden auch Kosten, Praktikabilität und Akzeptabilität als wichtige Aspekte eines evidenzbasierten Vorgehens genannt.⁶⁸

5.2. Nutzen als hinreichendes Kriterium für Präventionsmaßnahmen in der PKV

Die (medizinische) Wirksamkeit einer Maßnahme oder einer Behandlung bildet losgelöst von der Betrachtung geeigneter Präventionsmaßnahmen grundsätzlich die notwendige Voraussetzung für die Kostenerstattung aus Sicht des Versicherers. Es stellt sich die Frage, wann die Kostenerstattung einer präventiven Behandlung oder Maßnahme vereinbart werden kann, wenn deren Wirksamkeit als wissenschaftlich erwiesen gilt. In diesem Fall erscheint es sinnvoll, einen hinreichenden Nutzen zu definieren, durch dessen Erfüllung eine Maßnahme oder Behandlung in die Kostenerstattung aufgenommen werden kann. Nach § 192 (1) VVG lässt sich der definierte Nutzen im Falle medizinisch notwendiger Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen direkt am Begriff der Heilbehandlung ablesen. Der hinreichende Nutzen ist in diesem Fall definiert als die Heilung oder Linderung von Krankheit oder Unfallfolgen und damit die Steigerung des individuellen Wohlbefindens der versicherten Person. Bei dieser Betrachtung einer üblichen Hauptleistung privater Krankenversicherer stellt sich im Hinblick auf Präventionsmaßnahmen die Frage, welcher Nutzen durch die Erstattung einer wirksamen Präventionsmaßnahme generiert werden darf und welche Möglichkeiten sich daraus für die Vertragsgestaltung von Krankenversicherungsprodukten beim Thema Prävention ergeben. Die Herleitung eines Nutzens in diesem Fall ist durch die aktuell bestehende Rechtslage nicht zweifelsfrei gedeckt. Mögliche Nutzendefinitionen, die eine Kostenerstattung rechtfertigen können, seien aus diesem Grund an dieser Stelle exemplarisch als Anregung genannt:

- Nutzen aus Sicht des Versicherten/ des Patienten: z.B. Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens
- Nutzen aus Sicht des Versichertenkollektivs: z.B. Verringerung der Leistungsausgaben
- Nutzen aus gesellschaftlicher Sicht: z.B. verringerte AU-Tage, Erhöhung der DALYs (Disability-Adjusted Life Years) bzw. QALYs (Quality-Adjusted Life Years), etc.
- Nutzen aus der Kostenträgersicht: z.B. ökonomisch, Kundenbindung, Nachhaltigkeit, Effizienz

⁶⁸ Quelle: EVIDENZBASIERTE PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG, Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), BZgA-Memorandum / November 2020

5.3. Im Nutznachweis zu betrachtende Größen

Beim Einsatz einer wirksamen Präventionsmaßnahme ist davon auszugehen, dass für deren Wirksamkeit ein entsprechender Nachweis bereits vorliegt. Grundsätzlich ist daher im Hinblick auf die Sicherstellung der Wirksamkeit aus Sicht des Versicherers die richtige Umsetzung der Präventionsmaßnahme zu gewährleisten.

Ein Nutznachweis von Präventionsmaßnahmen innerhalb eines einzelnen Versicherungsunternehmens ist in Abhängigkeit des gewünschten Nutzens als Zielgröße mit gewissen Herausforderungen verbunden. Grundsätzlich lassen sich jedoch für jeden Nutzen einige Größen definieren, die bei jeder Art von Nutznachweis Beachtung finden sollten:

- Messbarkeit des Nutzens: Ob es sich um telefonische Services, DiGAs oder Disease-Management-Programme handelt – der bewertete Nutzen einer Präventionsmaßnahme muss (annähernd) kardinalskaliert sein. Denkbare Zielgrößen wären klinische Parameter (natürliche Einheiten wie z.B. mm Hg, Lebensjahre, Anzahl vermiedener Operationen etc.), künstliche Scalen (z.B. Kombination aus Lebensdauer und Lebensqualität wie QALY bzw. DALY) oder monetär ausgedrückter Nutzen (z.B. Verminderung der Leistungsausgaben des Versicherers in EUR). Dabei handelt es sich meistens um Effekte, die unmittelbar nach der Durchführung von Präventionsmaßnahmen beobachtet werden können. Es ist oft schwierig mittel- bzw. langfristige Effekte wie neues Wissen, mehr Kompetenzen, veränderte Verhältnisse, verändertes Gesundheitsverhalten und den damit verbundenen Nutzen zu messen, weil es um Verhaltensänderungen geht, die oft über mehrere Tarifgenerationen passieren und sich nicht von heute auf morgen einstellen.
- Wahl der Zielgruppe bzw. des Teilnehmerkreises: Die Evaluierung der Präventionsmaßnahme erfolgt meistens mittels Bildung zweier Kollektive (Interventions- und Kontrollgruppe), die miteinander verglichen werden. Die Kollektive müssen gut durchmischt sein und den vorhandenen Kundenbestand annähernd repräsentieren. Die Kollektive sollen auch einen möglichst großen Umfang haben, um später nach Anwendung statistischer Methoden statistisch signifikante Ergebnisse liefern zu können. Dennoch soll beachtet werden, dass die Ergebnisse von Präventionsmaßnahmen sich nicht ohne Weiteres verallgemeinern lassen. Eine andere Zielgruppe, eine andere Projektleitung, ein anderer Dienstleister, der den Service anbietet, können dazu führen, dass die Wirkung anders ausfällt als erwartet.
- Vermeidung von Bias: Bei der Auswahl der zu vergleichenden Kollektive soll eine systematische Verzerrung möglichst vermieden werden. So können z.B. Voll- und Zusatzversicherte Kunden systematische Unterschiede in Leistungserstattung und -umfang zeigen, die zu einem Selection Bias führen können. Bei den Services, die von einem Dienstleister durchgeführt werden, ist das Risiko eines Performance Bias gering. Dagegen können große Unter-

schiede in der Qualität und Form von Leistungen vorliegen, wenn die Leistungen von regionalen Anbietern erbracht werden. Oft verfügen die Versicherungsunternehmen über mehrere Hotlines an verschiedenen Standorten, die systematische Unterschiede in der Erhebung, Erinnerung, Dokumentation und Handhabung von Informationen zeigen. Dies könnte zum Information Bias führen.

5.4. Beispiele für Nutznachweise

Sinnvolle Nutznachweise sind grundsätzlich in Abhängigkeit des gewählten Nutzens als Zielgröße zu erstellen. Hierzu können beispielsweise gesundheitsökonomische Evaluationen in ihren verschiedenen Ausprägungen als Mittel herangezogen werden.

