



Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2010



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax (0221) 99 87-39 50

Büro Berlin: Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

www.pkv.de · info@pkv.de

Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2010

Inhalt

Vorwort	3
1. Wirtschaftliche Entwicklung des Verbandes und seiner Mitgliedsunternehmen	9
1.1 Allgemeiner Überblick und Aufbau des Verbandes	11
1.2 Versicherungsbestand	12
1.3 Erträge	19
1.4 Aufwendungen	22
2. Der PKV-Verband in der Öffentlichkeit	25
2.1 Gesundheitspolitische Diskussion	27
2.2 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes	40
2.3 Präventions-Engagement der PKV	47
2.4 Umzug des Verbandes in die Cologne Oval Offices	50
3. Entwicklungen im Leistungsbereich	51
3.1 Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte	53
3.2 Arzneimittel	74
3.3 Stationäre Leistungen	79
3.4 Private Pflegepflichtversicherung	87
4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen ...	105
4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen	107
4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft	113
4.3 Rechnungslegung	116
4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement	118
4.5 Internationale Zusammenarbeit	121
5. Aktuarielle Schwerpunkte im PKV-Verband	125
5.1 Entwicklung der Sterbetafel PKV-2011	127
5.2 Beitragsanpassungen im Standard- und Basistarif	130
5.3 Beitrags- und Leistungsausgleich in der Pflegepflichtversicherung ...	139
6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	143

Anhang	149
I. Verbandsorgane	
I.1 Hauptausschuss und Vorstand.....	151
I.2 Sonderausschüsse	152
I.3 PKV-Vertreter in den Gremien des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	157
I.4 Geschäftsführung	158
I.5 Landesausschüsse	160
I.6 Mitgliedsunternehmen	162
Trauerfälle	167
II. Kommentierung des PKV-Verbandes zu ausgewählten Abrechnungspositionen in der GOÄ	168
III. Abkürzungsverzeichnis	171
IV. Stichwortverzeichnis	174
V. Publikationen des PKV-Verbandes	177

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die private Krankenversicherung (PKV) ist für immer mehr Menschen in diesem Land das Versicherungssystem der Wahl. Das zeigen die Zahlen aus dem Geschäftsjahr 2010, mit denen sich der Neuzugang der Branche auf gutem Niveau stabilisiert hat.

Insgesamt waren in der PKV zum Jahresende 8,9 Millionen Menschen vollversichert, ein Plus von 1,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Der Netto-Neuzugang betrug mit 84.700 Personen zwar nur knapp die Hälfte des Zugangs im Vorjahr. Der verhältnismäßig hohe Neuzugang im Jahr 2009 beruhte aber vor allem auf einem Sondereffekt: Zum Jahresanfang trat eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Kraft und führte dazu, dass Tausende vormals Unversicherte eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben. Ohne diesen Sondereffekt ist der Neuzugang für 2010 durchaus mit dem von 2009 vergleichbar.

Diese ordentliche Entwicklung ist deshalb bemerkenswert, weil im vergangenen Jahr noch immer die unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eingeführten Hürden für den Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die PKV in Kraft waren. Dazu zählte vor allem die Drei-Jahres-Wartezeit für Angestellte.

Im laufenden Jahr 2011 dürfte der Neuzugang noch besser ausfallen. Denn die Koalition von Union und FDP hat dem Systemwettbewerb von GKV und PKV neue Impulse gegeben. So wurde im Zuge der jüngsten Gesundheitsreform die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt und die Drei-Jahres-Wartezeit wieder abgeschafft. Damit ist für viele gesetzlich Versicherte der Wechsel in die PKV nun wieder leichter möglich. Gleichzeitig werden Selbstständige, die in ein Angestelltenverhältnis wechseln, nun nicht mehr grundsätzlich in der GKV versichert.

Zudem haben zum Jahreswechsel auch wieder Angestellte mehr Wahlfreiheit erhalten, die nach einer Elternzeit oder Pflegezeit anschließend in Teilzeit arbeiten wollen. Sie können sich unter bestimmten Voraussetzungen von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen. Bislang wurde die Eltern- oder Pflegezeit dabei nicht berücksichtigt.

Auch in anderen Bereichen erzielte die Branche wichtige Erfolge. So konnte im Frühjahr 2010 eine drohende Verzerrung des Preiswettbewerbs zwischen GKV und PKV abgewendet werden. Ursprünglich plante die Bundesregierung, Arzneimittelpreise einseitig nur für die GKV zu senken. In diesem Fall wäre der PKV nicht nur eine finanzielle Entlastung vorenthalten worden, sondern es hätten sich sogar zusätzliche Belastungen ergeben. Denn die Ersparnisse in der GKV wären umso stärker zu Lasten der Privatversicherten gegangen, weil die Pharmaunternehmen einen Ausgleich ihrer Einbußen durch höhere Preise für Privatversicherte angestrebt hätten. Die Kostendynamik in der PKV hätte sich also verschärft, wenn die Branche nicht in die Arzneimittelreform einbezogen worden wäre.

Mit den Neuregelungen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes kommen den Privatpatienten dieselben Arzneimittelrabatte zu Gute, die auch für

die gesetzliche Krankenversicherung gelten. Bei neuen Medikamenten wird die PKV zudem in die Preisverhandlungen einbezogen werden.

Damit werden in PKV und Beihilfe bei den Arzneimittelkosten rund 300 Millionen Euro pro Jahr eingespart. Dies wirkt sich beitragsentlastend auf die Privatversicherten aus. Zur Realisierung dieser Rabatte hat der PKV-Verband innerhalb von nur fünf Wochen nach der Verabschiedung des Gesetzes die Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH (ZESAR) gegründet. So konnten bereits im März 2011 die ersten Rabatt-Abrechnungen an die Pharmahersteller verschickt werden.

Die gesundheitspolitische Bilanz des Jahres 2010 enthält für die PKV allerdings nicht nur Licht, sondern auch Schatten. So blieb bei den Neuregelungen im Arzneimittelbereich die Forderung der PKV nach einem eigenständigen Verhandlungsmandat unerfüllt. Zwar ist es zu begrüßen, dass sie bei neuen Medikamenten an den Preisverhandlungen beteiligt werden soll. Das erklärte Ziel der PKV bleibt jedoch, eigenständige Verträge mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen abzuschließen.

