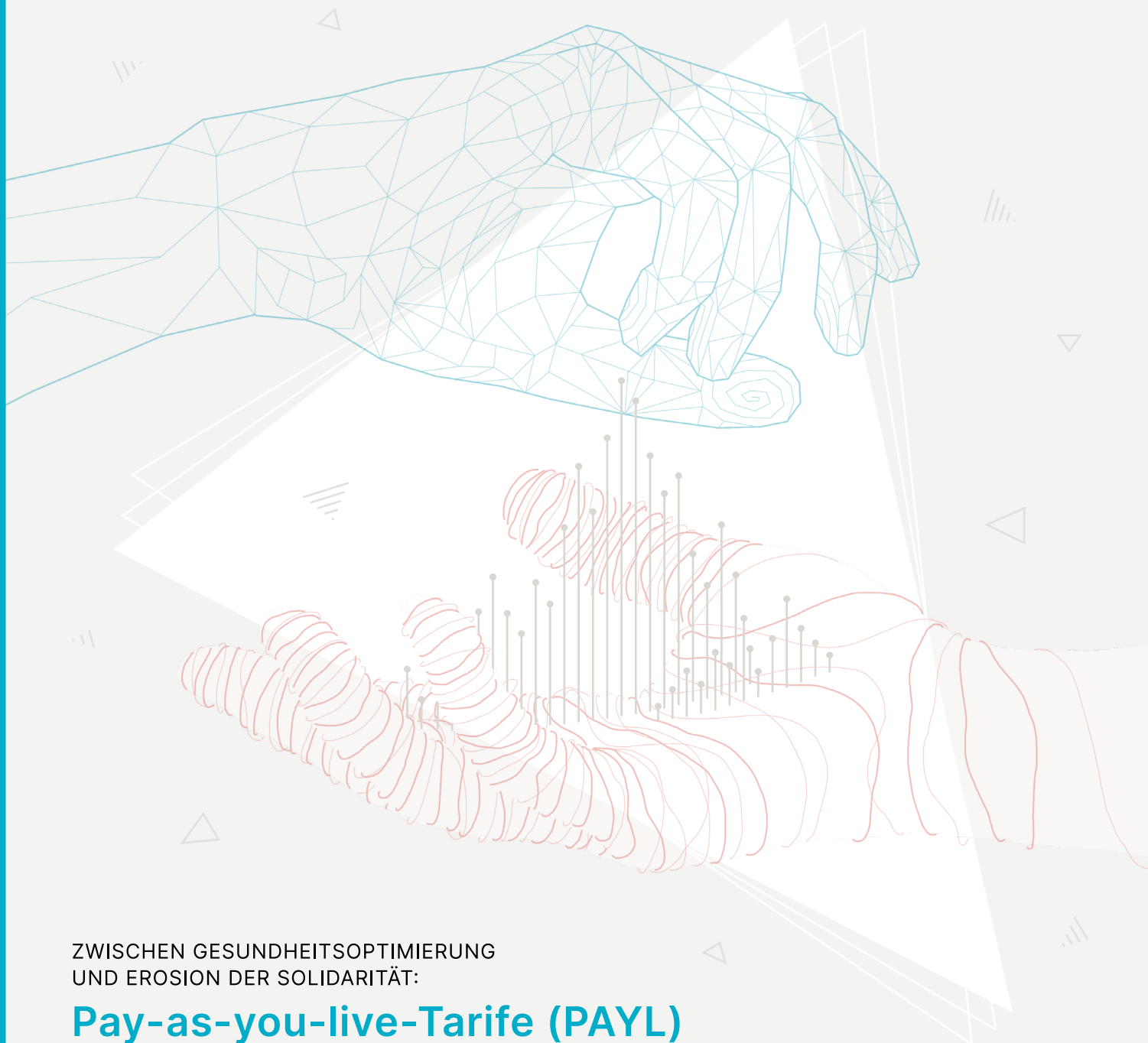


12,50€

Magazin Nr. 2
2021

ZUGLUFT

Öffentliche Wissenschaft in Forschung, Lehre und Gesellschaft



ZWISCHEN GESUNDHEITSOPTIMIERUNG
UND EROSION DER SOLIDARITÄT:

Pay-as-you-live-Tarife (PAYL) im Gesundheitswesen

DAS BESTE ALLER LEBEN?!

