



Dokumentation

Ansätze zur Kosteneinsparung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung

Ansätze zur Kosteneinsparung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 028/23
Abschluss der Arbeit: 26.04.2023
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	4
2.	Einsparmöglichkeiten bei der Verwaltung der Versicherten	6
2.1.	Verwaltungskosten in der GKV	6
2.2.	Abschluss- und Verwaltungskosten in der PKV	7
3.	Kostensparnis durch ein effizientes Gesundheitsmanagement	8
3.1.	Digitalisierung im Gesundheitswesen	8
3.2.	Patientenbetreuung durch Call-Center	10
4.	Senkung der Gesundheitskosten durch Angebote der Krankenversicherer zur Förderung gesundheitsbewussteren Verhaltens	10
4.1.	Bonusprogramme in der GKV	11
4.2.	Beitragsrückerstattungen in der PKV	12
5.	Einsparmöglichkeiten durch den Einsatz von Biosimilars	13

1. Vorbemerkung

Insbesondere vor dem Hintergrund gestiegener Gesundheitsausgaben hat sich die finanzielle Situation der Krankenversicherer in den letzten Jahren immer mehr zugespitzt. Die Gesundheitsausgaben erhöhten sich im Jahr 2021 gegenüber dem Vorjahr um 7,5 Prozent und lagen mit 474,1 Milliarden Euro bei einem neuen Höchstwert.¹ Im zweiten Jahr der Corona-Pandemie trugen zwar maßgeblich Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 und die Impfkampagne zum Kostenanstieg bei, die Gesundheitsausgaben steigen jedoch bereits seit dem Jahr 1992 kontinuierlich an. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamts sind die Gesundheitsausgaben von 159,5 Milliarden Euro im Jahr 1992 auf 281,6 Milliarden Euro im Jahr 2009 und bis zum Ausbruch der Corona-Pandemie im Jahr 2019 bereits auf 414,5 Milliarden Euro gestiegen.²

Mit einem Ausgabenanteil von 53,8 Prozent (255,2 Milliarden Euro) war die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2021 größter Ausgabenträger im Gesundheitswesen, auf die private Krankenversicherung (PKV) entfielen 7,7 Prozent der Ausgaben und damit 36,7 Milliarden Euro.³ Gegenüber dem Vorjahr sind die Ausgaben damit in der GKV um 5,7 Prozent und in der PKV um 3,7 Prozent gestiegen. Diese Tendenz steigender Ausgaben ist nach Einschätzung der Bundesregierung aufgrund der demografischen Entwicklung, des medizinisch-technischen Fortschritts und der steigenden Löhne infolge des Fachkräftemangels auch für künftige Jahre zu erwarten.⁴ Nach einer von der Bertelsmann Stiftung in Auftrag gegebenen Studie werden der GKV bis 2040

1 Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben im Jahr 2021 auf über 474 Milliarden Euro gestiegen, Pressemitteilung Nr. 136 vom 5. April 2023, abrufbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/04/PD23_136_236.html. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 26. April 2023.

2 Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und nach Leistungsarten, Stand: 5. April 2023, Tabellen und Grafiken abrufbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/inhalt.html#>.

3 Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben im Jahr 2021 auf über 474 Milliarden Euro gestiegen, Pressemitteilung Nr. 136 vom 5. April 2023, abrufbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/04/PD23_136_236.html.

4 Die Bundesregierung, Gesetzliche Krankenversicherung stabilisieren, 28. Oktober 2022, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/gkv-stabilisierung-finanzen-2065884>; vgl. hierzu auch Büttner, Thiess/Werding, Martin, Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, Aktualisierung, WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV (Hrsg.), Dezember 2022, abrufbar unter https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2022-Optionen_zur_Stabilisierung_der_Einnahmesituation_der_Sozialversicherungen.pdf.

fast 50 Milliarden Euro fehlen, da die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben auseinandergehe.⁵ Um die prognostizierten Ausgabensteigerungen abzudecken, müsse der Beitragssatz steigen sowie eine Anpassung der Infrastruktur und eine Erhöhung der Bundeszuschüsse erfolgen.⁶

Im Koalitionsvertrag⁷ hatten sich die Koalitionspartner ausdrücklich auf das Ziel einer stabilen und verlässlichen Finanzierung der GKV verständigt. Um dem hohen Defizit der gesetzlichen Krankenversicherer von insgesamt 17 Milliarden Euro entgegenzuwirken und die Finanzierung für das Jahr 2023 zu stabilisieren, wurden mit dem zwischenzeitlich verabschiedeten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz⁸ Maßnahmen beschlossen, die es ermöglichen sollen, dass der Zusatzbeitragssatz für gesetzlich Krankenversicherte nur maßvoll erhöht und keine Leistungen gekürzt werden müssen.⁹ Zur Steigerung der Einnahmen erhöht der Bund für das Jahr 2023 seinen Zuschuss an den Gesundheitsfonds von derzeit 14,5 Milliarden Euro um zwei Milliarden Euro auf 16,5 Milliarden Euro und bietet der gesetzlichen Krankenversicherung ein unverzinsliches Darlehen von einer Milliarde Euro an.¹⁰ Gleichzeitig sollen die Ausgaben begrenzt werden, indem u. a. strukturelle Änderungen bei der Preisermittlung von Arzneimitteln vorgenommen und die sächlichen Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkassen auf einen Anstieg von höchstens drei Prozent begrenzt wurden.