Auch die Abkehr der Regierungskoalition von ihrer Absicht, bei den Wahl- und Zusatztarifen eine klare Abgrenzung zwischen GKV und PKV vorzunehmen, ist ein Rückschritt für den Wettbewerb. Denn das rechtlich umstrittene und ordnungspolitisch fragwürdige Angebot von Zusatztarifen in der GKV soll nun fortgesetzt werden. Zusatzversicherungen wie Einbettzimmer oder Auslandsreise-schutz haben jedoch in einer sozialen Pflichtversicherung nichts zu suchen. Es droht sogar die Gefahr einer Quersubventionierung zu Lasten der vielen Pflichtversicherten, die sich selbst solche Zusatztarife gar nicht leisten können. Mit dem Angebot von Zusatzversicherungen nutzt eine öffentlich-rechtliche Körperschaft zudem ihre Privilegien, um in einen funktionierenden privatwirtschaftlichen Markt einzudringen.

Immerhin wurde das Verbot einer Quersubventionierung von Wahlтарifen in der GKV konkretisiert. Die Krankenkassen müssen nunmehr der GKV-Aufsicht mindestens alle drei Jahre das versicherungsmathematische Gutachten eines Aktuars über die Kalkulation vorlegen. Ordnungspolitisch wäre indes die klare Abgrenzung der Systemkompetenzen der einzig richtige Weg gewesen. Und auch verbraucherpolitisch sind Wahlтарife in der GKV fehl am Platz. Weil die gesetzlichen Krankenkassen einen solchen Tarif bei Unterkalkulation jederzeit schließen können, haben die Versicherten keine dauerhafte Sicherheit. In der PKV dagegen ist der tariflich vereinbarte Leistungsumfang ein Leben lang garantiert. Dafür stehen die Unternehmen mit ihrem Eigenkapital ein.

Auch nach der Reform von 2010 steht die deutsche Gesundheitspolitik weiter vor großen Herausforderungen. Das gilt etwa für den Bereich der Pflegeversicherung. Obwohl die Zahl der Pflegebedürftigen permanent wächst und die Ausgaben der Pflegeversicherung kontinuierlich steigen, werden für die gesetzlich Pflegeversicherten keinerlei Rückstellungen gebildet. Die bürgerliche Koalition hat dieses Problem erkannt: Um den Finanzproblemen der Pflegekassen vorzubeugen, planen Union und FDP gemäß Koalitionsvertrag, ein „verpflichtendes, individualisiertes und generationengerechtes“ Element der Kapitaldeckung als Ergänzung zur gesetzlichen Pflegeversicherung einzuführen. Das wäre eine geradezu historische Weichenstellung hin zu mehr Nachhaltigkeit in der Pflege.

Wenn das neue Element der Kapitaldeckung eine gute Wirkung entfalten soll, muss der Kapitalstock jedoch unbedingt außerhalb des politischen Einflussbereiches angelegt werden. Nur so würde die Politik vor der Versuchung bewahrt, die Geldreserven für aktuelle Ziele in anderen Bereichen aufzubrechen, anstatt damit nachhaltig für die Pflege vorzusorgen. Die private Krankenversicherung steht hier als verlässlicher Partner mit 25 Jahren Erfahrung in der Kalkulation von Pflegezusatzversicherungen bereit, um die Verantwortung für den Aufbau eines kapitalgedeckten Zusatzelementes in der Pflegeversicherung zu übernehmen.

Diese Kompetenz in der Pflege hat die PKV auch im Jahr 2010 weiter ausgebaut. So wird sie sich in Zukunft aktiv an den Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen beteiligen. Während die Politik die erforderlichen Rahmenbedingungen schafft, hat der PKV-Verband die entsprechende Fachabteilung bereits gegründet. Bislang wurden schon über 70 hochqualifizierte Pflegefachkräfte als Qualitätsprüfer und Auditoren in ganz Deutschland eingestellt. Bis zum Sommer dieses Jahres soll das Personal auf etwa 120 Mitarbeiter aufgestockt werden.

Zum Hintergrund: Die Qualität der Pflegeeinrichtungen wird in allen ambulanten Pflegediensten und stationären Altenpflegeeinrichtungen mindestens einmal jährlich überprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen werden seit dem vergangenen Jahr im Internet veröffentlicht und müssen in den jeweiligen Heimen gut sichtbar ausgehängt werden. Damit soll den Verbrauchern die Auswahl der passenden Einrichtung erleichtert werden. Bislang wurden diese Qualitätsprüfungen ausschließlich von den Medizinischen Diensten der gesetzlichen Krankenversicherung (MDK) durchgeführt. Da etwa 10 Prozent der Pflegeversicherten privat versichert sind, verpflichtet das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auch die privaten Versicherungsunternehmen, sich im Umfang von 10 Prozent an den Qualitätsprüfungen zu beteiligen. Der PKV-Verband will sich jedoch nicht mit einer bloßen Kostenübernahme von der gesetzlichen Pflicht „freikaufen“, sondern diese wichtige Aufgabe selbst wahrnehmen und damit eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung in Deutschland spürbar mitgestalten. Daher wird die neue Abteilung des Verbandes „Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen“ zukünftig gemäß dem gesetzlich definierten Anteil der PKV pro Jahr etwa 2.300 Pflegeeinrichtungen prüfen.

Diese Beteiligung an der Prüfung von Pflegeeinrichtungen ist ein weiterer Baustein der Kompetenz-Offensive in der Pflege, zu der auch die private Pflegeberatung COMPASS und die gemeinnützige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ gehören.

Von zentraler Bedeutung für die private Krankenversicherung ist zudem die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Ärzte sind bei der Behandlung von Privatpatienten verpflichtet, nach dieser Verordnung abzurechnen. Der dringende Reformbedarf der jahrzehntealten GOÄ ist offenkundig. Sie bildet in weiten Teilen den Stand der Medizin der späten 1970er Jahre ab und enthält überdies viele Fehlanreize zu medizinisch nicht notwendigen oder sogar schädlichen Mengenausweitungen. Die PKV fordert daher eine grundlegende Strukturreform. Dafür hat sie ein schlüssiges Konzept erarbeitet, das zusammen mit einem Modell der Ärzteschaft nun die Grundlage für weitere Diskussionen mit dem Bundesgesundheitsministerium bildet.

Das GOÄ-Reformkonzept der PKV basiert auf den besten verfügbaren betriebswirtschaftlichen Kostendaten und schafft damit große Transparenz für alle Beteiligten. Es sieht vor allem eine Stärkung der „sprechenden Medizin“ vor,

also eine relativ bessere Vergütung der persönlichen Zuwendung des Arztes zu seinen Patienten. Das Konzept umfasst auch eine „Öffnungsklausel“, die es erlaubt, auf freiwilliger Basis zwischen Ärzten und PKV von der Gebührenordnung abweichende Vereinbarungen über Qualität, Mengen und Preise medizinischer Leistungen zu treffen. Damit würde das Leistungsangebot für die Privatversicherten weiter verbessert.