PAYL im
Kontext metrischer
Kulturen

PAYL-TARIFE AUS SICHT EINER KRAN- KENVERSICHERUNG

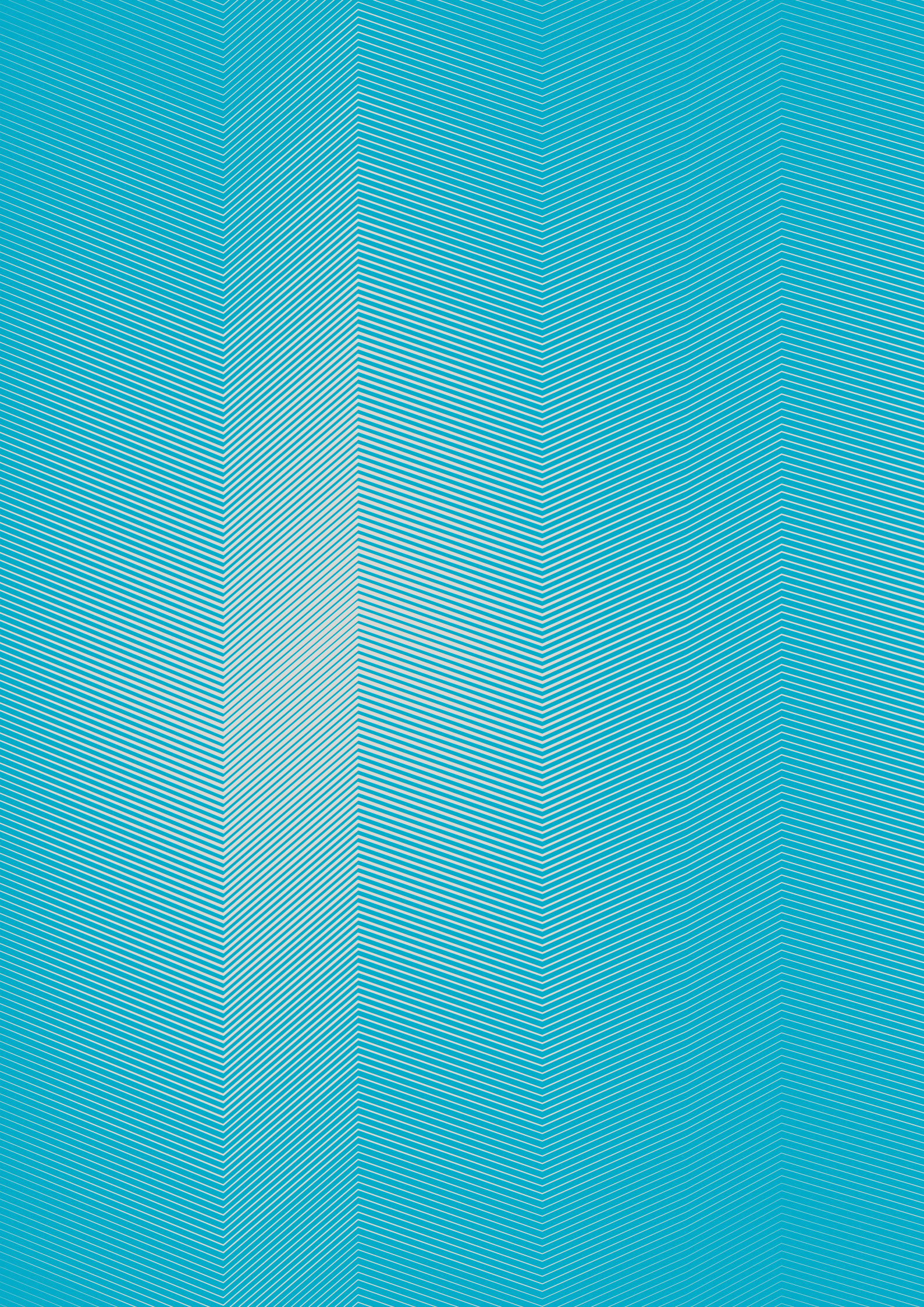
Chancen und
Risiken für die Gesund-
heitsförderung

TECHNOLOGISCHE GRUNDLAGEN EINES PAYL-SYSTEMS

Wie steht es mit
dem Datenschutz und
der IT-Sicherheit?

PAYL FÜR DIE NÄCHSTE GENERATION?

Ein Zukunfts-
szenario aus Sicht
von Studierenden



ZUGLUFT

Öffentliche Wissenschaft
in Forschung, Lehre und Gesellschaft

Magazin Nr. 2
2021

INHALTS- VERZEICHNIS

3 EDITORIAL
Stefan Selke

6 EINORDNUNG EINES PHÄNOMENS

8 DAS BESTE ALLER LEBEN?!
Pay-as-you-live im Kontext metrischer Kulturen – eine notwendige gesellschaftsdiagnostische Einordnung
Stefan Selke

18 INFOBOX
Eckdaten zum Projekt »Big Data und Boni«

20 DER MERKMALSRAUM VON PAYL
Ergebnisse einer qualitativen empirischen Studie im Kontext des Forschungsprojekts »Big Data und Boni«
Stefanie Betz, Stefan Selke, Nele Wulf

32 AUF DEM WEG ZUR AUTOMATISIERUNG DES LEBENS?
Interview mit einer Science-Fiction-Autorin
Theresa Hannig

36 PAY-AS-YOU-LIVE UND DIE LOGIK DER BEWÄHRUNG
Subjektivierung und Strukturierung von Lebenschancen in der digitalen Gesellschaft
Daniel Houben

40 DIE PERSONENWAAGE UND PAY-AS-YOU-LIVE-TARIFE
Vernetzte Macht im 21. Jahrhundert
Debora Frommeld

44 DAS POTENZIAL VON PAY-AS-YOU-LIVE FÜR KRANKENVERSICHERUNGEN
Ein Gastkommentar aus ökonomischer Perspektive
Melanie Schnee

46 SOZIO-TECHNISCHE GRUNDLAGEN UND HERAUSFORDERUNGEN

48 TECHNOLOGISCHE GRUNDLAGEN EINES PAYL-SYSTEMS
Der Elefant im Raum – wie steht es mit dem Datenschutz und der IT-Sicherheit?
Andreas Süß, Nele Wulf, Stefanie Betz

54 INFOBOX
Was Wearables sind und was sie (technisch) können

56 UMSETZUNG EINES PAY-AS-YOU-LIVE SYSTEMS
Konzeptioneller Ansatz für ein eigenständiges PAYL-System
Adam Visy, Stefanie Betz

60 PERSPEKTIVEN DER GESUNDHEITSAKTEURE

62 VON DER PHANTOMDEBATTE ZUM EVIDENZVORBEHALT
Zur politischen Diskussion über Telematiktarife in der Privaten Krankenversicherung
Timm Genett

70 PAY-AS-YOU-LIVE-TARIFE AUS SICHT EINER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG
Chancen und Risiken für die Gesundheitsförderung
Gerhard Müller, Lina Hermeling, Manuela Bombana

80 VOM DATENGRAB ZUM DATENSCHATZ?
Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme) für chronisch Kranke – ein Praxisbeispiel für digitale Datensammlungen im Gesundheitswesen
Dirk Nolte