Die gesundheitsökonomische Evaluation, mit deren Hilfe sich auch Erfolg einer präventiven Maßnahme beurteilen lässt, stellt eine vergleichende Analyse von zwei Handlungsalternativen in Bezug auf ihre Kosten und ihre Konsequenzen dar (Drummond et al. 1987).

In der Darstellung der Kosten gibt es i.d.R. keinen grundsätzlichen Unterschied, da die entstehenden Beträge in monetären Einheiten (z.B. EUR) erfasst werden. Bei den Evaluationen, die explizit aus einer spezifischen Perspektive heraus durchgeführt werden, z.B. im Auftrag einer Krankenversicherung, werden dann nur solche Kosten berücksichtigt, die durch den Krankenversicherer getragen werden müssen. Andere Kosten, wie z.B. Selbstbehalte des Versicherten im Tarif, werden dabei nicht berücksichtigt.

Bei den Konsequenzen einer präventiven Maßnahme handelt es sich meistens um einen Mehrwert, der durch die Maßnahme bzw. Prävention entsteht (s. 5.2). Der Mehrwert lässt sich meistens durch:

- klinische Parameter (messbare Größen, wie z.B. Blutdruck);
- Nutzwerte (Kombination aus Lebensdauer und Lebensqualität, z.B. QALY, DALY);
- Nutzen (finanziellen Gegenwert bestimmter Auswirkungen der Maßnahme)

ausdrücken.

Die gewählte Art des Mehrwertes hängt eng mit dem Studientyp der Evaluation zusammen. Im Bereich der Gesundheitsökonomie lassen sich vier verschiedene Studientypen unterscheiden:

- Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization-Analysis, CMA)
- Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness-Analysis, CEA)
- Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility-Analysis, CUA)
- Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit-Analysis, CBA)

Die Kosten-Minimierungs-Analyse setzt gleiche Wirksamkeit der bewerteten Alternativen voraus. Damit stellt diese Methode einen reinen Kostenvergleich dar. In

der Realität weisen viele Maßnahmen zwar ähnliche erwünschte Wirkungen, aber ein unterschiedliches Nebenwirkungsprofil bzw. Nachteile auf. Daher sind die Ergebnisse einer Kosten-Minimierungs-Analyse immer mit Vorsicht zu genießen. Da es sich bei der Prävention meistens um einen gesundheitlichen Mehrwert für Versicherte handelt, der durch die Maßnahme erzielt wird, findet diese Methode bei der Evaluation der Präventionsmaßnahme i.d.R. keine Anwendung.

Die Kosten-Effektivitäts-Analyse ist die am häufigsten eingesetzte Analyseform im Gesundheitswesen. Dabei wird die Wirksamkeit in „natürlichen“ Einheiten gemessen, also solchen Parametern, die beobachtbar oder messbar sind. So werden z.B. die Blutdrucksenkung in mm Hg und Beschwerdefreiheit in Tagen erfasst.

Bei der Kosten-Nutzwert-Analyse werden Wirkungen von Krankheit und gesundheitsbezogenen Maßnahmen auf Lebensqualität und Lebenslänge in einem „virtuellen“, d.h. nicht real existierenden Nutzenmaß zusammengefasst, dem qualitätsadjustierten Lebensjahr (QALY). Ein QALY entspricht einem Jahr, das in vollständiger Gesundheit verbracht wird. Anhand des Kosten/QALY-Quotienten können völlig unterschiedliche Maßnahmen miteinander verglichen werden.

Bei der Kosten-Nutzen-Analyse werden sowohl die Kosten als auch der Impact in geldwerten Einheiten ausgedrückt. Somit werden alle gesundheitlichen Aspekte, aber auch die Todesfälle monetär betrachtet. Diese Methode ist die Einzige, welche die Betrachtung eines „Netto-Nutzens“ ermöglicht, der eine Differenz zwischen dem Nutzen (z.B. in EUR) und den Kosten (ebenfalls in EUR) darstellt.

6. Use Cases für aktuarielle Anwendungsfelder

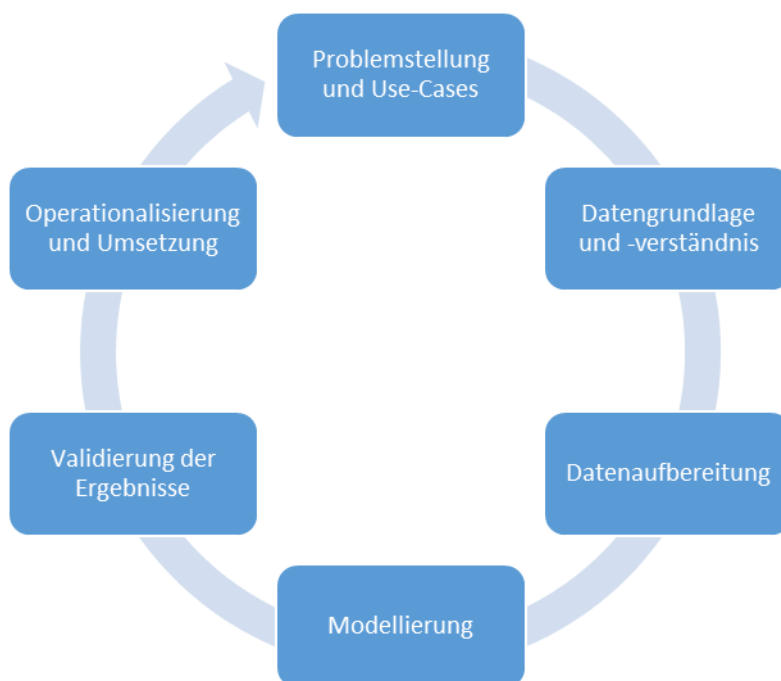
Im Folgenden wird anhand von zwei konkreten Use Cases beschrieben, wie mit Mitteln von Data Analytics Gesundheitsmanagement unterstützt werden kann, insbesondere wenn für bestimmte Präventionsangebote geeignete Versicherte identifiziert werden sollen. Dabei stellt der erste Use Case ein Beispiel aus dem Bereich der primären, der zweite eines aus dem Bereich der tertiären Prävention dar.

Nicht weiter thematisiert werden hier die Fragen des Datenschutzes, die natürlich für diese Anwendungsfelder eine große Relevanz haben.

Grundsätzlich sind bei der Nutzung von personenbezogenen Daten die Vorgaben zum Datenschutz zu beachten, die zum Beispiel im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt sind.

Sobald es gelungen ist, die relevanten rechtlichen Fragen zu beantworten, ein geeignetes Modell zu einer Präventionsmaßnahme zu entwickeln und dieses im Ergebnis die Basis für einen positiven Business Case liefert, kann das Präventionsangebot realisiert werden.

Bei Data-Analytics-Projekten hat sich ein iteratives Vorgehen etabliert, bei denen je nach Bedarf in vorherige Projektschritte zurückgegangen wird.