Mit der Abschmelzung der Liquiditätsreserven und der Halbierung der Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ziele das Gesetz darauf ab, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen mit eigenen Mitteln an ihrer Stabilisierung beteiligen.¹¹ Dabei gibt es verschiedene An-

-
- 5 Ochmann, Richard/Albrecht Martin, Zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), 2019, abrufbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukuenftige-entwicklung-der-gkv-finanzierung>.
 - 6 Bertelsmann Stiftung, Defizit der Krankenkassen steigt bis 2040 auf fast 50 Milliarden Euro, 9. Oktober 2019, abrufbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/oktober/defizit-der-krankenkassen-steigt-bis-2040-auf-fast-50-milliarden-euro>.
 - 7 Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), S. 87, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800>.
 - 8 Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990).
 - 9 BMG, GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, 20. Oktober 2022, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/gkv-finanzstabilisierungsgesetz.html>.
 - 10 Deutscher Bundestag, Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen, 20. Oktober 2022, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw42-de-gkv-finanzierungsstabilisierungsgesetz-916742>.
 - 11 Beerheide, Rebecca/Lau, Tobias, GKV-Finanzstabilisierungsgesetz: Gesetz mit vielen Gegnern, in: Deutsches Ärzteblatt 2022, 119(43): A-1833 / B-1525, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228249/GKV-Finanzstabilisierungsgesetz-Gesetz-mit-vielen-Gegnern>.

sätze zur Kosteneinsparung bei den einzelnen Krankenkassen, die zum Teil mit sehr unterschiedlichen Personal- und Verwaltungskosten haushalten.¹² Diese Arbeit zeigt einige mögliche Kosteneinsparungen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung auf, die auch Kostensenkungen für die Versicherten zur Folge haben könnten, aber nicht auf die Leistungen durchschlagen sollen.

2. Einsparmöglichkeiten bei der Verwaltung der Versicherten

2.1. Verwaltungskosten in der GKV

Im Rahmen des aktuellen Gesetzesvorhabens zu einem Lieferengpass-Gesetz¹³ mit dem Ziel, Lieferengpässe bei wichtigen Medikamenten u. a. durch neue Preisregeln zu vermeiden, wurde auf dem 9. Westfälisch-Lippischen Apothekertag herausgestellt, dass dies nicht zulasten der Apotheken gehen dürfe und vielmehr die gesetzlichen Krankenkassen 240 Millionen Euro einsparen könnten, wenn diese für die nächsten drei Jahre **auf Werbung verzichteten**. Zudem müsse über das Geld, das in **Verwaltungsarbeit** versickere, sowie die **Anzahl der Krankenkassen** diskutiert werden. Mit Blick auf die Lieferengpässe sei eine umfassende Revision des Rabattvertragssystems erforderlich, siehe Brüggem, Juliane, Noweda-Chef will Milliarden bei den Kassen einsparen, in: Pharmazeutische Zeitung, 19. März 2023, abrufbar unter <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/noweda-chef-will-milliarden-bei-den-kassen-einsparen-139120/>.

Der GKV-Spitzenverband verweist hingegen darauf, dass eine **Begrenzung der sächlichen Verwaltungskosten** nur möglich wäre, wenn etwa **Weiterbildungsmaßnahmen für die Beschäftigten** ausgesetzt würden, **Pflege und Wartung** der vorhandenen **technischen Anlagen und der IT-Infrastruktur** zurückgestellt oder die Bestrebungen in der **Digitalisierung** von Verwaltungsprozessen gestoppt würden. Eine daraus resultierende Reduzierung im Service sowie das Risiko, bei den technischen Entwicklungen in Verzug zu geraten, seien jedoch nicht hinnehmbar, vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 23. September 2022 zum Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) vom 19. September 2022 (BT-Drs. 20/3448), S. 10 bis 12, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/20220923_GKV-SV_GKV-FinStG_Stn_final.pdf. Um den zunehmenden Ausgabensteigerungen zu begegnen, spricht sich der GKV-Spitzenverband u. a. für eine **Senkung der Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel** von 19 Prozent auf sieben Prozent aus, wodurch die gesetzlichen Krankenkassen voraussichtlich

12 Für einen Überblick zu den Kosten im Einzelnen siehe BMG, Gesetzliche Krankenversicherung, Personal- und Verwaltungskosten 2020, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/G/GKV/KG1_2020_bf.pdf; zu den Nettoverwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen siehe Krankenkassen.Deutschland, Nettoverwaltungskosten je Versicherten für das Jahr 2021, abrufbar unter <https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/statistik/finanzen/verwaltungskosten/>. Für eine Erläuterung der Brutto- und Nettoverwaltungskosten vgl. Osterkamp, Nicole, Verwaltungskosten in der GKV, S. 119 ff., abrufbar unter <https://www.barmer.de/resource/blob/1023250/2371b45ab144207202a3f631c9ce6068/barmer-gw-aktuell-2008-verwaltungskosten-in-der-gkv-data.pdf>.