In der Privatmedizin lassen sich Preisdifferenzierungen im Arzt-Patienten-Verhältnis in vielen Fällen gut begründen: etwa als Honorierung im Bereich eines Gesundheitsmanagements, für optimale Diagnose und Therapie, für Serviceleistungen wie kurze Wartezeiten, Feierabend- oder Wochenend-Sprechstunden, für medizinisch intensive Behandlungen bei besonderen Schwierigkeiten und vieles mehr.

In anderen Bereichen sind Preisdifferenzierungen indes kaum begründbar. So ist es für einen Patienten nicht nachvollziehbar, dass er für ein industriell hergestelltes Produkt - und um nichts anderes handelt es sich bei Arzneimitteln - einen höheren Preis zahlen muss, nur weil er einem anderen Versicherungssystem angehört. Manche Kritiker haben die Einbeziehung der Privatversicherten in die allgemeinen Arzneimittelrabatte als eine vermeintliche Annäherung der Systeme von PKV und GKV bewertet, doch diese Vermutung entbehrt jeder Grundlage. Dasselbe gilt für Kommentare, die sogar den Ruf der PKV nach mehr Vertragskompetenz gegenüber den Leistungserbringern als Hinweis auf eine Konvergenz der Versicherungssysteme interpretieren wollten. Nur weil die PKV Verhandlungskompetenzen fordert, mutiert sie noch lange nicht zu einer GKV. Das Instrument der vertraglichen Vereinbarung ist älter als die deutsche Sozialversicherung. Bei der Gebührenordnung für Ärzte etwa würde eine Öffnungsklausel für Versicherer und Ärzte ja gerade die Möglichkeit eröffnen, von starren staatlichen Vorgaben abzuweichen.

Der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV lebt vom Unterschied. Als „zweite GKV“ dagegen wird die PKV nicht gebraucht. Eine Annäherung an die GKV ist daher für die PKV auch in Zukunft vollkommen ausgeschlossen. Für die private Krankenversicherung gelten nach wie vor besondere und unveräußerliche Identitätsmerkmale:

- leistungsgerechte Vergütung
- lebenslange Leistungszusage
- freie Arztwahl
- Wahlfreiheit der Versicherungsleistungen
- Therapiefreiheit
- nachhaltige Finanzierung durch Kapitaldeckung
- Teilhabe am medizinischen Fortschritt

Die Dualität und der Wettbewerb von PKV und GKV tragen wesentlich zu einer qualitativ guten medizinischen Versorgung für alle bei. Die PKV führt als demografiefeste Säule zu einer Stabilisierung des Gesamtsystems, sie bietet eine echte qualitative Alternative und eröffnet den Versicherten Wahlmöglichkeiten, die es in einem Einheitssystem niemals geben würde.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Pläne von SPD, Grünen und Linkspartei für eine so genannte Bürgerversicherung politisch nicht zu verantworten sind. Sie würden die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens

schwächen und überdies die Tragfähigkeit des Systems in der absehbaren demografischen Entwicklung massiv verschlechtern. Deswegen gilt heute mehr denn je: Nur mit einer starken PKV als attraktive Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung kann das deutsche Gesundheitssystem auch in Zukunft eines der besten der Welt bleiben.

Köln, im Mai 2011

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Schulte'.

Reinhold Schulte
Vorsitzender

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. Volker Leienbach'.

Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor



1. Wirtschaftliche Entwicklung des Verbandes und seiner Mitgliedsunternehmen



1.1 Allgemeiner Überblick und Aufbau des Verbandes



Zweck des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) ist die Vertretung und Förderung der Allgemeininteressen der privaten Krankenversicherung und seiner Mitgliedsunternehmen. Der Verband hat ferner die Funktion, die PKV-Position in sozialpolitischen Entscheidungen durch fachliche Stellungnahmen und Teilnahme an Anhörungen im nationalen und europäischen Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Ferner werden die Mitgliedsunternehmen in Grundsatzfragen der Tarifgestaltung, beispielsweise bei Einführung neuer Tarife wie der Pflegepflichtversicherung, beraten.

Die Ausführungen in diesem Kapitel geben das vorläufige Geschäftsergebnis der 43 ordentlichen Mitgliedsunternehmen des Verbandes für das Jahr 2010 wieder. Es konnte anhand der Angaben aus den Quartalsberichten von Unternehmen, die über 99 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen verfügen, ermittelt werden. Aus zusätzlichen statistischen Erhebungen bei den Mitgliedsunternehmen werden weitere Daten gewonnen. Nichtsdestotrotz lagen für diesen Rechenschaftsbericht teilweise nur geschätzte Angaben der Unternehmen vor. Die folgenden Zahlen sind daher nur vorläufig und als gerundete Werte zu verstehen. Die endgültigen Zahlenangaben, die erfahrungsgemäß Differenzen gegenüber den vorläufigen Werten aufweisen, werden im Zahlenbericht 2010/2011 als Ergänzung zu dieser Veröffentlichung im Herbst bekannt gegeben. Die zurzeit neuesten exakten Zahlen sind im Zahlenbericht 2009/2010 veröffentlicht, der auf www.pkv.de zu finden ist.

Der Verband hatte Ende 2010 43 ordentliche Mitglieder und ein außerordentliches Mitglied; zwei Unternehmen stellten verbundene Einrichtungen dar.

43 Mitgliedsunternehmen

- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 24 Aktiengesellschaften

1 außerordentliches Mitgliedsunternehmen¹

Das Versicherungsunternehmen ist kein ordentliches Mitglied, da es die Krankenversicherung zusammen mit einem anderen Versicherungszweig betreibt.

2 verbundene Einrichtungen

- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
- Postbeamtenkrankenkasse

¹ Im ersten Quartal 2011 wurden zwei weitere Unternehmen als außerordentliche Mitgliedsunternehmen in den Verband aufgenommen.

Es gibt zwei Rechtsformen für Unternehmen der privaten Krankenversicherung: die Aktiengesellschaft (AG) und den Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG).

	Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit		Aktiengesellschaften	
	2010	2009	2010	2009
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	19	19	24	26
Anzahl der Vollversicherten	4.466.600	4.428.900	4.429.000	4.382.000
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	50,2	50,3	49,8	49,7
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	14.430,0	13.582,0	18.865,0	17.885,9
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	43,3	43,2	56,7	56,8

R10/1102 – Werte für 2010 vorläufig

10 Aktiengesellschaften waren Tochterunternehmen von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 3.230 Mio. Euro machten 9,7 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 10,0 Prozent des Gesamtbestandes an Vollversicherten der PKV.