6.1. Use Case „Strategische Gesundheitsanalyse“

Beim Use Case „Strategische Gesundheitsanalyse“ wird die allgemeine Fragestellung untersucht, ob Modelle der Data Science im Feld der (Primär-) Prävention methodisch einen sinnvollen Platz einnehmen können.

Konkret erfolgt dies anhand der Zielsetzung, für Maßnahmen der Primärprävention ein Prognosemodell für das künftige Auftreten bestimmter Krankheiten zu entwickeln. Zunächst war das zu prognostizierende Krankheitsbild zu definieren, wobei einige Nebenbedingungen zu beachten sind: zum einen muss es eine relativ häufige Krankheit sein, damit statistische Methoden wie Machine Learning überhaupt funktionieren können. Außerdem hilft eine größere Menge (potenziell) Betroffener bei der Auswahl und auch bei der Kontrolle der Wirksamkeit von Maßnahmen. Als naheliegende Erfolgsgröße wurden die Leistungskosten, die idealerweise durch Präventionsmaßnahmen eingespart werden können, definiert, da diese quantifizierbar sind und daher verhältnismäßig einfach für eine Evaluierung genutzt werden können. Der Effekt einer größeren Kundenzufriedenheit durch bessere Lebensqualität spielte hier nur eine Nebenrolle.

Um Leistungskosten einsparen zu können, war also die zweite Anforderung an das Krankheitsbild das Entstehen maßgeblicher Behandlungskosten. Letztes Kriterium war die Verfügbarkeit von Präventionsmaßnahmen, um aus den Modellerkenntnissen auch valide Handlungsideen generieren zu können.

Da das zu erstellende Modell möglichst agnostisch bzgl. der zu prognostizierenden Krankheit sein sollte, war es naheliegend, gleichzeitig mehrere Krankheitsbilder zu betrachten und dann mit demjenigen fortzufahren, für das das Modell die besten Vorhersageergebnisse liefert. Dies waren die Krankheitsbilder Diabetes Typ 2, COPD, orthopädische und psychische Leiden. Letzten Endes zeigte sich, dass das Modell am besten mit Diabetes zurechtkam, so dass sich auf dieses Krankheitsbild beschränkt wurde.

Dem Modell lag die Idee zugrunde, auf der Basis der Krankheitsgeschichte eine Prognose für das zukünftige Auftreten von Krankheiten treffen zu können. Daher wurde ein technisch relativ einfacher Ansatz in Form eines rekurrenten neuronalen Netzes gewählt. Die Krankheitsgeschichte wurde zu diesem Zweck ausschließlich durch die Diagnosen (ICD10-codiert) und den Terminen der Diagnosestellung abgebildet (die technischen Schwierigkeiten bei der Bestimmung dieser Termine seien hier nicht weiter betrachtet). Die „Rekurrenz“ des Netzes bedeutet, dass die Zellen des Netzes ein „Gedächtnis“ in dem Sinne haben, dass bei der Verarbeitung von Diagnosen das „Wissen“ um die zuvor aufgetretenen Diagnosen ebenfalls in den Lernprozess einfließt. Solche Netze sind somit hervorragend geeignet, auf Zeitreihen zu trainieren. Weitere Informationen wurden für das Modell nicht genutzt. Natürlich sind hier vielfältige Erweiterungen vorstellbar, zum einen medizinische Informationen wie beispielsweise GOÄ-Ziffern betreffend, zum anderen aber auch allgemeinere Informationen wie Alter, Geschlecht, regionale Herkunft, etc.

Bei der Definition des Prognosemodells waren noch einige weitere Festlegungen zu treffen, z. B.:

- zeitliche Auflösung der Diagnosen (z. B. monatsweise, vierteljährlich, etc.)
- Vorhersagehorizont (innerhalb welches Zeitraums soll die erstmalige Diagnose vom Modell vorhergesagt werden?). Der Vorhersagehorizont muss zumindest so groß sein, dass die Möglichkeit für das Wirken von Präventionsmaßnahmen besteht.
- „Karenzzeit“, d. h. welche Zeit bis zur Erstdiagnose muss mindestens vergehen, damit das Modell eine positive Prognose trifft. Eine Karenzzeit ist ebenfalls sinnvoll, um den Präventionsmaßnahmen Zeit zum Wirken zu geben (das Modell ist praktisch nicht brauchbar, wenn es perfekte Vorhersagen für das Auftreten einer Krankheit innerhalb eines extrem kurzen Zeitpunktes treffen kann, aber keine längeren Prognosen ermöglicht)

Auch wenn das Modell eine binäre Klassifikation liefern soll (Krankheit tritt innerhalb des Vorhersagehorizonts aber nach der Karenzzeit erstmalig auf), ist der Output des Modells doch eine numerische Größe, die eine Art Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des gewünschten Ereignisses darstellt, d. h. das Modell liefert eine Schar von Prognosemodellen, wobei die Gesamtheit aller durch Variation der Schwellenwerte gewonnenen Modelle durch die sog. ROC-Kurve („receiver operating characteristic“-Kurve) beschrieben wird.

Durch Festlegung eines Wertes als Schwellenwert erhält man einen binären Klassifikator, dessen Eigenschaften durch die sogenannte „Konfusionsmatrix“ beschrieben werden:

		Vorhersage	
		Positiv	Negativ
Ist	Positiv	tp	fn
	Negativ	fp	tn

Hierbei stehen die Treffer des Modells, d. h. die korrekten Prognosen, auf der Gegendiagonale und werden mit tp (true positive) und tn (true negative) bezeichnet. Die Fehler des Modells stehen auf der Diagonale und werden analog mit fp und fn bezeichnet. Für das Vorhersagemodell ist der sogenannte „Lift“ eine interessante Kenngröße, die ein Maß dafür darstellt, wie das Prognosemodell die zu erwartenden Fälle „verdichtet“. Hierzu wird die Konfusionsmatrix eines fiktiven Prognosemodells betrachtet:

		Vorhersage	
		Positiv	Negativ
Ist	Positiv	49	198
	Negativ	967	78.675

Zunächst fällt auf, dass, wie bei Krankheiten häufig, ein recht geringer Anteil der betrachteten Fälle tatsächlich positiv ist, im Beispiel sind es $(49 + 198) / (49 + 198 + 967 + 78.675) = 0,31 \%$. Betrachtet man hingegen die Teilmenge der Fälle, die das Modell als positiv prognostiziert, ergibt sich stattdessen ein Anteil von $49 / (49 + 967) = 4,82 \%$. Das Verhältnis dieser beiden Quoten wird als der Lift bezeichnet und beträgt in unserem Beispiel knapp 15,6. Aufgrund der niedrigen Inzidenzen wird jedes noch so gute Vorhersagemodell stets einen hohen Anteil falsch negativer Prognosen liefern. Für Präventionsmaßnahmen ist es aber hilfreich, wenn der Anteil der echt positiven Fälle in der Auswahl, die man trifft, größer ist als der Anteil in der Grundgesamtheit. Diese Verbesserung wird gerade durch den Lift quantifiziert.