86 PAYL FÜR DIE NÄCHSTE GENERATION?
Ein Zukunftsszenario aus Sicht von Studierenden
Lena Gorgenländer, Selina Moosmann, Moritz Klein

90 ZUR MENSCHENGERECHTEN GESTALTUNG VON PAYL-SYSTEMEN
Digitale Transformation und das Wohl aller – ein Widerspruch?
Thomas Gremsl

96 INFOBOX
Public Science Lab

98 AUTOR*INNEN DIESER AUSGABE

104 IMPRESSUM

VON DER PHANTOMDEBATTE ZUM EVIDENZVORBEHALT



Zur politischen Diskussion über Telematiktarife in der Privaten Krankenversicherung

Timm Genett



Die begriffliche Neuschöpfung „Telematiktarif“ bezeichnet im allgemeinen Tarife oder Programme von Versicherungen, bei denen für das versicherte Risiko relevante Verhaltensdaten der Versicherungsnehmer*innen in digitaler Form erfasst werden und den Versicherten Bonifikationen gewährt werden, wenn sie ihr Verhalten erfolgreich an vorher vereinbarten Zielen ausrichten. Wer die Debatte über das Für und Wider von Telematiktarifen angemessen begreifen und führen will, muss dabei auch ihren zeitlichen, logischen und systematischen Kontext in den Blick nehmen: „eHealth“.

DER KONTEXT: DIGITALE GESUNDHEITSDATEN ALS SCHLÜSSELRESSOURCE VON „EHEALTH“

Was ist „eHealth“ im Kern? Es ist der digitale Gesundheitsdatenaustausch zwischen allen Systembeteiligten, also Patient*innen, Ärzt*innen, Krankenhäusern, Apotheker*innen, Pflegeeinrichtungen, Krankenversicherungen, etc. Die Schlüsseltechnologie für die Implementierung von „eHealth“ in Deutschland ist die am 1.1.2021 eingeführte elektronische Patientenakte (ePA).

Der Austausch digitaler Gesundheitsdaten ist kein Selbstzweck, sondern folgt gesundheitsrelevanten Zielen: Erstens *Versorgungsoptimierung*, die eine mit den Daten der individuellen Krankheits- und Therapiegeschichte gefüllte Patient*innenakte ermöglicht, weil Ärzt*innen zu einer besseren Diagnose kommen und Doppeluntersuchungen vermieden werden können. Zweitens aber auch *Prozessver-*

einfachung wie z.B. das „eRezept“ in der Apotheke. Oder drittens *Effizienzsteigerung*, wenn Hausärzt*innen vor dem Besuch eines Pflegeheims die Vitaldaten der Pflegebedürftigen prüfen, um zu wissen, für wen sie sich extra Zeit nehmen müssen. Viertens gar die *telemedizinische Überbrückung von Versorgungslücken* in ländlichen Räumen mit stark alternender Bevölkerung. Und nicht zuletzt, fünftens, kann die *Versorgungsforschung* auf Big-Data-Basis einen historischen Sprung machen.

Elektronische Patient*innenakten umfassen nicht nur ärztliche Befunde, Labordaten und Medikationspläne. Die Versicherten nutzen digitale Akten auch, um selbsterhobene Daten wie z.B. den täglichen Blutdruck abzulegen. Mit der elektronischen Patient*innenakte sowie den digitalen Gesundheitsanwendungen (diGA) befinden wir uns am Beginn einer Transformation des Gesundheitswesens. Erste prominente Anwendungsbereiche für die medizinische Behandlung durch diGA sind Tinnitus, Sprachstörungen oder auch psychische Erkrankungen. Hinzu kommen Gesundheits-Apps, die Kranken (insbesondere chronisch Kranken) dabei helfen, gesünder zu werden, aber auch Gesunden Anreize setzen, sich gesundheitsbewusst zu verhalten und Erkrankungen zu vermeiden. Bei all diesen Anwendungen werden persönliche Gesundheitsdaten gespeichert, ausgetauscht und ausgewertet.

Deutschland mag diesen Entwicklungen lange hinterhergefallen sein. Mit der eHealth-Gesetzgebung in der 19. Legislaturperiode sowie durch Fortschritte in der Telemedizin infolge

der Corona-Pandemie hat das deutsche Gesundheitssystem aber deutlich aufgeholt. Schneller als die Wahrnehmung der Chancen ist in Deutschland allerdings der Diskurs über die Risiken. So hat die verbraucherpolitische Debatte schon vor sechs Jahren eindringlich vor den Folgen gewarnt, die der Austausch digitaler Gesundheitsdaten für das Verhältnis zwischen der Privaten Krankenversicherung und ihren Versicherten haben könnte. Diese Debatte über „Telematiktarife in der PKV“ war seinerzeit und ist bis heute weitgehend eine reine Phantomdebatte geblieben, hat aber Eingang in die Beschlüsse von Verfassungsorganen gefunden.