13 Siehe den vom Bundeskabinett am 5. April 2023 beschlossenen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (ALBVVG), abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Arzneimittelgesetz_Kabinetttvorlage.pdf.

um über fünf Milliarden Euro entlastet würden, GKV-Spitzenverband, Entlasten statt Belasten – Finanzierungslücke ohne Beitragsanhebung schließen, Pressemitteilung vom 31. August 2022, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen-und-statements/pressemitteilung_1493632.jsp.

Nach der von der Direktkrankenkasse BIG im Jahr 2010 in Auftrag gegebenen Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) könnten die gesetzlichen Krankenkassen durch **mehr Effizienz** Verwaltungskosten in Höhe von jährlich 1,4 Milliarden Euro sparen und statt 10,5 Milliarden dann nur 9,1 Milliarden Euro für Verwaltung ausgeben. Die Studie zeige, dass die jährlich anfallenden durchschnittlichen Verwaltungskosten in Höhe von 150 Euro pro Versichertem um 20 Euro gesenkt werden könnten. Zudem führten die Autoren an, dass die Verwaltungskosten einiger Kassen bei gleichem Leistungsniveau viel höher seien als bei anderen. Aufgrund dieser Erkenntnis ließe sich die **Anzahl der benötigten Geschäftsstellen** überprüfen. Gleichzeitig müsse berücksichtigt werden, dass nicht alle Krankenkassen auf so niedrige Verwaltungskosten kommen könnten wie eine Direktkrankenkasse, siehe hierzu Rieser, Sabine, Krankenkassen: Einsparungen in der Verwaltung möglich, in: Deutsches Ärzteblatt 2010; 107(28-29): A-1380 / B-1220 / C-1200, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/77614/Krankenkassen-Einsparungen-in-der-Verwaltung-moeglich> sowie DAZ aktuell, Auch die Kassen könnten sparen, in: Deutsche Apotheker Zeitung 2010, Nr. 36, vom 9. September 2010, S. 27, abrufbar unter <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2010/daz-36-2010/auch-die-kassen-koennen-sparen>.

2.2. Abschluss- und Verwaltungskosten in der PKV

Zum 1. April 2012 wurde mit dem Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagerechts¹⁴ für die private Krankheitskostenvollversicherung eine Begrenzung der Abschlussprovisionen eingeführt, um im Interesse der Verbraucherinnen und Verbraucher Übertreibungen bei der Provisionszahlung und provisionsgetriebenen Vertragsumgestaltungen gerade in den ersten Jahren des Bestehens eines Versicherungsverhältnisses zu verhindern.¹⁵ Gemäß § 50 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)¹⁶ sind seither die von einem Versicherer in einem Geschäftsjahr insgesamt an alle Versicherungsvermittler gewährten Abschlussprovisionen und sonstigen Vergütungen auf drei Prozent der Bruttobeitragssumme des Neuzugangs begrenzt. Zudem darf die für den Abschluss eines Versicherungsvertrags gewährte Provision 3,3 Prozent der Bruttobeitragssumme nicht übersteigen.

In einer Antwort auf eine Kleine Anfrage führt die Bundesregierung dazu an: „Grundsätzlich hat der Provisionsdeckel zu einer Reduzierung der Abschlussprovisionen nach § 50 Absatz 1 VAG geführt. Die jeweils als Abschlussprovisionen deklarierten Provisionsanteile haben die Unternehmen dabei auf den gesetzlich vorgesehenen Maximalwert von 9 bzw. 9,9 Monatsbeiträgen abgesenkt. Vorher wurden bis zu 18 Monatsbeiträge an Abschlussprovisionen gezahlt. Die Einführung

14 Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagerechts vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2481).

15 Kalis, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Auflage 2018, § 42, Rn. 40.

16 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434), zuletzt geändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 22. Februar 2023 (BGBl. I Nr. 51).

des Provisionsdeckels kann insoweit als Erfolg gewertet werden.“ Siehe Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Gerhard Schick, Dr. Danyal Bayaz, Lisa Paus, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 19/4397, S. 27, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/043/1904397.pdf> sowie: Bundesregierung wertet PKV-Provisionsdeckel als Erfolg, in: Versicherungsbote, 9. Oktober 2018, abrufbar unter <https://www.versicherungsbote.de/id/4872046/Bundesregierung-wertet-PKV-Provisionsdeckel-als-Erfolg/>.