Die Eigenschaft des Modells, eine Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der gesuchten Krankheit zu berechnen führt dazu, dass ein solches Modell beliebig viele Prädiktionsmodelle liefern kann, da jede Wahl eines Schwellenwertes ein eigenes Modell beschreibt. So kann z. B. ein niedrigerer Schwellenwert für günstige aber weniger wirksame Maßnahmen, wie z. B. ein Flyer zum Thema Ernährung, und ein höherer (mit einem höheren Lift) für teurere, aber auch wirksamere Maßnahmen, wie z. B. eine persönliche Beratung, gewählt werden.

Die Entscheidung für das finale Modell hängt also wesentlich von den gewählten Präventionsmaßnahmen ab, wobei es sinnvoll sein kann, zu Beginn des Projektes mehrere Maßnahmen zur Auswahl zu haben, um diejenige wählen zu können, die optimal zum Modell passt. Hierfür wurde für die Strategische Gesundheitsanalyse ein simples Business Case-Modell gerechnet, welches die Präventionskosten, die erwarteten Krankheitskosten nach Auftreten der Krankheit, die Wirksamkeit der Präventionsmaßnahme sowie eine Teilnahmequote an dem Präventionsprogramm berücksichtigt. Hiermit lässt sich dann das für diese Annahmen optimale Modell (d. h. der optimale Schwellenwert) finden, das den größtmöglichen Nutzen aus der Präventionsmaßnahme verspricht. Natürlich wird die Bewertung schwieriger, sobald nicht monetäre Aspekte ebenfalls Berücksichtigung finden sollen, ein analoges Vorgehen sollte aber auch hier möglich sein.

Schlussendlich ist es sinnvoll, nach der Implementierung von Präventionsmaßnahmen ein Controlling auf den Nutzen der Maßnahmen aufzusetzen. Hierbei wird man sicherlich zunächst auf die ursprünglich intendierten Effekte gemäß Business Case schauen, sollte sicherlich auch für nicht erwartete Effekte offen sein. Für das Maßnahmencontrolling gibt es verschiedene etablierte Verfahren, bewährt hat sich in der Praxis das Propensity Score Matching-Verfahren

(PSM). Eine Beschreibung des Propensity Score Matching-Verfahrens ist beispielsweise in Ausgabe 39 des „Aktuar Aktuell“ zu finden.

6.2. Use Case „Vorhersage von AU-Dauern“

Der hier dargestellte Use Case „Vorhersage von Arbeitsunfähigkeitsdauern“ für Versicherte mit Krankentagegeld ist eine Kurzfassung eines Projektes des AG Big Data des DAV-Ausschusses Krankenversicherung.

Im Rahmen dieses Ergebnisberichts stellt der Use Case ein weiteres Beispiel für den Einsatz von Data Analytics im Bereich des Gesundheitsmanagements dar und zwar konkret im Bereich der tertiären Prävention.

Die konkret bearbeitete Aufgabenstellung lautet: *"Schätze in einem neuen Leistungsfall in einem Krankentagegeldtarif mit 42 Tagen Karenzzeit anhand der vorliegenden gesamten Leistungshistorie der versicherten Person prädiktiv die Dauer der Leistungsanspruchnahme."*

Im Ergebnis dessen sind Maßnahmen des Leistungsmanagements denkbar wie die fallbezogene Begleitung und Optimierung der medizinisch notwendigen Behandlung. Neben einer Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen kann dies die Dauern der Leistungsanspruchnahme verkürzen und damit Leistungsausgaben vermindern. Konkret könnte zum Beispiel bei einer psychischen Erkrankung mit einer hohen prognostizierten Leistungsdauer die Wartezeit auf einen Therapieplatz verkürzt werden, indem Alternativen aufgezeigt werden.

Datengrundlage und -verständnis

Ausgangsbasis für den Analysedatensatz waren Versicherte in Krankentagegeldtarifen mit 42 Tagen Karenzzeit. Außerdem wurde festgelegt, dass für die versicherte Person mindestens ein Leistungsfall mit mindestens einem Leistungstag vorliegen muss. Voraussetzung für die Prognose der Arbeitsunfähigkeitsdauer ist eine aussagefähige Leistungshistorie. Die Analyse basiert deshalb auf krankheitskostenvollversicherten Personen. Die Leistungshistorie wird in einem Zeitraum von 3 Jahren (3*365 Tagen) vor dem ersten Leistungstag eines Leistungsfalls untersucht. Die versicherte Person war mindestens in diesem Zeitraum durchgängig krankheitskostenvollversichert und die stationären Regelleistungen waren nicht durch Anwartschaft o.ä. ruhend. Die versicherte Person muss zu Beginn der untersuchten Leistungshistorie nach Kalenderjahren mindestens 18 Jahre alt sein.

Im Detail waren weitere Frage zu klären, so z.B. wie eine AU-Episode (ein zusammenhängender Fall von Arbeitsunfähigkeit) in den Daten identifiziert werden kann, wie zusammenhängende AU-Fälle voneinander abgegrenzt werden können und die Wahl des Beobachtungszeitraums. Letzterer dient anschließend zur Bestimmung der Zielgröße der AU-Dauer.

Datenaufbereitung

Für den Analysedatensatz sind die relevanten Daten aus den verschiedenen Quellen (Bestand, Leistung, Extern) zusammenzutragen und qualitätssichernd.

Zur Verbesserung der Prognosekraft werden bei der Datenaufbereitung mittels Feature-Engineering weitere prädiktive Merkmale abgeleitet. Das Feature-Engineering ist oftmals ein iterativer Prozess – so werden im Zusammenhang mit der Auswahl der Modellierungsverfahren aber auch beim Modelltraining selbst die Prädiktorvariablen angepasst und optimiert.

Der verwendete Datensatz für die AU-Prognose wird grundsätzlich wie folgt abgegrenzt: Eine Zeile entspricht einem Leistungsfall im Krankentagegeld mit 42 Tagen Karenzzeit (KT42) und wird gekennzeichnet durch

- eine anonyme Personen-ID,
- eine ID für die versicherten KT42-Tarife,
- die zusammenhängenden Leistungstage in den KT42-Tarifen,
- Stichtag des AU-Falles = Kalenderdatum des ersten Leistungstags im KT42.

Die Berechnung von Prädiktoren erfolgt pro Zeile (= Fall).