VORAUSEILENDER VERBRAUCHERSCHUTZ OHNE REALES ERFAHRUNGSSUBSTRAT

Eine Entschließung des Bundesrates vom 29. November 2019 fordert die Bundesregierung auf, „dafür zu sorgen, dass die laufende (automatisierte) Erhebung hochsensibler Gesundheitsdaten zu Zwecken der Tarifgestaltung in der Krankenversicherung [...] für unzulässig erklärt wird.“ – und zwar „unabhängig von der Einwilligung der versicherten Person“. Tarifangebote in Verbindung mit der Erhebung von Gesundheitsdaten auch dann zu verbieten, wenn der Versicherte selbst sein Einverständnis abgegeben hat? Offensichtlich geht es den Ländern in dem Antrag auch darum, die Verbraucher*innen vor sich selber zu schützen. Entsprechend groß muss dann allerdings auch die Gefahr sein, die es hier abzuwehren gilt: „Es besteht die Gefahr, dass sich mit der Einwilligung zur Datenübermittlung verbundene Self-Tracking-Tarife etablieren, die überwiegend von Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern mit ‚guten‘ Risiken gewählt werden, wohingegen die anderen auf weniger günstige Tarife zurückgreifen müssen. Auch besteht die Gefahr der Kommerzialisierung der sensiblen Daten. Die bisherigen

gesetzlichen Regelungen sind nicht ausreichend. Es gilt zu verhindern, dass Self-Tracking-Tarife den Krankenversicherungsmarkt durchdringen und sich Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer aus ökonomischem Druck zur Preisgabe ihrer höchstpersönlichen Gesundheitsdaten veranlasst sehen.“ [1]

Die Gefahrenabwehr, mit der die Länderkammer ihre Entschließung begründet, bezieht sich somit auf eine mögliche Entsolidarisierung des Versichertenkollektivs und eine Erzeugung gläserner Patient*innen über Preisvorteile, die sie aus sozioökonomischen Zwängen nicht ablehnen können. Sie greift damit die zentralen Topoi der verbraucherpolitischen Debatte über „Telematiktarife in der PKV“ in den Jahren 2014 bis 2016 auf. *Real* war der Auslöser der Debatte: Der „Vitality“-Tarif des südafrikanischen Versicherers „Discovery“, einem Bonussystem auf Basis digital erfasster Gesundheitsdaten, das Versicherte mit Rabatten auf gesundheitsrelevante Konsumprodukte (Sportschuhe, Obst etc.) oder mit einer Prämienreduzierung belohnt, wenn sie sich Gesundheitsziele setzen und die Zielverfolgung gegenüber dem Versicherer dokumentieren. Das Angebot richtet sich *sowohl an Gesunde als auch an Kranke*. Verhaltensbonifikationen sind grundsätzlich keine neue Idee. Aber die Produktinnovation von „Discovery“ hat möglicherweise international den Blick dafür geschärft, dass die Digitalisierung das Monitoring individueller Gesundheitsdaten auf eine neue Stufe heben kann. Neu sind das *zeitnahe* Erleben von Zielerreichung und Bonifikation und somit die Verstärkung von Anreizen für bonifikationsfähige Verhaltensweisen.

Als die GENERALI Versicherung im Herbst 2014 erstmals ankündigte, „Vitality“-Versicherungsprodukte in Deutschland zunächst im Bereich der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung (später vielleicht auch im Bereich der Kranken-



versicherung) einführen zu wollen, kam es zu einer medialen Debatte, die nicht die Chancen solcher Programme für Gesunde und Kranke beleuchtete, sondern vor allem davor warnte, dass Kranke dabei auf der Strecke bleiben würden. Und es war ausgerechnet die in der öffentlichen Ankündigung zumindest vorerst explizit ausgenommene Private Krankenversicherung (PKV), die unter Verdacht geriet, mit Hilfe von App-Technologien eine verhaltensbasierte Individualisierung der Prämienkalkulation voranzutreiben und damit entweder die „Atomisierung“ der Kollektive einzuleiten oder aber Fitness-Tarife zu entwickeln, in denen sich die Gesunden Prämienvorteile zu Lasten der Kranken verschaffen könnten. [2] Die Bundestagsfraktion der Linken prophezeite in einer Kleinen Anfrage: „Letztlich führt diese verstärkte Individualisierung zu einer weiteren Entsolidarisierung in der Privaten Krankenversicherung (PKV).“ [3] Verbraucherschützer*innen warnten davor, dass zukünftig Versicherte, die ihre persönlichen Gesundheitsdaten nicht offenlegen wollen, durch höhere Prämien bestraft werden. [4] Und schließlich stellte die damalige Bundesdatenschutzbeauftragte fest, dass der Datenschutz bei solchen Tarifen in der PKV Lücken aufweise, und forderte den Gesetzgeber zum Handeln auf. [5] Das wiederum rief die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) auf den Plan, die die Datenschutzbeauftragte am 25.7.2015 darauf hinwies, dass „uns [...] bisher kein Privater Krankenversicherer bekannt (ist), der einen Tarif anbietet, bei dem über ‚wearable technology‘ gesammelte und an den Versicherer übermittelte Daten genutzt werden, um Beitragsvorteile zu gewähren.“ Auf die ausdrückliche Bitte der DAV an die Datenschutzbeauftragte, entsprechende Tarifbeispiele aus der PKV zu nennen, musste die Behörde einräumen, dass der einzige ihr vorliegende Nachweis der Existenz von vermeintlichen „Telematik-Tarifen“ in der PKV wiederum die Artikel in der Presse seien. [6] Damit war es einer medialen Debatte gelungen, ohne empirische Basis auf die Agenda einer obersten Bundesbehörde zu gelangen. Der Bundesrat knüpft mit seiner

Forderung, die „Erhebung hochsensibler Gesundheitsdaten zu Zwecken der Tarifgestaltung“ für *unzulässig* zu erklären, drei Jahre später exakt an die Gefährdungsszenarien dieser Telematiktarif-Debatte an – obwohl es in der PKV immer noch kein Beispiel für entsprechende Tarifangebote gibt.