Ob der Provisionsdeckel dauerhaft wirkt, wird allerdings auch kritisch gesehen. Zwar seien die Abschlusskosten nach den Rechenschaftsberichten der PKV¹⁷ im ersten Jahr der gesetzlichen Beschränkung spürbar zurückgegangen, was auf den ersten Blick für eine erfolgreiche Reduzierung der Provisionen und sonstigen Vertriebskosten spreche. Allerdings sei dem Rechenschaftsbericht auch zu entnehmen, dass der Bruttoneuzugang in der Krankheitskostenvollversicherung um 23,4 Prozent zurückgegangen sei und damit bei der Würdigung der Zahlen auch andere Entwicklungen berücksichtigt werden müssten. Vgl. PKV-Provisionsdeckel wirkt – begrenzt, in: Versicherungsmagazin, 16. Juni 2014, abrufbar unter <https://www.versicherungsmagazin.de/rubriken/branche/pkv-provisionsdeckel-wirkt-begrenzt-1888085.html>. Eine Übersicht zu den Kosten bietet die Grafik vom Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, Verwaltungs- und Abschlusskosten der GKV und PKV 2009 – 2021, abrufbar unter <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI20.pdf>.

3. Kostenersparnis durch ein effizientes Gesundheitsmanagement

3.1. Digitalisierung im Gesundheitswesen

Mit digitalen Gesundheitslösungen wie beispielsweise der Telemedizin, der Abrechnung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA), Online-Terminbuchungen, der elektronischen Patientenakte (ePA) und dem E-Rezept schreitet die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen voran. Durch eine stärkere digitale Vernetzung und Weitergabe von Informationen ließen sich sowohl unnötige Doppeluntersuchungen vermeiden und notwendige Therapiemaßnahmen schneller und gezielter einleiten als auch Behandlungen individueller und effektiver gestalten, vgl. hierzu Egle, Christian, Wie die Digitalisierung die Rolle der Krankenversicherungen verändert, EY (Ernst & Young GmbH), 11. Mai 2021, abrufbar unter https://www.ey.com/de_de/health/digitalisierung-bei-gesetzlichen-krankenversicherungen.

Doch eine wirksame Integration digitaler Leistungen in die flächendeckende Regelversorgung sei noch in weiter Ferne. Zu dem Ergebnis, dass die Potenziale bei Weitem nicht ausgeschöpft seien, kam eine Studie von McKinsey in Kooperation mit dem Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) im Jahr 2018. In dieser Studie wurden die finanziellen Vorteile der Digitalisierung quantifiziert und das Nutzenpotenzial der untersuchten digitalen Gesundheitstechnologien auf ca. 34 Milliarden Euro beziffert. Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung der Digitalisierung und der weiter steigenden Gesundheitsausgaben aktualisierten McKinsey und der BMC

17 Die Rechenschaftsberichte des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. ab dem Jahr 2016 sind abrufbar unter <https://www.pkv.de/verband/presse/#c358>.

diese Studie im Mai 2022 und kamen zu dem Schluss, dass sich das Nutzenpotenzial der Digitalisierung im Vergleich zu 2018 um 24 Prozent auf ca. 42 Milliarden Euro erhöht habe. Von dem Potential seien jedoch lediglich ca. 1,4 Milliarden Euro erschlossen. Insbesondere mit der Steigerung der Gesundheitsausgaben sei das Nutzenpotenzial gestiegen, aber auch der Effekt einiger Technologien (z. B. Telekonsultation) trage zum Nutzenpotenzial bei. Rund 61 Prozent des Gesamtpotenzials würden sich aus Produktivitätssteigerungen bei den Leistungserbringern und 39 Prozent aus der Verringerung des medizinischen Bedarfs ergeben, siehe Biesdorf, Stefan u. a., Digitalisierung im Gesundheitswesen, Die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland, McKinsey & Company (Hrsg.), Mai 2022, abrufbar unter https://www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2022/2022-05-24%2042-mrd-euro-chance/220524_mckinsey_die%2042-mrd-euro-chance.pdf sowie Hehner, Steffen u. a., Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland, McKinsey & Company (Hrsg.), September 2018, abrufbar unter <https://www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2018/2018-09-25-digitalisierung%20im%20gesundheitswesen/mckinsey92018digitalisierung%20im%20gesundheitswe-sendownload.ashx>.

Einer Studie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers GmbH (PwC) aus dem Jahr 2018 zufolge stehen die Versicherten in Deutschland zwar einer Digitalisierung des Gesundheitswesens aufgeschlossen gegenüber. Gleichzeitig befürchten sie aber, dass durch neue Technologien die Gefahr technischer Fehler bzw. von Fehldiagnosen steigt, Krankenhäuser einer Cyber-attacke ausgesetzt sein könnten oder persönliche Daten bei den behandelnden Ärzten nur unzureichend geschützt werden. Zudem wollen die befragten Bürger gerade im Falle schwerer Erkrankungen keinesfalls auf den direkten Draht zu ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt verzichten. Siehe hierzu PwC-Umfrage, Future Health 2018 – Telemedizin auf dem Vormarsch, Bevölkerungsumfrage zur Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitswesen, Juni 2018, abrufbar unter <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/future-health-2018.html>.