Für die Vorhersage der AU-Dauer sind verschiedene Daten als Prädiktoren potenziell relevant. Personenbezogene Daten sind zum Beispiel Geschlecht, Geburtsdatum, ausgeübter Beruf oder Wohnort. Wesentliche Daten zum Versicherungsschutz sind der Krankentagegeldtarif mit der versicherten Tagegeldhöhe, die Krankheitskostenvollversicherungstarife sowie nähere Informationen zu den Beiträgen. Bei den Leistungen sind die Diagnosen, Leistungsarten, Leistungszeiträume und Leistungserbringer von Interesse. Beim Feature-Engineering kamen als grundsätzliche Aufbereitungsverfahren die Behandlung von missing values, Clustering und Dichotomisierung von Prädiktoren und die Behandlung von Ausreißern zur Anwendung.

Modellierung

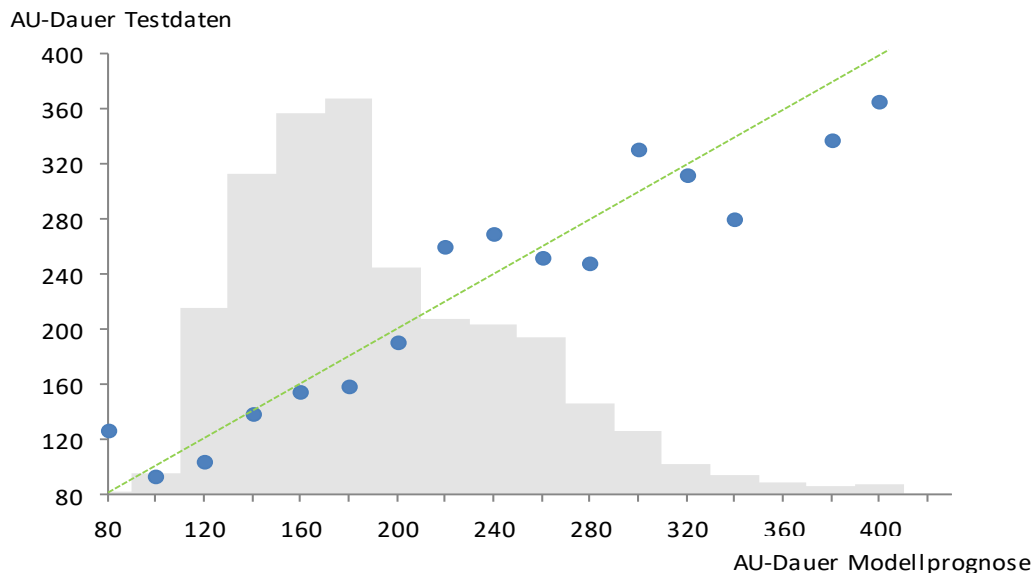
Zur Vorhersage der AU-Dauer bei Eintritt wurden sowohl klassisch statistische Methoden (z.B. GLM oder GAM) als auch Machine-Learning-Verfahren (z.B. Random Forests oder Gradient-Boosting-Verfahren) genutzt, um verschiedene Ansätze zu testen und Erfahrungen zu sammeln. Zunächst wurden dabei Modellierungsverfahren betrachtet, die für die Vorhersage einer metrischen Größe (Falldauer) geeignet sind. Im Verlauf des Projekts sind dann aber auch Klassifikationsverfahren (Falldauer kurz / mittel / lang) zum Einsatz gekommen. Eine Übersicht der von verschiedenen Mitgliedern der Arbeitsgruppe mit dem frei verfügbaren Statistikprogramm R konkret verwendeten Methoden und Parameter findet sich im Anhang B des vollständigen Ergebnisberichts.

Validierung

Zu jedem Data-Analytics-Projekt gehört die Validierung der Prognoseergebnisse. Dazu ist der Datensatz in Trainings- und Teststichprobe zu teilen. Das Modell wird an den Trainingsdaten „trainiert“, also angepasst. Die Prognosegüte wird dann auf Basis der Testdaten bewertet. Werden die Testdaten für die Modelloptimierung verwendet (beispielsweise für das Zurückschneiden eines Entscheidungsbaumes)

sind sie nicht mehr für eine abschließende, neutrale Bewertung geeignet. Ein besserer Weg für die Modelloptimierung ist die Kreuzvalidierung.

Zur vertieften Validierung der Modellierungsprognosen kann auch eine Visualisierung hilfreich sein:



Die Testfallmenge wird in Gruppen ihrer prognostizierten AU-Dauern gefasst. Das grau gefärbte Balkendiagramm zeigt die Verteilung dieser Prognosen auf. Das liefert bereits ein gutes Gefühl für die Spreizungskraft des Modells. In den jeweiligen Prognosegruppen wird dann die wahre durchschnittliche AU-Dauer ermittelt und als Punktediagramm dargestellt (blaue Punkte). Im Idealfall verlaufen alle Punkte entlang der Winkelhalbierenden (grüne Linie). Abweichungen davon können zufällig sein oder noch systematische Schwächen des Modells aufzeigen.

Bei metrischen Zielgrößen sind die Wurzel der mittleren Fehlerquadratsumme (RMSE) sowie der mittlere absolute prozentuale Fehler (MAPE) wichtige und anschauliche Gütemaße.

$$MAPE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left| \frac{x_i \text{ tatsächlich} - x_i \text{ prognostiziert}}{x_i \text{ tatsächlich}} \right|$$

Üblicherweise wird mittels eines in Hinblick auf den MAPE optimierten Verfahrens die Mehrzahl der Fälle treffender prognostiziert, allerdings kann bei stark rechtsschiefen Verteilungen der Mittelwert dabei erheblich unterschätzt werden. Der RMSE hat den Vorteil der Erwartungstreue (sofern die Zielgröße nicht beispielweise logarithmiert wurde).

Ein verbreitetes Gütemaß für die binäre Klassifikation ist der AUC-Wert ("Area under ROC-Curve"). Hier wird die Sensitivität (Anteil "Richtig-Positiv") gegen den Anteil "Falsch-Positiv" aufgetragen und die Fläche unter der Kurve ermittelt. Der AUC-Wert beträgt mindestens 0,5 (reiner Zufall) und höchstens 1,0 (perfekte Klassifikation). Eine etwas andere Betrachtung ist der Gini-Index, der sich sehr

einfach aus dem AUC-Wert berechnen lässt ($= 2 * AUC - 1$). Für nicht zu seltene Ereignisse ist auch die sehr anschauliche Fehlklassifikationsrate in einer Konfusionsmatrix aussagefähig.

Ergebnisse und Bewertung der Vorhersage

Aufgrund der individuellen Modellierung der Arbeitsgruppen-Mitglieder auf den jeweiligen Unternehmensdaten mit unterschiedlicher Bestandsgröße und -zusammensetzung waren die einzelnen Modellierungsergebnisse nicht direkt miteinander vergleichbar. Insgesamt konnten im Projekt auf den verwendeten Datensätzen die Machine-Learning-Verfahren den Mittelwert-Schätzer in den Gütemaßen nicht signifikant überbieten. Als bester Wert wurde ein MAPE von 0,8 erzielt, bei anderen Arbeitsgruppen-Mitgliedern lag der MAPE auch über 3. Daher wurde in der Folge auch das Klassifizierungs-Problem (Lang vs. Kurz) analysiert. Hier konnte mit Boosting und Random Forest eine etwas bessere Prognosekraft als durch ein zufälliges Vorhersagemodell (d.h. ROC/AUC größer 0,5) erzielt werden.