GRENZEN UND MÖGLICHKEITEN INDIVIDUELLER PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG ÜBER TARIFANREIZE IN DER PKV

Dass der Diskurs über Telematiktarife in der PKV derart an der Realität vorbeigehen konnte, hat im Wesentlichen mit Unkenntnis des Sicherungssystems einer Privaten Krankenversicherung zu tun, die das Gesundheitsrisiko ja keineswegs *privatisiert*, sondern kollektiv absichert. Auch in der PKV gilt: gesund zahlt für krank. Das Szenario einer *Individualisierung des Risikos* widerspricht dem Versicherungsprinzip. Risikoausgleich im Kollektiv ist auch der Wesenskern der Privaten Krankenversicherung. Eine sich in Mikrotarife zerlegende Versichertengemeinschaft wäre zudem *dysfunktional* für die Kalkulation. Denn die statistische Wahrscheinlichkeit künftiger Krankheitskosten lässt sich versicherungsmathematisch nur in einem größeren Kollektiv hinreichend genau ermitteln. Je größer das Kollektiv, desto sicherer die Beitragskalkulation. Je kleiner das Kollektiv, desto gefährdeter der Risikoausgleich, desto volatiler die Leistungsausgaben und desto instabiler die Beitragsentwicklung bzw. desto höher die einzukalkulierenden Sicherheitszuschläge und das Beitragsniveau. Schon aus diesem Grund haben die Privaten Krankenversicherer ein Interesse am Ausgleich der Risiken im großen Kollektiv – und nicht an kleinen, fragmentierten Tarifgemeinschaften.

Selbst wenn ein neuer Tarif mit dem Angebot eines digitalen Gesundheitsmonitorings ausnahmslos am Thema „Fitness“ Interessierte und damit mutmaßlich gute Risiken anzöge, könnte dies nicht eine Risikoentmischung mit günstigen Tarifen



für die Gesunden und teuren Tarifen für die Kranken einleiten. Das Tarifwechselrecht garantiert nämlich PKV-Versicherten jederzeit in andere Tarife des Versicherers wechseln zu können.

Einen Telematiktarif in dem Sinne, dass die Bereitschaft zu einem digitalen individuellen Gesundheitsmonitoring mit einer günstigeren *Beitragskalkulation* belohnt wird, gibt es in der Privaten Krankenvollversicherung nicht – und darf es auch rechtlich nicht geben. Denn dies wäre mit den Vorgaben für die nach Art der Lebensversicherung kalkulierte Private Krankenvollversicherung nicht vereinbar: Der Beitrag wird zu Versicherungsbeginn nach den Faktoren Alter, Vorerkrankungen und Leistungsumfang kalkuliert. Bestimmte Verhaltensmerkmale können allenfalls im Rahmen der Risikoprüfung berücksichtigt werden (z.B. Raucher*in/Nichtraucher*in, Body Mass Index). Für die Verwertung digitaler Gesundheitsdaten, etwa zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten aus der Zeit vor Vertragsschluss, gibt es indes keine Grundlage. Und nach Vertragsschluss dürfen Verschlechterungen des individuellen Risikos, sei es durch Erkrankungen oder Verhaltensänderungen, keine Prämienhöhung nach sich ziehen.

Vorbehaltlich dieser Vorgaben hat die PKV allerdings die Möglichkeit, individuelle Anreize für Prävention und Gesundheitsförderung in der Tarifgestaltung zu setzen. Seit jeher setzen Private Krankenversicherer bekanntlich Beitragsrückerstattungsprogramme als Anreiz für ein eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Verhalten ein oder sie belohnen Zahnvorsorge mit einer geringen Eigenbeteiligung an den Kosten für die Zahnbehandlung. Derartige Anreizsysteme sind immer dann ein Beitrag zur Prävention und zum „Managed Care“ in der Krankenversiche-

rung, wenn dadurch gesundheitsbewusste Verhaltensweisen motiviert werden, die es ohne den Anreiz nicht gegeben hätte und durch die sich statistisch nachweisbare Einsparungen bei den Leistungsausgaben ergeben. *Der Vorteil für den Einzelnen ist dann auch ein Vorteil fürs Kollektiv.*

Infolge der technologischen Entwicklung durch „eHealth“ ist es plausibel, dass Programme mit Anreizen für Prävention und Eigenverantwortung zukünftig mittels digitaler statt analoger Datenübermittlung umgesetzt werden. Dies wird häufig nur ein Unterschied des Mediums und nicht der Substanz sein. Zugleich ermöglicht digitales Gesundheitsmonitoring aber auch substantielle Verbesserungen im „Case Management“ von chronisch Kranken. Die Digitalisierung beschleunigt den Wandel der PKV vom „Payer“ zum „Player“ und ermöglicht ihr Angebote im Versorgungsmanagement, die noch vor zehn Jahren nicht denkbar waren. Erste Erfahrungen bspw. mit Diabetiker*innen-Apps, bei denen der chronisch Kranke lernt, wie sich durch Ernährung und Bewegung der Blutzuckerwert und darüber der Medikationsbedarf reduzieren lässt, weisen in Richtung einer neu definierten Kunden*innenschnittstelle zwischen PKV und Versicherten, die die klassische Finanzierungs- mit Versorgungs- und Präventionskompetenz kombiniert.

Wie immer diese Schnittstelle in Zukunft auch aussehen wird, für die PKV gilt, dass in diesem sensiblen Bereich der Gesundheitsdaten die strengen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind:

1. Keine Datenübertragung und kein Verwendungszweck ohne vorherige Einwilligung des Versicherten.
2. Ausreichende Sicherheitsstandards nach dem Stand der Technik, um Versichertendaten vor dem Zugriff von Dritten zu schützen.

Nach diesem Exkurs zur PKV zurück zur Entschließung des Bundesrates. Dieser reproduziert zwar eine Debatte von vorgestern, enthält aber in seiner Begründung auch ein richtungweisendes Dokument für eine Diskurswende.