1.2 Versicherungsbestand

Krankheitsvollversicherung

Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 33.295 Mio. Euro beträgt 72 Prozent.

Der Nettoneuzugang in der Vollversicherung betrug mit 84.700 Personen im Jahr 2010 nur knapp die Hälfte des Zugangs im Vorjahr (171.600). Der verhältnismäßig hohe Neuzugang 2009 war allerdings vor allem einem Sondereffekt zu verdanken: Zum Jahresanfang trat eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Kraft, in deren Folge Tausende vormals Unversicherte eine private Krankenversicherung abschlossen. Ohne diesen Sondereffekt ist der Neuzugang 2010 durchaus mit dem von 2009 vergleichbar.

	2010	2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.895.600	8.810.900	+ 84.700	+ 1,0

R10/1201 – Werte für 2010 vorläufig

Neben dem Nettoneuzugang gibt es noch zwei weitere Größen, die die Bestandsveränderungen in der PKV beschreiben: die Wanderungsbewegung zwischen PKV und GKV und den Bruttoneuzugang.

Die Wanderungsbewegung stellt dar, wie viele Personen zwischen der GKV und der PKV wechseln. Die Rückkehr in die GKV ist für einen Privatversicherten grundsätzlich nur möglich, wenn er versicherungspflichtig wird (zum Beispiel weil sein Einkommen sinkt) oder wenn er als beitragsfreies Familienmitglied gesetzlich versichert sein kann.

Wanderungsbewegung	2010	2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	227.800	288.200	- 60.400	- 21,0
Abgänge zur GKV	151.900	146.500	+ 5.400	+ 3,7
Differenz	75.900	141.700	- 65.800	- 46,4

R10/1202 – Werte für 2010 vorläufig

Im Bruttoneuzugang werden alle Personen gezählt, die eine Krankheitsvollversicherung neu abgeschlossen haben. Im Gegensatz zur Wanderungsbewegung sind hier deshalb auch die Zugänge durch Geburten und Wechsel aus anderen PKV-Unternehmen enthalten. Die Abgänge aus der PKV durch Kündigung des Versicherungsschutzes oder Tod werden jedoch nicht berücksichtigt.

	2010	2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	492.100	566.100	- 74.000	- 13,1

R10/1203 – Werte für 2010 vorläufig

Im Jahr 2010 waren knapp 48 Prozent der Vollversicherten beihilfeberechtigt. Frauen haben am Vollversichertenbestand einen geringeren Anteil als Männer. Worauf dies zurückzuführen ist, lässt sich im Einzelnen nicht feststellen. Ein Grund dürfte sein, dass Arbeitnehmerinnen im Durchschnitt ein geringeres Einkommen haben und deshalb seltener die Versicherungspflichtgrenze überschreiten.

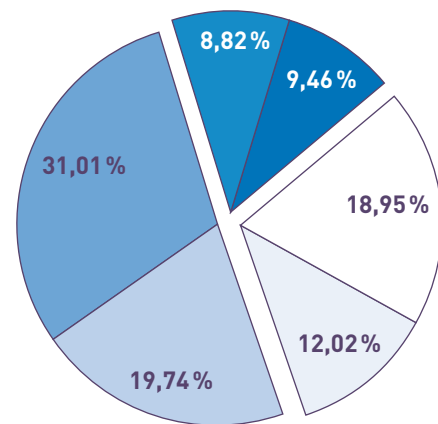
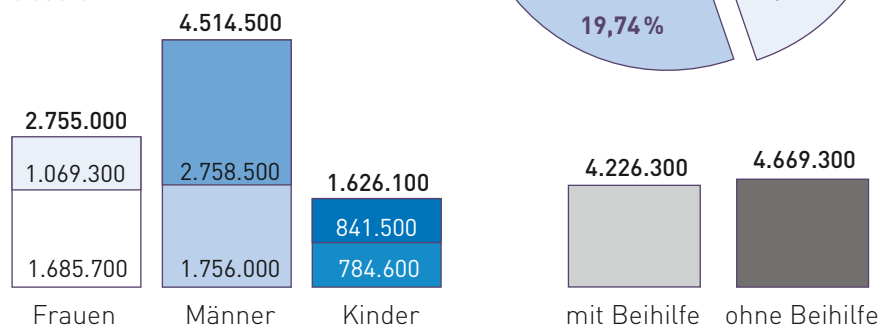
Wanderungsbewegung

Bruttoneuzugang

Zusammensetzung des Bestandes

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2010

- Frauen mit Beihilfe
- Frauen ohne Beihilfe
- Männer mit Beihilfe
- Männer ohne Beihilfe
- Kinder mit Beihilfe
- Kinder ohne Beihilfe

**absolut**

R10/1204 – Werte für 2010 vorläufig

Rund 82 Prozent der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chefarztbehandlung im Krankenhaus beinhaltet.

	2010	2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.298.800	7.300.200	- 1.400	0,0

R10/1205 – Werte für 2010 vorläufig

Zusätzlich zur Krankheitsvollversicherung können die Versicherten eine Krankentagegeldversicherung abschließen, um ihren Verdienstausschlag im Krankheitsfall abzusichern.

	2010	2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	2.046.700	2.055.300	- 8.600	- 0,4

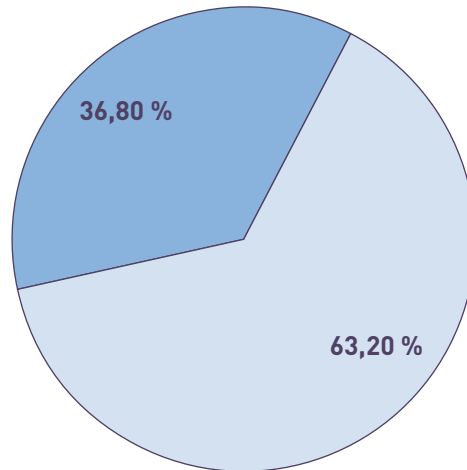
R10/1206 – Werte für 2010 vorläufig

Die Krankentagegeldversicherung umfasst zwei Bereiche: zum einen die Tagegeldversicherung für Freiberufler und Selbständige, die das Risiko des Einkommensausfalls bereits vom 4. oder 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit an abdeckt, und

zum anderen die Tagegeldversicherung für Arbeitnehmer, die zumeist von der 7. Krankheitswoche an ein Tagegeld benötigen.