Grundsätzlich ist es schwierig, Modellierungsergebnisse zu validieren ohne den konkreten Use-Case zu berücksichtigen. Je nach Aufgabenstellung ist die Fehlprognose einer "kurzen" AU als "lange" AU bedeutsam, die umgekehrte Fehlprognose einer "langen" AU als "kurze" jedoch nicht. In diesem Fall ist weder der MAPE noch der ROC/AUC-Wert ein geeignetes Gütemaß – in Frage käme hier zum Beispiel der Anteil der kurz laufenden AU in der Menge der gemäß Prognose 5% der Fälle mit den höchsten erwarteten AU-Dauern. Durch die Wahl eines anderen Gütemaßes ergibt sich im Allgemeinen ein anderes Prognosemodell.

Zu den einflussreichsten Variablen bei den Modellierungen zur Vorhersage der AU-Dauer zählten die Diagnosen der AU-Bescheinigung (AU-auslösende Diagnose) sowie die ambulante/stationäre Leistungshöhe zeitnah vor AU-Beginn (d.h. im Quartal vorher).

Weitere "Lessons learned" waren:

- Bei der Auswahl der Analyseaufgabe hatte man sich davon leiten lassen, dass sich Arbeitsunfähigkeit einfach abgrenzen lässt und man typische Probleme wie bei der Abgrenzung von Erkrankungen vermeidet. Erst mit tiefergehender Beschäftigung der Datengrundlage sind die vielfältigen Probleme der Abgrenzung der Falldauer erkannt worden.
- Die Wahl der Krankentagegeldtarife mit 42 Tagen Karenzzeit war der ausreichend großen Masse dieser Tarifgruppe geschuldet. In den Modellierungen wurde entsprechend für KT42-Tarife bei Leistungseintritt die Leistungsdauer (nach 42 Tagen Karenzzeit) geschätzt. Dies geht damit einher, dass – obwohl eine längere Erkrankungsepisode von zum Beispiel 40 Tagen Arbeitsunfähigkeit vorliegt – keine Leistung im KT42 anfällt, für Erkrankungen mit zum Beispiel 45 Tagen Arbeitsunfähigkeit aber sehr wohl. Dies wird als wesentliche Ursache für die unbefriedigende Trefferquote in den Modellierungsergebnissen bei den kurzen AU-Dauern (und gute Trefferquote bei langen AU-Dauern) vermutet.

- In der aktuariellen Praxis wird nicht unbedingt mit den verschiedenen zur Arbeitsunfähigkeit vorhandenen Daten detailliert gearbeitet. Auch waren die Datenfeldbeschreibungen in den Unternehmen nicht immer verlässlich. Es sollten prinzipiell die Experten aus den entsprechenden Gebieten, hier aus den Leistungsabteilungen, hinzugezogen werden.
- Die im Musterdatensatz aufgeführten Prädiktoren waren nicht für alle Arbeitsgruppen-Mitglieder gleichermaßen in ihren eigenen Datensätzen realisierbar wegen fehlender Speicherung oder Abrufbarkeit der Daten im jeweiligen Unternehmen. In Bezug auf Data Analytics ist es essentiell, dass in den Unternehmen relevante Informationen systematisch so gespeichert werden, dass später auf diese Daten zurückgegriffen werden kann.
- Für die operative Anwendung der Modellierungsergebnisse ist abzuklären, welche Daten im Prozessschritt der Anwendung verfügbar sind, damit das Vorhersagemodell passt. Insbesondere der Prädiktor "AU-auslösende Diagnose" ist eine für die Vorhersage einflussreiche Variable, die aber gegebenenfalls in der PKV im Einreichungsprozess erst zu einem späteren Zeitpunkt verfügbar ist.
- Je nach Use Case kann es vorteilhaft sein, ein "beschreibendes" Verfahren bei der Modellierung zu verwenden, so dass die für die Prognose relevanten Prädiktoren identifiziert und ihr Einfluss quantifiziert werden können.
- Zur Verbesserung der Prognosekraft der Modellierung könnten noch weitere Ansätze im Feature-Engineering / Modellansatz ausprobiert werden, wie z.B. die bessere Ausnutzung der Diagnoseinformationen durch eine auf die Aufgabenstellung spezifisch angepasste Clusterung des ICD (zum Beispiel hierarchisch).

7. Überlegungen zu einer möglichen Erweiterung des Leistungsspektrums der PKV um primäre Prävention

Im Folgenden werden Fragestellungen und Gedanken dargestellt, die im Zusammenhang mit einer möglichen Erweiterung des Leistungsspektrums der PKV von Bedeutung sein können.

Tarifliche Aspekte

- Die Erweiterung des Leistungsspektrums der PKV um Prävention und Gesundheitsförderung sollte nicht dazu führen, dass neue Tarife eingeführt werden müssen. Der Altbestand sollte grundsätzlich auch in bestehenden Tarifen von Prävention und Gesundheitsförderung profitieren können, das wäre im Sinne der nationalen Gesundheitsziele.
- Bei der Umsetzung von Präventionsleistungen für bestehende Tarife sollten Wettbewerbsaspekte ausreichend berücksichtigt werden.
- Die Beschreibung der Leistungsinhalte gegenüber den Versicherten sollte ausreichend Flexibilität besitzen, um zukünftige Entwicklungen oder Möglichkeiten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung besser berücksichtigen zu können.

Nutzennachweis

- Ein quantitativer Nutzennachweis (Kosteneinsparungen, Gesundheitszustand, Wohlbefinden) für alle angebotenen Maßnahmen durch das Versicherungsunternehmen wird wegen der komplexen Anforderungen an einen solchen Nachweis (vgl. Kap. 5 Nachweis des Nutzens von Präventionsmaßnahmen) und auf Grund der Vielzahl der Maßnahmen in der Regel nicht möglich sein.
- Präventionsmaßnahmen, die zum Leistungsspektrum der PKV gehören, sollten angemessene Qualitätsstandards erfüllen, damit z.B. eine Abgrenzung zu Wellnessangeboten und werberischen Maßnahmen gegeben ist. Hier könnte ein Zertifizierungsverfahren ähnlich dem der GKV geeignet sein.