DISKURSWENDE: VERHALTENSBONIFIKATIONEN
UNTER EVIDENZVORBEHALT

In seinem Antrag verweist der Bundesrat auf eine von der Verbraucherschutzministerkonferenz (VSMK) 2016 zur Feldforschung eingesetzte Projektgruppe der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlicher Verbraucherschutz, die am 18. April 2019 ihren Bericht „Telematiktarife im Versicherungsbereich“^[7] vorgelegt hat. Wer ihn liest, reibt sich irritiert die Augen – denn das Ergebnis der empirischen Beobachtung durch die VSMK-Projektgruppe widerspricht dem Verbotsantrieb der Länderkammer: „In der Privaten Krankenversicherung werden in Deutschland derzeit keine Telematiktarife angeboten“. Zwar gebe es im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens zahlreiche App-gestützte Angebote zur Kostenerstattung, Ärzt*innensuche oder Erinnerung an Vorsorgetermine. Es gibt auch „bei bestimmten chronischen Erkrankungen Vergünstigungen in Form von Sachzuwendungen (z.B. Smartphone mit spezieller App für Diabetes Mellitus Typ 2 Patienten) [...], wenn die Versicherten an einem speziellen Gesundheitsmanagement-Programm teilnehmen und die gesetzten Vorgaben erfüllen“. Aber „es besteht keine Verknüpfung zwischen der App-Nutzung und den Versicherungsbeiträgen.“ Und mit dieser Beschreibung des Status Quo nicht genug, zeigen die Autor*innen der Projektgruppe auch auf, dass es die vom Bundesrat geforderten rechtlichen Schranken längst gibt: „Eine Tarifgestaltung in der Krankenkosten-Vollversicherung, bei der aufgrund laufend erhobener Gesundheitsdaten oder aufgrund von Daten zum gesundheitsbewussten Verhalten die Versichertenprämie angepasst würde, wäre nach derzeitiger Rechtslage auch nicht zulässig.“^[8]

Die Projektgruppe der VSMK gibt der Debatte über Telematiktarife in der PKV eine völlig neue und sehr pragmatische Richtung, ist sie doch der „Auffassung, dass die Versicherungen einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten können und die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens auf Grundlage medizinisch fundierter Kriterien grundsätzlich zu begrüßen ist. Digitale Geräte und Programme können dabei unterstützend wirken“. Die Projektgruppe stellt zugleich fest, dass die Anreize, die in der

PKV bislang zu diesem Zweck gesetzt worden sind, keine finanziellen sind, also keine Boni aus RfB-Mitteln (Rückstellung für Beitragsrückerstattung), sondern vielmehr die Finanzierung von technischen Geräten, Medizinprodukten oder Apps. Kritisch hinterfragt die Projektgruppe indes, ob die „Gesundheitsmanagement-Programme auf fundierten wissenschaftlichen Grundlagen beruhen und regelmäßig überprüft werden“. Insbesondere hält sie einen Nachweis für erforderlich, „dass die im Telematikprogramm vorgegebenen gesundheitsbezogenen Aktivitäten tatsächlich zu einer Verringerung der Ausgaben für Versicherungsleistungen führen“.^[9]

Es spricht sehr viel dafür, dass die PKV zukünftig eher mit dem von der VSMK-Projektgruppe eingeforderten Wirksamkeitsnachweis von tariflichen Verhaltensanreizen konfrontiert sein wird als mit der Warnung vor angeblich ent-solidarisierenden Folgen solcher Tarifkonstruktionen. Über Details wird dabei noch zu diskutieren sein. So wird die Forderung der Projektgruppe, der Nachweis müsse „für das abgelaufene Versicherungsjahr erbracht werden“, ^[10] nicht bei jedem Programm möglich sein. Mag der Erfolg des Diabetiker*innenprogramms sich tatsächlich schon binnen Monaten am gesunkenen Blutzuckerwert ablesen, so werden sich die Auswirkungen anderer Förderprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten erst viele Jahre später positiv auf die Leistungsausgaben auswirken. Daher sollte der Evidenznachweis für ein Präventionsprogramm nicht nur per ex-post-Betrachtung, sondern auch im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung möglich sein, bspw. indem das Programm sich an evidenzbasierten Empfehlungen der Wissenschaft, der WHO oder am GKV-Leitfaden für individuelle Verhaltensprävention orientiert oder sich bei autorisierten Stellen, wie z.B. der Zentralen Prüfstelle Prävention, zertifizieren lässt. Eine *formative* Evaluation, die nachweist, dass das Präventionsprogramm in seiner Konstruktion den *state of the art* individueller Verhaltensprävention umsetzt, sollte ausreichend sein, um es anbieten zu können. Das Erfordernis einer *effektiven* Evaluation in einem engen Zeitfenster dagegen würde in der Praxis auf ein unüberwindbares Hindernis hinauslaufen.

1. Bundesrat (2019): Entschließung des Bundesrates – Schutz von Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern vor laufender Erhebung hochsensibler Gesundheitsdaten zu Zwecken der Tarifgestaltung in der Krankenversicherung. BR-Drucksache 539/19. Wiesbaden.

2. Gröger, A. (2014): Generali erfindet den elektronischen Patienten. In: Süddeutsche Zeitung, online verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/geld/neues-krankenversicherungsmodell-generali-erfindet-den-elektronischen-patienten-1.2229667>.

3. Deutscher Bundestag (2015): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Vogler, Jan Korte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. BT-Drucksache 18/3849. Berlin.

4. Döbele, K. (2015): Lebensversicherungen der Zukunft – Konturen der großen Transformation. In: Zeitschrift für Versicherungswesen, 21, S. 715-720.

5. Pressemitteilung vom 16.07.2021: „Andrea Voßhoff warnt vor dem Einsatz von Fitness-Apps durch Krankenkassen“, online verfügbar unter: https://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2015/18_WarnungVorFitnessapps.html.