Versichertenstruktur in der Krankentagegeldversicherung für vollversicherte Personen 2010

- Arbeitnehmer
- Selbstständige



R10/1207 – Werte für 2010 vorläufig

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif der PKV, dessen Leistungen denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind und dessen Beitrag auf den Höchstbeitrag in der GKV begrenzt ist.

Standardtarif

versicherte Personen im Standardtarif ¹	2010	2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.800	5.700	+ 1.100	+ 19,3
ohne Beihilfe	34.800	32.700	+ 2.100	+ 6,4
insgesamt	41.600	38.400	+ 3.200	+ 8,3
davon Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	1.485	840	+ 645	+ 76,8

1 Die versicherten Personen im Standardtarif sind auch in den Angaben zum Bestand der Krankheitsvollversicherung enthalten.

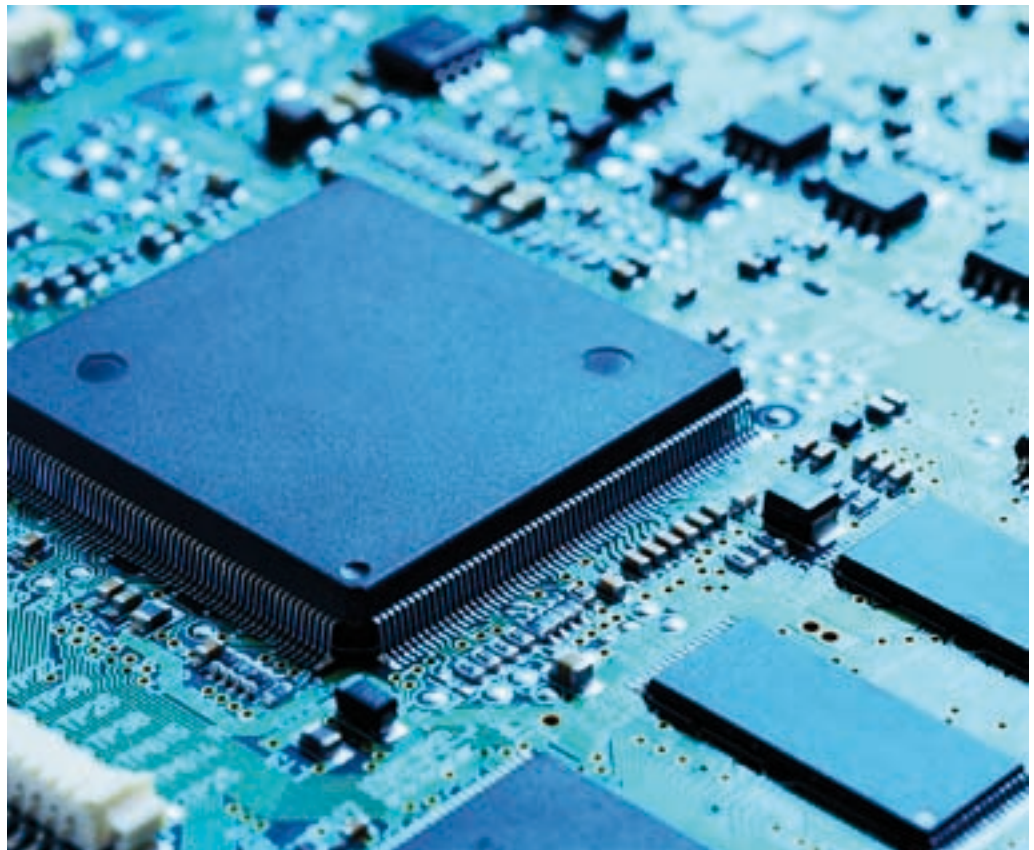
2 Der Beitrag ist im Standardtarif auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Liegt der Beitrag kalkulatorisch über dieser Grenze, so wird er gekappt. Der gekappte Betrag wird über Umlage von allen PKV-Versicherten finanziert.

R10/1208 – Werte für 2010 vorläufig

Seit dem 1. Januar 2009 bieten die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen brancheneinheitlichen Basistarif an. Für diesen gilt ein gesetzlich vorgeschriebener Kontrahierungszwang, Risikozuschläge dürfen nicht erhoben werden. Zudem ist der Beitrag auf den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt und muss bei Hilfebedürftigkeit des Versicherten halbiert werden.

versicherte Personen im Basistarif	2010	2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	21.000	13.500	+7.500	+55,6
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif	4.300	4.600	-300	-6,5
aus der Nichtversiche- rung (seit 2009)	7.300	5.200	+2.100	+40,4
aus der GKV	400	300	+100	+33,3
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	8.400	3.200	+5.200	+162,5
Wechsel zwischen den Unternehmen	400	200	+200	+100,0
sonstiger Zugang	200	0	+200	-

R10/1209 – Werte für 2010 vorläufig



Pflegeversicherung

Der Bestand in der Pflegeversicherung weicht von der Krankheitsvollversicherung ab, da auch einige freiwillig gesetzlich Versicherte sowie die Versicherten der verbundenen Einrichtungen Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten privat pflegeversichert sind.

Personen mit Pflegeversicherung	2010	2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	2.870.300	2.847.100	+ 23.200	+ 0,8
Männer	5.043.700	5.009.500	+ 34.200	+ 0,7
Kinder	1.679.100	1.677.500	+ 1.600	+ 0,1
insgesamt	9.593.100	9.534.100	+ 59.000	+ 0,6

R10/1210 – Werte für 2010 vorläufig

Zusatzversicherungen

Die Zusatzversicherungen haben in den vergangenen Jahren einen deutlichen Bestandszuwachs erfahren. Ursächlich dafür sind insbesondere zwei Faktoren: Durch die Einschnitte in den Leistungskatalog der GKV infolge der 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsreform sowie die damit einhergehenden Diskussionen über Leistungskürzungen halten immer mehr Menschen eine zusätzliche Absicherung für notwendig oder zumindest für sinnvoll. Zudem sind mit dem GKV-Modernisierungsgesetz Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen möglich geworden. Dadurch ist für viele Menschen der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung leichter geworden.