Begrenzung der Leistungsausgaben

- Für Präventionsleistungen gibt es kein entsprechendes Gegenstück zur Diagnose eines Arztes, z.B. bei einer Erkrankung, mit der die Versicherungsleistungen begründet sind. Insofern sind Anforderungen an die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen erforderlich, damit diese Leistung nicht in Übermaß oder ungerechtfertigt genutzt wird.
- Eine Mindestanforderung an zu finanzierende Maßnahmen der Primärprävention könnte eine ärztliche Empfehlung sein.
- Darüber hinaus könnten weitere Anforderungen an die Kostenübernahme von Präventionsleistungen formuliert werden, z.B.
 - Kurse mit gleicher oder ähnlicher Zielsetzung werden nicht wiederholt oder nur in einer begrenzten Anzahl finanziert.

- Finanzierungsumfang oder Anzahl der Maßnahmen für Versicherten z.B. für einen Zeitraum (x Jahre) begrenzen.
- Genehmigung der Maßnahme durch Versicherer erforderlich.
- Es gibt kein Preisverzeichnis für Präventionsmaßnahmen. Damit besteht das Risiko, dass Anbieter die Preise erhöhen, wenn die Versicherung die Kosten übernimmt. Um einer ausufernden Kostenentwicklung entgegenzuwirken, könnten entsprechende Begrenzungen berücksichtigt werden. Möglichkeiten für monetäre Begrenzungen der Kostenerstattung für Maßnahmen sind.
 - Selbstbehalte, z.B. nur prozentuale Beteiligung an Maßnahmen oder absolute Obergrenzen.
 - Begrenzung des Umfangs der Maßnahmen, die finanziert werden.

Finanzierung

Im Folgenden werden mögliche Ausgestaltungsformen der Finanzierung beschrieben, deren Umsetzbarkeit aktuariell und rechtlich zu prüfen wäre und voraussichtlich Änderungen des Rechtsrahmens erfordern würde.

- Tarifliche Leistung als Teil der Kopfschäden:
 - Durch die Gestaltung der tariflichen Bedingungen könnte der Wettbewerb unterstützt werden.
 - Die Formulierung bezüglich der tariflichen Präventionsleistungen und der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme wird als herausfordernd angesehen, insbesondere bei dem sich voraussichtlich stark weiterentwickelnden und sich ändernden Markt an Angeboten für Präventionsmaßnahmen.
 - Steuerung oder Begrenzung der Inanspruchnahme ist nur über Regelungen in den AVB möglich.
- Beitragszuschlag (Präventionsumlage): alle Vollversicherten eines Versicherungsunternehmens finanzieren mit einem einheitlichen Zuschlag die Präventionsmaßnahmen für die Vollversicherten des Versicherungsunternehmens.
 - Ggf. sind eine größere Flexibilität und mehr Steuerungsmöglichkeiten gegeben, wenn die Rahmenbedingungen für die Nutzung der Maßnahmen zentral und tarifübergreifend, z.B. in der Satzung formuliert werden, wo diese leichter geändert werden können.
 - Damit würde allerdings die Verbindlichkeit gegenüber den Versicherungsnehmern verloren gehen.
 - Ein Zuschlag würde dazu passen, dass sich Präventionsleistungen nicht aus einem eindeutig definierbaren Versicherungsfall begründen.
 - Die Auswirkung auf Beiträge ist transparent und gut zu begrenzen.
 - Eine Änderung des Zuschlags könnte voraussichtlich nur im Rahmen von Beitragsanpassungen erfolgen, d.h. es ist gut möglich,

dass im Bestand unterschiedliche Zuschläge berücksichtigt werden, worin eine Ungleichbehandlung der Versicherungsnehmer gesehen werden könnte.

- RfB
 - Möglichkeiten zur Präventionsförderung sollte nicht durch unternehmensindividuelle, jährlich schwankende Ausstattung der RfB begrenzt werden. Die RfB ist daher als Finanzierungsquelle grundsätzlich nicht geeignet.
 - Es wäre zu prüfen, ob mit RfB-Mitteln die Leistungen der Primärprävention finanziert werden können, die nicht im tariflichen Leistungsumfang der jeweiligen Versicherten enthalten sind.

8. Zusammenfassung und möglicher Ausblick

Nach der Definition der WHO ist Gesundheit mehr als das Freisein von Krankheit. Aspekte wie der Erhalt von physischer und psychischer Gesundheit oder die Wiedererlangung eines stabilen Gesundheitszustandes bei bereits bestehenden Erkrankungen sind ebenfalls eine bedeutende Facette.

Neben der Wiedererlangung von Gesundheit ist insbesondere auch deren Erhalt sowohl aus der Perspektive des Individuums wie auch aus volkswirtschaftlicher Sicht geboten. So sind die sogenannten Volkskrankheiten mittlerweile auch ein Treiber für die Ausgaben im Gesundheitswesen. Damit rücken Prävention und Gesundheitsförderung weiter in den Vordergrund.

Entsprechend hat das BMG im Jahr 2000 die Initiative ins Leben gerufen, nationale Gesundheitsziele zu erarbeiten und umzusetzen. Hiermit sollen unter anderem die Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Bevölkerung gefördert und Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden. In der im Jahre 2020 durch die Bundesregierung verabschiedeten globalen Gesundheitsstrategie oder der Nachhaltigkeitsstrategie für Deutschland aus dem Jahre 2021 bekennt sich die Bundesregierung explizit dazu, Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhindern sowie Krankheiten adäquat zu begegnen.

Zur Erreichung dieser umfassenden Ziele ist das Zusammenwirken vielfältiger Kräfte aus allen Lebensbereichen, nicht zuletzt im Gesundheitssektor, erforderlich. Der konkrete Auftrag an die Krankenversicherung wird präzisiert durch das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz, das die GKV dazu verpflichtet, im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung tätig zu werden. Entsprechend sind bereits umfangreiche Maßnahmen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in der GKV zu finden.

Für die PKV ist das Leistungsspektrum in § 192 VVG beschrieben. Hiernach ist der Versicherungsfall vorwiegend die medizinisch notwendige Heilbehandlung. Insbesondere bezüglich der primären Prävention und der Möglichkeiten, Anreize für gesundheitsförderndes Verhalten zu setzen, bestehen für die PKV Rechtsunsicherheiten. Damit auch die Unternehmen der PKV an den nationalen Gesundheitszielen, z.B. die Stärkung der Gesundheitskompetenz der gesamten Bevölkerung, mitarbeiten können, wäre ein rechtssicherer Rahmen, ähnlich den Regelungen in der GKV, erforderlich und wünschenswert.

Mit der zunehmenden Bedeutung des Gesundheitsmanagements wächst auch das Aufgabenfeld der Aktuarien und der Einsatz von Data-Science-Methoden. Es geht z.B. darum, aus dem Kollektiv diejenigen Versicherten zu identifizieren, für die bestimmte Maßnahmen oder Gesundheitsprogramme aufgrund der individuellen Gesundheitssituation besonders geeignet sind beziehungsweise bei denen sich durch gezielte Präventions- oder Unterstützungsmaßnahmen behandlungsintensive und kostenträchtige Erkrankungen vermeiden oder deren Krankheitsverlauf abschwächen lassen.