Mit dem am 14. Oktober 2020 verabschiedeten Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)¹⁸ wurde im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)¹⁹ insbesondere die **Einführung der ePA** geregelt (§ 346 ff. SGB V). Nachdem die Möglichkeit der Umstellung auf die ePA in der ersten Phase, ab Jahresbeginn 2021, nur verhältnismäßig wenig genutzt worden ist, hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach nunmehr einen „Neustart“ angekündigt. Die Fachleute gehen davon aus, dass die digitale Erfassung der Gesundheitsdaten der Versicherten künftig Doppelbehandlungen vermeiden und schnellere gezielte Behandlungen ermöglichen könnte, siehe BMG, Die elektronische Patientenakte (ePA), abrufbar unter [Elektronische Patientenakte \(bundesgesundheitsministerium.de\)](https://www.bmg.de/e-pa). Siehe hierzu auch: Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), Elektronische Patientenakte (ePA), Die wichtigsten Fragen und Antworten, abrufbar unter [Elektronische Patientenakte](https://www.upd.de/e-pa)

18 Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115).

19 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 1b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793).

(ePA)/Fragen und Antworten ([patientenberatung.de](https://www.patientenberatung.de)). Mit Blick auf schnellere und effektivere Behandlungen und die Vermeidung von Doppelbehandlungen könnten möglicherweise auch Kosten für Gesundheitsbehandlungen gespart werden.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz gibt zu bedenken, die Einführung der ePA dürfe allerdings nicht dazu führen, dass dem Bürger die Kontrolle über seine medizinischen Informationen entzogen wird. Die gesetzlichen Regelungen, die die Aufnahme der Daten in die ePA vorsehen, solange die Patientinnen und Patienten nicht widersprochen haben, müssten dahingehend geändert werden, dass das Schweigen nicht als Zustimmung gewertet werden dürfe. Siehe Stiftung Patientenschutz, Gesetz zur E-Patientenakte muss nachgebessert werden: Schweigen bedeutet nicht Zustimmung, Pressemitteilung vom 9. März 2023, abrufbar unter <https://www.stiftung-patientenschutz.de/2023/03/Gesetz-zur-E-Patientenakte-muss-nachgebessert-werden-Schweigen-bedeutet-nicht-Zustimmung>.

3.2. Patientenbetreuung durch Call-Center

Über die Verlagerung bestimmter Aufgaben auf Call-Center wurde vor mehreren Jahren im Zusammenhang mit der Betreuung chronisch Kranker berichtet. So hatte z. B. die DAK-Gesundheit im Jahr 2008 mit dem **Pilotprojekt „Besser Leben“** begonnen und Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen eingeladen, sich begleitend zu ihrer Therapie telefonisch beraten zu lassen. Dies erspare ihnen zeitaufwändige Arztbesuche, es könne ihre Lebensqualität erhöhen und zugleich Kosten reduzieren. Die chronisch Erkrankten würden insbesondere bei der Umstellung ihrer Lebensgewohnheiten unterstützt. Für die Telefonberatung habe die Krankenversicherung einen entsprechenden Vertrag mit einer amerikanischen Firma geschlossen. Weitere Informationen zu dem Projekt finden sich bei Meißner, Marc, Pilotprojekt: Wenn das Call-Center klingelt, in Deutsches Ärzteblatt 2008, abrufbar unter [Pilotprojekt: Wenn das Callcenter klingelt \(aerzteblatt.de\)](https://www.aerzteblatt.de). Das Projekt wurde allerdings, wie dieser Bericht ebenfalls zeigt, von Seiten der Hausärzte kritisiert. U. a. werde ein Vertrauensverlust der Patienten zu ihrem Hausarzt befürchtet, siehe hierzu auch: Schnorrenberg, Gerhard, Callcenter: Beratung, die verunsichert, in: Deutsches Ärzteblatt 2008, abrufbar unter [Callcenter: Beratung, die verunsichert \(aerzteblatt.de\)](https://www.aerzteblatt.de).

4. Senkung der Gesundheitskosten durch Angebote der Krankenkassen zur Förderung gesundheitsbewussteren Verhaltens

Als Alternative zu möglichen Veränderungen auf der Einnahmenseite der Krankenkassen werden wirksame **Präventionsmaßnahmen**, die vor Einsetzen einer Krankheit aber auch im Krankheitsverlauf weitere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes verhindern, als Schlüssel zur Kostenstabilisierung bei gleichzeitig besserer Bevölkerungsgesundheit angesehen. Der Berufsverband der Präventologen e. V. gibt an, dass nach Expertenschätzungen in Deutschland allein die Ausgaben für die durch falsche Ernährung bedingten Krankheiten schon 30 Prozent der Gesamtausgaben des Gesundheitssystems ausmachen, vgl. Berufsverband der Präventologen e. V., Prävention ermöglicht riesige Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen, <https://www.praeventologe.de/Kosteneinsparung-im-Gesundheitswesen>.