	2010	2009	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Zusatzversicherungen	21.906.200	21.478.400	+ 427.800	+ 2,0

R10/1211 – Werte für 2010 vorläufig

Die folgenden Zusatzversicherungen werden in der Regel nur von gesetzlich Versicherten abgeschlossen:

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2010	2009	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	3.403.100	2.943.600	+459.500	+15,6
	Männer	2.626.700	2.308.200	+318.500	+13,8
	Kinder	1.583.400	1.509.900	+73.500	+4,9
	insgesamt	7.613.200	6.761.700	+851.500	+12,6
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.546.100	2.514.600	+31.500	+1,3
	Männer	1.741.500	1.729.100	+12.400	+0,7
	Kinder	1.355.900	1.321.700	+34.200	+2,6
	insgesamt	5.643.500	5.565.400	+78.100	+1,4
Zahntarife	Frauen	6.112.300	5.849.500	+262.800	+4,5
	Männer	4.643.800	4.457.500	+186.300	+4,2
	Kinder	1.991.800	2.075.200	-83.400	-4,0
	insgesamt	12.747.900	12.382.200	+365.700	+3,0
insgesamt¹	Frauen	7.922.600	7.668.300	+254.300	+3,3
	Männer	5.939.800	5.764.800	+175.000	+3,0
	Kinder	2.650.900	2.685.300	-34.400	-1,3
	insgesamt	16.513.300	16.118.400	+394.900	+2,4

1 Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife abschließen. Er wird in diesem Fall mehrfach gezählt. Für die Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert.

R10/1212 – Werte für 2010 vorläufig

Darüber hinaus sind die folgenden Versicherungsarten nicht nur für gesetzlich, sondern auch privat Versicherte als Ergänzung ihrer Vollversicherung interessant:

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten	2010	2009	Veränderung absolut in Prozent	
Krankentagegeld- versicherung	3.466.100	3.450.800	+15.300	+0,4
Krankenhaustage- geldversicherung	8.333.500	8.449.900	-116.400	-1,4
Pflegezusatz- versicherung	1.702.200	1.500.500	+201.700	+13,4
davon				
Pflegetagegeld- versicherung	1.508.200	1.308.100	+200.100	+15,3
Pflegekosten- versicherung	289.500	273.900	+15.600	+5,7

R10/1213 – Werte für 2010 vorläufig

Besondere Versicherungsformen

Neben der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung bieten private Krankenversicherungsunternehmen auch besondere Versicherungsformen an, die sich keiner der zuerst genannten Versicherungsarten zuordnen lassen. Zu diesem Zeitpunkt liegen von diesen nur Angaben über die Versichertenzahl in der Auslandsreisekrankenversicherung vor.

	2010		2009		Veränderung	
					absolut	in Prozent
Auslandsreisekrankenversicherung	23.132.100		24.770.900		- 1.638.800	- 6,6

R10/1214 – Werte für 2010 vorläufig

Obwohl der Bestand in der Auslandsreisekrankenversicherung sehr hoch ist, hat diese Versicherungsform gemessen an den Beitragseinnahmen nur eine geringe Relevanz.

1.3 Erträge

Beitragseinnahmen

Die Versicherten zahlen für ihren Versicherungsschutz Beiträge. Die hier behandelten Beitragseinnahmen der Unternehmen resultieren aus selbst abgeschlossenen deutschem Geschäft. Einnahmen aus Rückversicherungsverträgen oder Tätigkeiten im Ausland sind also nicht enthalten. Bei den Beitragseinnahmen wird zwischen abgegrenzten und unabgegrenzten Werten unterschieden.

Die unabgegrenzten Beitragseinnahmen umfassen alle innerhalb eines Jahres von den Versicherten geleisteten Zahlungen an die Unternehmen, und zwar unabhängig davon, welchem Geschäftsjahr sie wirtschaftlich zuzuordnen sind. Abgestellt wird allein auf den Zahlungszeitpunkt. Die abgegrenzten Beitragseinnahmen werden hingegen periodengerecht genau dem Geschäftsjahr zugeordnet, für das sie gezahlt wurden.

Der Unterschied zwischen den abgegrenzten und den unabgegrenzten Beitrags-einnahmen ist gering, weil in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung überwiegend Monatsbeiträge gezahlt werden und deshalb die Beitragsüberhänge von einem Jahr zum anderen relativ niedrig ausfallen. Im Folgenden werden die unabgegrenzten Beitragseinnahmen dargestellt, da nur so eine Gliederung nach Versicherungsarten möglich ist.

Auslandsreisekranken-
versicherung

Unabgegrenzte
und abgegrenzte
Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach
Versicherungsarten

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	2010 in Mio. Euro	2009 in Mio. Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	24.120	22.564,2	+ 1.560	+ 6,9
Pflegeversicherung	2.110	2.074,2	+ 40	+ 1,7
Zusatzversicherungen	6.410	6.139,8	+ 270	+ 4,4
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.340	4.121,4	+ 220	+ 5,3
Krankentagegeldversicherung	1.020	1.010,1	+ 10	+ 1,0
Krankenhaustagegeldversicherung	610	628,9	- 20	- 3,2
Pflegezusatzversicherung	440	379,4	+ 60	+ 15,8
Besondere Versicherungsformen	655	689,7	- 30	- 4,3
davon				
Auslandsreisekrankenversicherung	320	378,2	- 60	- 15,9
Spezielle Ausschnittsversicherungen	100	89,0	+ 10	+ 11,2
Beihilfeablöseversicherung	230	218,1	+ 10	+ 4,6
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	5	4,4	0	0,0
insgesamt	33.295	31.467,9	+ 1.830	+ 5,8
insgesamt ohne Pflegeversicherung	31.185	29.393,7	+ 1.790	+ 6,1

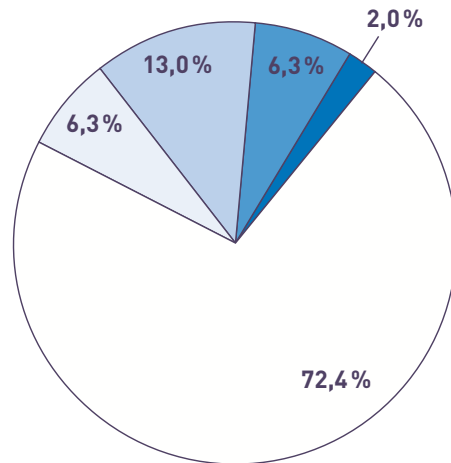
R10/1301 – Werte für 2010 vorläufig



An den Beitragseinnahmen der einzelnen Versicherungsarten lässt sich deren Bedeutung für die Branche ablesen. Die Krankheitsvollversicherung ist demnach das Standbein der PKV. Trotz der Zuwächse im Bestand hat die Zusatzversicherung eine deutlich geringere Relevanz.