9. Anhang

Kategorie	Gesundheitsmanagement-Leistung**	Beispiele	Erläuterung	Link
Versorgung/ Behandlung	DiGA (Sekundär- Prävention)	Tinitracks	digitale Therapie bei Tinnitus	https://www.tinitracks.com/de
		Catema	digitale Amblyopie-Therapie (für Kinder mit einer funktionalen Sehschwäche)	https://catema.de/
		selfapy	Psychologische Online-Therapie auf Rezept	https://www.selfapy.com/de
		Husteblume	Allergiker-App: Mit der App soll das Selbstmanagement verbessert und die gesundheitlichen Belastungen verringert werden.	https://www.tk.de/techniker/magazin/digitale-gesundheit/apps/husteblume-allergie-app-2025388
		Kaia	Kaia Rücken-App leitet zu wirksamen Übungen an, um Rückenschmerzen nachhaltig zu lindern.	https://www.kaihealth.com/de/
		Jumedi	Blutdruck-App bietet digitales Blutdruck-Coaching zum besseren Selbstmanagement der Erkrankung	https://www.mein-blutdruck.com/
		neolexon	Artikulations-App, die Kinder mit Aussprachestörungen spielerisch unterstützt.	https://neolexon.de/patienten/app-artikulationsstoerungen/
		hellobetter	Wissenschaftlich geprüfte psychologische Online-Trainings mit motivierender Begleitung. Hilfe bei Depressionen, Stress, Angst, Panik, Burnout und bei weiteren psychischen Beschwerden.	https://hellobetter.de
		novego	Psychologisches Online-Unterstützungsprogramm, das von erfahrenen Ärzten und Therapeuten entwickelt wurde und Menschen mit psychischen Belastungen hilft.	https://www.novego.de
		mySugr	mySugr hilft den Diabetes Alltag leichter zu managen und alle wichtigen Therapie Informationen an einem Ort zu sammeln.	https://www.mysugr.com/de/diabetes-app/
		TKSmartRelax	TK Smart Relax für Alexa und Google Assistant. Meditationen, Achtsamkeitstrainings und Entspannungsübungen für zu Hause.	https://www.tk.de/techniker/magazin/digitale-gesundheit/apps/alex-tk-smart-relax-2009254
	Migräne-App	Symptome und Anfälle im Schmerztagebuch dokumentieren. So kann der Arzt den Verlauf der Erkrankungen besser erkennen und die Migräne effektiver behandeln.	https://www.tk.de/techniker/magazin/digitale-gesundheit/apps/migraene-app-2025392	
	Ärztliche Zweitmeinung	Medexo	Medizinische Notwendigkeit + Abrechnung nach GOÄ	
	Versorgungs- bzw. Gesundheitsprogramm e/ Disease Management Programme/Case Management	MeinRücken, Gesundheitsprogramm Migräne u. Kopfschmerz	Krankheitsbildbezogenes Coaching und Betreuung	
	Telemedizinische Betreuung	Paxiva	Telemedizinische Betreuung für Herzranke	
	Integrierte Versorgung/Selektive Verträge	Sana München	Sektorenübergreifene Behandlung (Vernetzung von ambulanter und stationärer Behandlung)	
	Arzneimitteltherapie- sicherheit (AMTS)		Online-basierter Medikamentencheck durch behandelnden Arzt:in/Apotheker:in	
Arzneimittelsteuerung	Medatixx, CGM	Hinweise auf Generika/Rabattpartner in AIS		
Hilfsmittelmanagement		Einweisung u. Beratung, Lieferung sowie Wartung von Hilfsmitteln		
Pflegemanagement				
Bonusprogramme				
		Medikamenten-Check	Medikamentenmanager: Einnahmepläne, Check auf Unverträglichkeiten	https://www.axa.de/meine-gesundheit#anker10404704_MeineMedikamente
		Ada Health	Symptomchecker	

Vorsorge und Primärprävention		Babyzeit	Apps mit Infos und Beratung für Schwangere und junge Eltern	https://www.tk.de/techniker/magazin/digitale-gesundheit/apps/mit-der-tk-sicher-ins-familienglueck-2009280
		Ernährungsberatung	Eine gesunde Ernährung macht fit und stark für den Alltag. Mit dem Online-Kurs Ernährungsberatung 2.0 wird in acht Wochen die Ernährung nachhaltig umgestellt.	https://www.barmer.de/kursangebote/ernaehrungsgesundheit/ernaehrungsberatung-kurs
		Gesundheits-Check	z.B. bei Vivy: wissenschaftlich fundierter Gesundheits-Check mit Auswertung in den Bereichen Körper, Ernährung, Bewegung und Geist und praktischen Ratschlägen zur Gesundheitsverbesserung	https://www.vivy.com/de/startseite/
	Präventionsreisen	AKON	Angebot und Kostenbeteiligung bei zertifizierten Präventionsreisen	
Allgemeine Services	Ärztliche Zweitmeinung	Betterdoc, Medexo	Spezialistensuche / Zweitmeinung. BetterDoc misst Qualität in der Medizin und findet den richtigen Arzt für eine anstehende Behandlung.	https://www.betterdoc.org/
		Terminservice	Unterstützung bei Ärztsuche und Terminvereinbarung	https://www.ottonova.de/concierge
		Vorsorge-Erinnerungs-Service	Terminerinnerungs-Service für Vorsorgen und Impfungen	
		Auslands-Assistance	Assistance bei Krankheit / Unfall im Ausland	
		eGA/ePA	ePA: Alle Informationen rund um die persönliche Gesundheit in digitaler Akte / Portal / App. eGA: als Erweiterung mit weiteren Services und Verlinkungen zu Gesundheitsmanagement-Angeboten.	https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/online-services-versicherte/elektronische-patientenakte-tk-safe-2028798 https://www.barmer.de/unsere-leistungen/online-services/ecare-elektronische-patientenakte
		Gesundheitsportal	Netdoktor, ApothekenUmschau	Infoportal rund um das Thema Gesundheit
		Gesundheitstelefon	24h-Arzt hotline	Klärung medizinischer Fragen
		Case Management	Patientenbegleiter	
	Direktabrechnung	DAV/VZA	Direktabrechnung mit Apotheken bei hochpreisigen Arzneimitteln (z. B. Zytostatika)	

**** Hinweis:** Verschiedene Leistungen des Gesundheitsmanagements können sowohl Versorgung/Behandlung als auch Primärprävention oder allgemeiner Services sein. Ausschlaggebend dafür ist, ob die Leistungen (bzw. Aufwendungen) die Voraussetzungen einer Versicherungsleistung (medizinische notwendige Heilbehandlung etc.) gemäß den Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I: MB/KK und Teil II: Tarife und Tarifbedingungen) erfüllen.