Mit Verabschiedung des Präventionsgesetzes²⁰ im Jahr 2015 hat der Gesetzgeber die Bedeutung vorbeugender gesundheitlicher Maßnahmen hervorgehoben. Neben erweiterten Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sieht § 65a SGB V seitdem vor, dass die gesetzlichen Krankenkassen in ihren Satzungen Grundlagen für die Gewährung von Boni schaffen, mit denen gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten belohnt wird. Mit dem Gesetz wurde die Nationale Präventionskonferenz (NPK) eingerichtet, die die **Nationale Präventionsstrategie** erarbeitet hat und sich mit ihrer Umsetzung und der des Präventionsgesetzes befasst, siehe hierzu die Informationen auf der Internetseite der NPK, [Präventionsstrategie \(npk-info.de\)](https://www.npk-info.de). Auch der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) ist Mitglied der NPK. Die privaten Krankenversicherer investieren jährlich ca. 22 Millionen Euro in Präventionsprogramme, die verschiedene Gesundheitsbereiche und Lebenswelten wie beispielsweise Schulen, Pflegezentren, Sportvereine oder Gemeindezentren umfassen, siehe PKV-Verband, Gut vernetzt und stark im Netz: wie sich die PKV für Gesundheitsprävention engagiert, abrufbar unter <https://www.pkv.de/positionen/praeventionsengagement/> sowie PKV-Verband, Prävention in Lebenswelten. Weil Gesundheit ein gesundes Umfeld braucht., Broschüre abrufbar unter <https://www.yumpu.com/de/document/read/65976003/broschure-praevention-in-lebenswelten>.

Nach einem aktuellen Fachbeitrag kommt dem individuellen, gesundheitsförderlichen und präventiven Verhalten eine zentrale Rolle zu, die nicht nur das Individuum selbst, sondern auch Mitmenschen vor Krankheiten und der Exposition mit gesundheitlichen Risikofaktoren wie Krankheitserregern oder Tabakrauch schützt. Vorgestellt wird ein Ansatz zur Senkung der Gesundheitskosten, der darin bestehen könnte, dass Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen zur Analyse von Gesundheitsentwicklungen der Versicherten genutzt werden und bei sich abzeichnenden riskanten oder sich verschlechternden Gesundheitsverläufen von der Krankenkasse Empfehlungen zur Förderung der Gesundheit und Prävention von Krankheit an die Patienten ergehen. Ein solches Vorgehen eröffne hohe Einsparungspotenziale im Gesundheitswesen und eine sinnvolle Perspektive zu nachhaltiger Kostenkontrolle. Gleichzeitig wird aber darauf hingewiesen, dass dieser Vorschlag bei Medizinern auf Kritik stoßen könnte, die eine schädliche Überversorgung an Früherkennungsmaßnahmen mit zweifelhaftem Nutzen für die Patienten befürchten sowie den Leistungserbringern im Gesundheitswesen eine Überaktivität attestieren könnten. Zudem könne die Effektivität dadurch geschmälert werden, dass Krankenkassen aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten festlegen, welche Präventionsempfehlungen für ihren Versichertenpool sinnvoll sind, siehe hierzu Effertz, Tobias, Prävention und Kostenkontrolle im Gesundheitswesen, Routinedatenanalyse und effektives Gesundheitsmarketing als Vorteile im Krankenkassenwettbewerb?, in: Prävention und Gesundheitsförderung. 17. März 2023, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-023-01021-y>.

4.1. Bonusprogramme in der GKV

Insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, aber auch zum Teil die privaten Krankenversicherungen bieten ihren Versicherten seit einigen Jahren sogenannte Bonusprogramme an, mit denen die Teilnahme an Präventionsangeboten honoriert wird: *„Gutes für die eigene Gesundheit tun und dafür eine **Geldprämie** oder **Zusatzleistungen** erhalten – das ist das Prinzip der Bonusprogramme der Krankenkassen. Ihr Ziel ist es, das Mitglieder aktiv werden und **für ihre Gesundheit***

20 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (BGBI I S. 1368).

sorgen. Während Versicherte so fitter werden, profitieren die Krankenkassen von weniger Ausgaben. Denn wer gesund ist, verursacht den Kassen weniger Kosten für Arztbesuche, Medikamente oder Krankenhausaufenthalte“, siehe den Beitrag bei krankenkassenversicherung.net, „Bonusprogramme der Krankenkassen: So punkten Sie mit Ihrer Gesundheit, abrufbar unter [Bonusprogramme der Krankenkassen: So punkten Sie mit Ihrer Gesundheit \(krankenkassenversicherung.net\)](#).“ Eine Übersicht zu Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenkassen findet sich bei: krankenkasseninfo.de, Wie gut ist das Bonusprogramm Ihrer Krankenkasse? abrufbar unter [Bonusprogramme der Krankenkassen | Krankenkasseninfo.de](#).