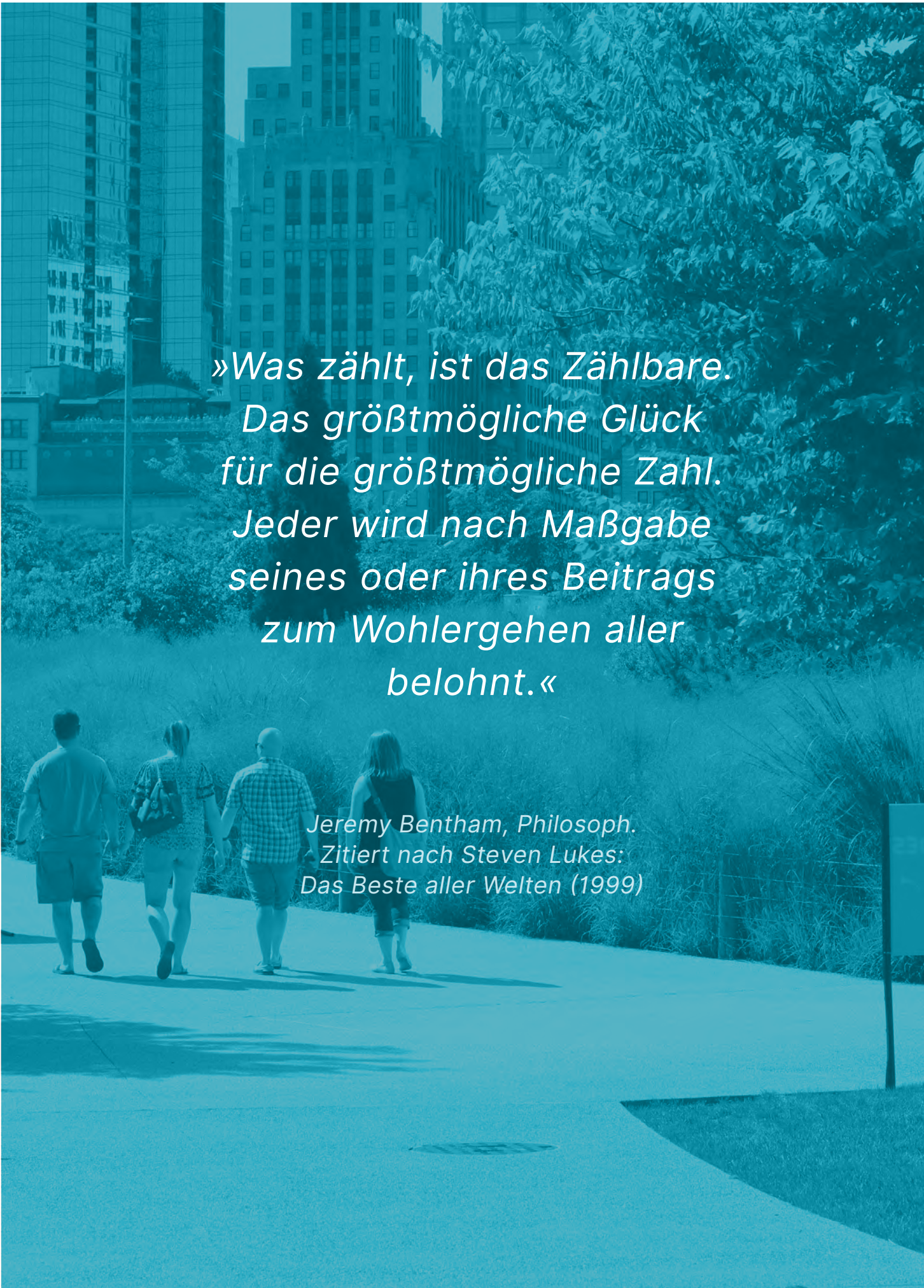
6. Weber, R. (2016): PKV-Tarife in Appsurdistan – Die unglaubliche Geschichte eines perfekten Fakes. In: Zeitschrift für Versicherungswesen, 5, S. 144-146.

7. VSMK (Verbraucherschutzministerkonferenz) (2019): Abschlussbericht der Projektgruppe der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlicher Verbraucherschutz – Telematiktarife im Versicherungs-

8. VSMK (Verbraucherschutzministerkonferenz) (2019): Abschlussbericht der Projektgruppe der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlicher Verbraucherschutz – Telematiktarife im Versicherungs-

9. VSMK (Verbraucherschutzministerkonferenz) (2019): Abschlussbericht der Projektgruppe der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlicher Verbraucherschutz – Telematiktarife im Versicherungs-

10. VSMK (Verbraucherschutzministerkonferenz) (2019): Abschlussbericht der Projektgruppe der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlicher Verbraucherschutz – Telematiktarife im Versicherungs-



»Was zählt, ist das Zählbare.
Das größtmögliche Glück
für die größtmögliche Zahl.
Jeder wird nach Maßgabe
seines oder ihres Beitrags
zum Wohlergehen aller
belohnt.«

Jeremy Bentham, Philosoph.
Zitiert nach Steven Lukes:
Das Beste aller Welten (1999)

IMPRESSUM

VERÖFFENTLICHT VON

Hochschule Furtwangen
Robert-Gerwig-Platz 1
78120 Furtwangen
www.hs-furtwangen.de

HERAUSGEBER

Prof. Dr. Stefan Selke
ses@hs-furtwangen.de

REDAKTION

Prof. Dr. Stefan Selke
Jan Finkbeiner
jan.finkbeiner@hs-furtwangen.de

AUTOR*INNEN

Prof. Dr. Stefan Selke
Prof. Dr. Stefanie Betz
Dr. Manuela Bombana, PhD
Dr. Debora Frommeld
Dr. Timm Genett
Lena Gorgenländer
Mag. phil. Dr. theol. Thomas Gremsl
Theresa Hannig
Lina Hermeling, M.Sc.
Dr. Daniel Houben
Moritz Klein
Selina Moosmann
PD Dr. Gerhard Müller
Dirk Nolte
Prof. Dr. Melanie Schnee
Andreas Süss
Adam Visy
Nele Wulf