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2010

- ☐ Krankheitsvollversicherung
- ☐ Pflegeversicherung
- ☐ Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz
- ☐ sonstige Zusatzversicherungen (Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld, Pflegezusatz)
- ☐ Besondere Versicherungsformen



R10/1302 – Werte für 2010 vorläufig

Anteil der Beitrags-
einnahmen nach
Versicherungsarten 2010

Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung

Die Mittel aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) werden entweder an die Versicherten ausgezahlt oder bei Beitragsanpassungen als Einmalbeitrag eingesetzt. Beim Einsatz als Einmalbeitrag werden entweder Alterungsrückstellungen aufgefüllt oder die Mittel werden mit Beitragsforderungen verrechnet. Dadurch werden Beitragserhöhungen gemindert oder verhindert, manchmal sogar Beitragssenkungen ermöglicht.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung auf die einzelnen Versicherungsarten:

Einmalbeiträge aus den RfB nach Versicherungsarten	2010	2009	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.990	1.353,2	+ 640	+ 47,3
Pflegeversicherung	750	5,3	+ 740	+ 13.962,3
Zusatzversicherungen	100	135,6	- 40	- 29,5
Besondere Versicherungsformen	0	0,0	0	0,0
insgesamt	2.840	1.494,1	+ 1.350	+ 90,4

R10/1303 – Werte für 2010 vorläufig

1.4 Aufwendungen

Leistungen an die
Versicherten

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Sie betrugen im Jahr 2010 insgesamt 21.920 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 87,7 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2009 betrug dieser Wert 84,5 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 1.826,7 Mio. Euro – 66,6 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Leistungen an Versicherte	2010	2009	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	21.200	20.453,4	+ 750	+ 3,7
Pflegeversicherung	720	667,7	+ 50	+ 7,5
insgesamt	21.920	21.121,1	+ 800	+ 3,8

R10/1401 – Werte für 2010 vorläufig



Die Kostenentwicklung hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht abgeschwächt (2009: plus 4,6 Prozent). Sie liegt aber noch immer deutlich über der allgemeinen Preissteigerung und auch über der Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Kostenanstieg von 2,9 Prozent.

Die folgende Übersicht zeigt die Veränderung der Leistungen, bereinigt um den Bestandszuwachs:

Veränderung der Versicherungsleistungen 2009 / 2010 je Versicherten	Veränderung in Prozent
ambulante Leistungen	+ 1,1
davon	
Arztbehandlung	+ 1,1
Heilpraktikerbehandlung	- 4,2
Arzneien und Verbandmittel	+ 1,7
Heilmittel	+ 3,1
Hilfsmittel	+ 1,8
Zahnleistungen	+ 4,1
davon	
Zahnbehandlung	+ 2,8
Zahnersatz	+ 5,5
Kieferorthopädie	- 0,7
stationäre Leistungen	+ 4,1
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 6,9
Wahlleistung Chefarzt	+ 0,2
Wahlleistung Unterkunft	- 2,5
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 5,8
Versicherungsleistungen für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+ 2,5

R10/1402 – Werte für 2010 vorläufig

Angesichts einer unveränderten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) müsste der Pro-Kopf-Kostenanstieg für die ambulante Arztbehandlung eigentlich bei Null liegen. Das massive Ausreizen der Ermessensspielräume und Steigerungsfaktoren der GOÄ hat insgesamt zu einem extremen Kostenniveau geführt, doch selbst auf diesem Höchstniveau ist es nochmals zu einer Steigerung um 1,1 Prozent gekommen. Die hohen prozentualen Kostenanstiege bei den Zahnleistungen sowie den Krankenhausleistungen sind größtenteils auf Sondereinflüsse aus entsprechenden Zusatzversicherungen sowie aus Gesetzesänderungen zur Krankenhausfinanzierung zurückzuführen.

Veränderung der
Versicherungsleistungen

Alterungsrückstellungen

Die private Krankenversicherung bildet Alterungsrückstellungen, um den höheren Krankheitskosten aufgrund des steigenden Lebensalters der Versicherten entgegenzuwirken. Auf diese Weise wird garantiert, dass die Beiträge nicht steigen, weil der Versicherte älter wird. Die folgende Tabelle zeigt die Summe der Alterungsrückstellungen sowie die Zuführung im Jahr 2010:

Alterungs- rückstellungen	2010	2009	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	133.500	124.923,0	+ 8.600	+ 6,9
Pflegeversicherung	21.500	20.401,2	+ 1.100	+ 5,4
insgesamt	155.000	145.324,2	+ 9.700	+ 6,7

R10/1403 – Werte für 2010 vorläufig

Verwaltungs- und
Abschlussaufwendungen

Die Kosten, die den Unternehmen durch die Aufrechterhaltung des Versicherungsbetriebes entstehen, werden unterschieden in Verwaltungsaufwendungen und Abschlussaufwendungen.

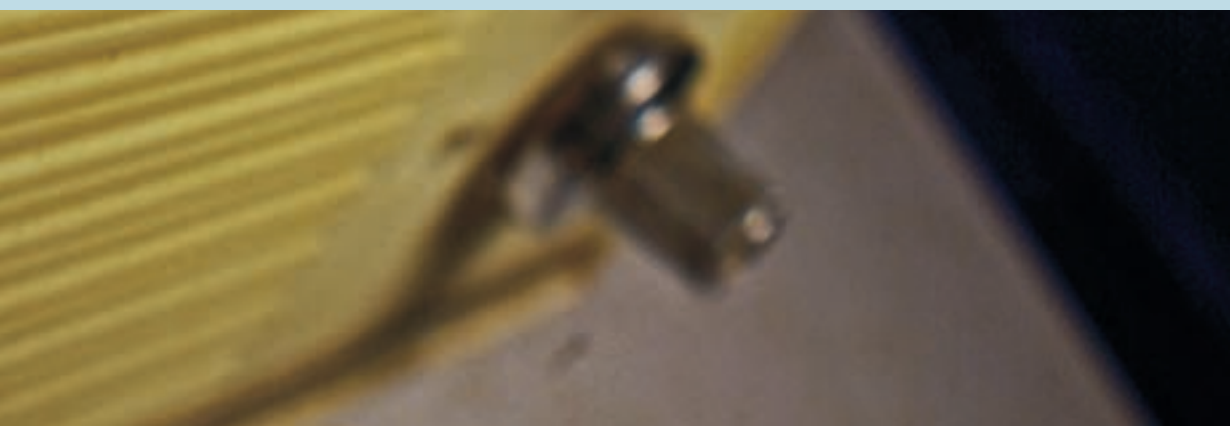
	2010	2009	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.680	2.668,5	+ 10	+ 0,4
Verwaltungsaufwendungen	800	802,6	0	0,0
insgesamt	3.480	3.471,1	+ 10	+ 0,3

R10/1404 – Werte für 2010 vorläufig

Der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an den Beitragseinnahmen hat seit 1975 mit nur wenigen Unterbrechungen stetig abgenommen.