Die Techniker Krankenkasse bietet den Erwerb von **Bonuspunkten** an, bis hin zur sogenannten **Gesundheitsdividende**. Versicherungsnehmer können auf Basis eines Katalogs von präventiven Angeboten und Aktionen Bonuspunkte für ihre Teilnahme erhalten und sich dann entscheiden, ob sie sich diese auszahlen lassen oder aber den entsprechenden Geldwert als Zuschuss zu einer weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahme verwenden, etwa für eine Sport- und Fitnessausrüstung oder auch für eine nicht notwendige, aber sinnvolle Früherkennungsuntersuchung. Siehe hierzu: Die Techniker, TK-Bonusprogramm, TK-Gesundheitsdividende: Leistungskatalog, 15. November 2022, abrufbar unter [So können Sie die TK-Gesundheitsdividende nutzen | Die Techniker](#).

Entsprechende Bonusprogramme bietet z. B. auch die Barmer an. Sie gewährt Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern, die eine Bestätigung über die Inanspruchnahme bestimmter Präventionsleistungen vorlegen können, eine „Top-Geldprämie“ von jährlich bis zu 150 Euro, die als Zuschuss zur Finanzierung weiterer gesundheitsförderlichen Leistungen verwendet werden kann, siehe: Barmer, Unsere Leistungen, Bonusprogramm: Hier punkten Sie richtig, abrufbar unter [Bonusprogramm: Jetzt punkten & kassieren | BARMER](#).

Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer der IKK classic können nach Teilnahme an gesundheitsförderlichen Projekten wie Sport, Auffrischungsimpfungen oder auch Vorsorgeuntersuchungen zwischen einem Geldbonus oder einem Zuschuss für weitere Leistungen wählen, wobei dieser seit Anfang 2023 drei Mal so hoch sein soll wie der Geldbonus – ganz offensichtlich, um den Anreiz zu weiterem gesundheitsförderlichen Verhalten zu erhöhen, siehe: ikk classic, IKK Bonus, abrufbar unter [Profitieren Sie von unserem IKK Bonus | IKK classic \(ikk-classic.de\)](#).

Die Betriebskrankenkasse Debeka BKK bietet ihren Mitgliedern ebenfalls Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Mit Bonusprogrammen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie für Erwachsene wird die Eigeninitiative und gesundheitsbewusstes Verhalten mit Geldprämien belohnt. Je durchgeführter und nachgewiesener Maßnahme wird ein Bonus von jeweils fünf oder zehn Euro gezahlt, vgl. Debeka BKK, Bonusprogramm, abrufbar unter <https://www.debeka-bkk.de/leistungen-und-services/leistungen-a-z/bonusprogramm/>.

4.2. Beitragsrückerstattungen in der PKV

Eine Reihe von privaten Krankenversicherungen bieten ihren Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern Tarife mit der Möglichkeit einer Beitragsrückerstattung an, wenn sie im vergangenen Abrechnungsjahr keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen haben. Für den Einzelnen werden damit möglicherweise mehr Anreize gesetzt, genau abzuwägen, ob ein

Arztbesuch oder ein Medikamentenkauf notwendig ist, mit der möglichen Folge, dass die Gesundheitskosten für den Einzelnen geringer werden und damit die Kostenlast bei den Krankenversicherern insgesamt reduziert werden könnte. Zur Förderung der Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen sind dabei Kosten, die beispielsweise aufgrund gesetzlich vorgeschriebener Vorsorgeprogramme anfallen, unschädlich für die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung.

Der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. berichtete auf seiner Internetseite im August 2022, er habe 254 Millionen Euro an seine Versicherten zurückgezahlt. 390.000 Mitglieder hätten im vorangegangenen Jahr keine Rechnungen eingereicht und damit auch keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen. In der Folge würde ein Teil der eingezahlten Versicherungsbeiträge zurückerstattet, siehe: Debeka, Aktuelles, Aktuelle Meldungen, 31. August 2022, abrufbar unter [Geld zurück: Debeka zahlt 254 Millionen Euro an ihre Versicherten | Debeka](#).

Die Allianz Private Krankenversicherungs-AG informiert auf ihrer Internetseite ebenfalls über die Rückerstattungsmöglichkeit unter dem Stichwort „Bonusprogramm“. Mit Hilfe des „BonusCheck-Online“ können die Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer abwägen, ob die Summe der erstattungsfähigen Belege geringer ist als eine mögliche Beitragsrückerstattung, siehe: [BonusCheck Online: Ihre Beitragsrückerstattung prüfen | Allianz](#).

Neben Programmen zur Beitragsrückerstattung halten die privaten Krankenversicherer Bonusprogramme bereit, mit denen die Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer zu einem gesundheitsbewussten Verhalten motiviert werden sollen. Damit könnten die Versicherten, aber auch die Versicherungen selbst durch langfristig geringere Kosten profitieren. Allerdings ist denkbar, dass sich der Vorteil der Auszahlung des Bonus nicht in dem erhofften Umfang realisiert, weil er im Jahr der Auszahlung bei der Steuererklärung im Wege der Verrechnung berücksichtigt wird, da steuermindernd nur die tatsächlich gezahlten Beiträge sind. Siehe hierzu: [transparent beraten, Gesundheitsbonus für gesundheitsbewusste Personen in der privaten Krankenversicherung, abrufbar unter Gesundheitsbonus in der PKV | Ratgeber & Tipps \(2023\) \(transparent-beraten.de\)](#).