DESIGN

Katja Stehle
mail@katjastehle.com
Sarah Schuhmann
sai.saraais@gmail.com

BILDNACHWEIS

Illustrationen: Sarah Schuhmann
Grafiken: Katja Stehle, Sarah Schuhmann,
AOK Baden-Württemberg
Collagen: Jessica Messer
Fotos: Unsplash, Pexels, AOK Baden-
Württemberg / Mitja Maroša

DRUCK UND VERARBEITUNG

Offsetdruckerei Karl Grammlich GmbH
Karl-Benz-Straße 3
72124 Pliezhausen

DANKSAGUNG

Das Forschungs-Team bedankt sich bei:

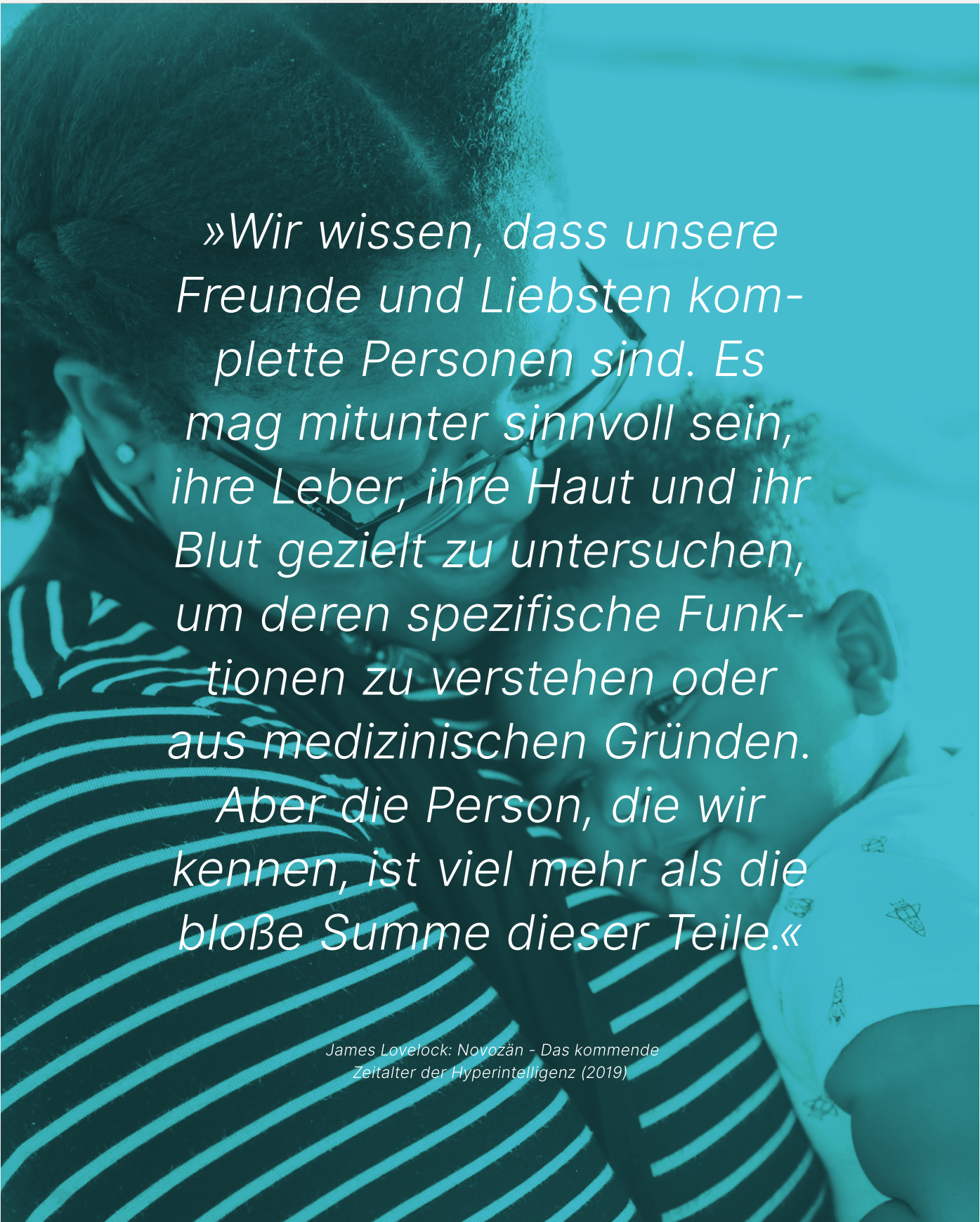
Allen Interview-Partner*innen

Der AOK Baden-Württemberg für die
großzügige Förderung dieser Ausgabe

ISSN

2702-5934

© 2021 Hochschule Furtwangen



*»Wir wissen, dass unsere
Freunde und Liebsten kom-
plette Personen sind. Es
mag mitunter sinnvoll sein,
ihre Leber, ihre Haut und ihr
Blut gezielt zu untersuchen,
um deren spezifische Funk-
tionen zu verstehen oder
aus medizinischen Gründen.
Aber die Person, die wir
kennen, ist viel mehr als die
bloße Summe dieser Teile.«*

*James Lovelock: Novozän - Das kommende
Zeitalter der Hyperintelligenz (2019)*

Gefördert durch:

Kooperationspartner:



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR WISSENSCHAFT, FORSCHUNG UND KUNST



AOK Baden-Württemberg