5. Einsparmöglichkeiten durch den Einsatz von Biosimilars

Seit einigen Jahren wird im Bereich der Arzneimittelversorgung erwogen, sehr kostenintensive sog. Biopharmazeutika durch Biosimilars (Nachahmerpräparate) zu ersetzen. Biopharmazeutika sind bio- oder gentechnologisch hergestellte Arzneimittel, die gezielt in bestimmte körpereigene Funktionen und Mechanismen eingreifen und entzündungsfördernde Botenstoffe des Immunsystems abwehren bzw. blockieren.²¹ Sie werden z. B. in der Krebstherapie und zur Behandlung von Autoimmunerkrankungen wie Rheumatoide Arthritis oder Schuppenflechte eingesetzt, vgl. die Gesundheitsinformation vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Glossar, Biologika, abrufbar unter <https://www.gesundheitsinformation.de/glossar/biologika.html>.

21 Siehe hierzu Schröder, Melanie/Telschow, Carsten, Großes Sparpotenzial bei Biologika, in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 12/2022, S. 12, abrufbar unter <https://gg-digital.de/2022/12/grosses-sparpotenzial-bei-biologika/index.html>.

Mitarbeiter des Wissenschaftlichen Instituts der AOK berichten aktuell von Ausgaben in Höhe von 16,4 Milliarden Euro im Jahr 2021, in etwa einem Drittel der gesamten Arzneimittelkosten der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn diese Medikamente biotechnologisch hergestellt werden, könnte mit Hilfe der Nachahmerpräparate, d. h. der Biosimilars, ähnlich wie bei den Generika eine erhebliche Kostenentlastung einhergehen. Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit dieses Austauschs im Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung²² durch eine Änderung von § 129 SGB V geregelt und ab Ende August 2022 vorgesehen, allerdings unter der Prämisse, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) vorab jeweils die Austauschfähigkeit festgestellt hat. Darüber hinaus war eine entsprechende Änderung der Arzneimittel-Richtlinie²³ erforderlich, die den Austausch von Medikamenten ausdrücklich vorsieht. Die Frist, bis zu der der G-BA die Kriterien für einen Austausch festlegen muss, wurde schließlich um ein Jahr verschoben und läuft deshalb jetzt im August 2023 aus. Kritiker befürchten, dass die Austausch-Medikamente unerwünschte Wirkungen bei den Patientinnen und Patienten auslösen könnten. Siehe zu dieser Thematik den Beitrag von Schröder, Melanie/Telschow, Carsten, Großes Sparpotenzial bei Biologika, in: Gesundheit und Gesellschaft Heft 12/2022, S. 12 f., abrufbar unter <https://gg-digital.de/2022/12/grosses-sparpotenzial-bei-biologika/index.html>.

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker wird zu dieser Frage in der Fachpresse wie folgt zitiert: „Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) lehnt aus Gründen der Patienten- und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie der Pharmakovigilanz eine durch gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben uneingeschränkt erfolgende automatische Substitution verordneter Biologika/Biosimilars in öffentlichen Apotheken ab.“ Siehe DAZ-online, AMK: Keine automatische Biosimilar Substitution in der Apotheke, 2. März 2022, abrufbar unter <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/03/02/amk-keine-automatische-biosimilar-substitution-in-der-apotheke>. Apotheker, Vertreter aus der Ärzteschaft und der Patientinnen und Patienten sowie der pharmazeutischen Industrie warnen vor einem automatischen Austausch von Biologika durch Biosimilars in der Apotheke. Insbesondere sei es eine primär ärztliche Aufgabe, die Patientinnen und Patienten ausführlich über die Wirkweise dieser sehr speziellen Medikamente aufzuklären. Im Gegensatz zu Generika seien Biologika ganz spezielle Arzneimittel mit einem besonderen Herstellungsprozess. Nur, wenn gewährleistet werden könne, dass diese Arzneimittel den Patientinnen und Patienten erklärt werden, sei die Medikation auch sicher. Siehe Biosimilars: Experten kritisieren automatische Substitution in der Apotheke, in: Deutsches Ärzteblatt, 16. Februar 2022, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131817/Biosimilars-Experten-kritisieren-automatische-Substitution-in-der-Apotheke>.

* * *

22 Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202).

23 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL) in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 (BAnz AT Nr. 49a (Beilage) vom 31. März 2009), zuletzt geändert am 16. Februar 2023 (BAnz AT 19. April 2023 B2), in Kraft getreten am 20. April 2023, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3119/AM-RL-2023-02-16_iK-2023-04-20_AT-19-04-2023-B2.pdf.