2. Der PKV-Verband in der Öffentlichkeit



2.1 Gesundheitspolitische Diskussion

Für die private Krankenversicherung (PKV) war das Jahr 2010 im Wesentlichen von zwei größeren Gesetzgebungsverfahren gekennzeichnet: dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz) und dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG). Mit beiden Gesetzen nahm die neue bürgerliche Koalition aus CDU, CSU und FDP direkten Bezug auf den Koalitionsvertrag. Die PKV konnte sich dabei berechnete Hoffnung auf bessere Rahmenbedingungen machen, enthielt der Koalitionsvertrag doch ein klares Bekenntnis zur PKV als konstitutives Element eines freiheitlichen Gesundheitswesens.

GKV-Finanzierungsgesetz

Erleichtertes Wechselrecht

Im November 2010 ist vom Bundestag das GKV-Finanzierungsgesetz beschlossen worden. Im Rahmen dieser Gesetzgebung ist die dreijährige Wartezeit für Angestellte, die in die PKV wechseln wollen, zurückgenommen worden. Nach der neuen Rechtslage besteht jetzt wieder Versicherungsfreiheit ab dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Jahresarbeitsentgeltgrenze erstmalig überschritten wurde (§ 6 Abs. 4 SGB V). Berufsanfänger sind bei entsprechendem Gehalt sofort versicherungsfrei, können sich also von Beginn an privat versichern. Dies gilt auch für Selbstständige, die in ein Angestelltenverhältnis wechseln und ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze haben. Personen, die bislang in Deutschland nicht beschäftigt waren, sind bei entsprechend hohem Gehalt ebenfalls sofort versicherungsfrei. Zusätzlich hat der Gesetzgeber Eltern bzw. Beschäftigten, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Eltern-/Pflegezeit eine Teilzeitbeschäftigung (von max. 50 Prozent vergleichbarer Vollbeschäftigung) aufnehmen und deren Gehalt theoretisch bei Vollbeschäftigung oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen würde, die Möglichkeit erleichtert, sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen. Zur Erfüllung der dazu nötigen Bedingung – die Jahresarbeitsentgeltgrenze muss seit mindestens fünf Jahren überschritten worden sein – kann nun auch die Eltern- oder Pflegezeit berücksichtigt werden.

Diese Regelungen sind am 31. Dezember 2010 in Kraft getreten. Damit sind Personen, deren regelmäßiges Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2010 überstiegen hat, die aber die Dreijahresfrist noch nicht erfüllt hatten, bereits ab dem 1. Januar 2011 versicherungsfrei.

Mit der Gesetzesänderung wird die Rechtslage vor dem 2007 eingeführten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wiederhergestellt und ein ordnungspolitisch falscher Weg beendet. Das GKV-Finanzierungsgesetz schafft wieder mehr Wahlfreiheit für die Versicherten und stärkt den Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV. Es wird nicht nur eine deutliche Benachteiligung der PKV an der Systemgrenze beseitigt, sondern es werden auch absurde Effekte auf individueller Ebene behoben:

So waren beispielsweise langjährig privat versicherte Selbstständige bei einem Wechsel in ein Angestelltenverhältnis – selbst bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze – für drei Jahre in der GKV versicherungspflichtig und wurden aus ihrem bestehenden privaten Versicherungsverhältnis gezwungen. Bei

Angestellten führte die verlängerte Wartezeit zu einem höheren Eintrittsalter in der PKV und damit einhergehend zu einem kürzeren Zeitraum zum Aufbau von Alterungsrückstellungen. Höhere Einstiegsprämien waren die Folge.

Neuzugang

Bessere Rahmenbedingungen für die PKV gehen auch von der in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung einmaligen Absenkung der Versicherungspflichtgrenze aus. In Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise ist die Versicherungspflichtgrenze von 49.950 Euro (2010) auf 49.500 Euro (2011) gesunken, da diese sich im Wesentlichen an der Entwicklung des Lohnniveaus in der Vergangenheit orientiert. Beides zusammen – das Absenken der Versicherungspflichtgrenze und die Rücknahme der restriktiven Wechselrechte in Folge des GKV-WSG – lässt einen positiven Impuls auf das Neugeschäft der PKV im Jahr 2011 erwarten. 2010 waren dagegen noch immer die Folgen der letzten großen Gesundheitsreform von 2007 zu spüren. Die Zahl der Nettoneuzugänge in die PKV stagnierte bei 84.700 Versicherten.

Neue Finanzierungsstrukturen in der GKV

Trotz der erfreulichen Neuregelung des erleichterten Zugangs zur PKV enthält das GKV-Finanzierungsgesetz auch bedenkliche Entwicklungen. Der Gesetzgeber hat sich – nach teilweise heftigem koalitionsinternen Streit – auf eine Neuordnung der Finanzierung der GKV geeinigt. Die getroffenen Maßnahmen erfüllen aber nur zum Teil die im Koalitionsvertrag formulierten Ziele in Richtung mehr Beitragsautonomie und weniger Zentralismus zurückgeblieben. Zwar wurden einige neue Akzente gesetzt, zugleich wurden aber auch die von der Schwarz-Roten-Regierung geerbten Strukturen fortgeschrieben:

Der zum 1. Januar 2009 eingeführte Gesundheitsfonds mit einheitlichem Beitragssatz bleibt bestehen. Der Beitragssatz ist infolge eines erwarteten Milliardendefizits in der GKV von zuletzt 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent (ab dem 1. Januar 2011) erhöht worden. Der Arbeitgeberbeitrag wird dabei auf der Höhe von 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben. So sollen die Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten weitgehend entkoppelt werden.

Zukünftige über die allgemeine Lohn- und Gehaltsentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen werden über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert. Diese sind kassenindividuell festzulegen und nur noch als Euro-Pauschalbetrag zu erheben (§ 242 Abs. 1 SGB V). Bei den Zusatzbeiträgen entfällt die bisherige Limitierung auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Ziel des Zusatzbeitrages ist es, die Finanz- und Beitragsautonomie der Krankenkassen zu stärken. Das ist soweit zu begrüßen, weil mit der Beitragsautonomie gleichzeitig auch Pluralität, Beitragsvielfalt und mehr Wahlfreiheiten für die Versicherten einhergehen. Es kann sich ein neuer Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen entwickeln.

Der Sozialausgleich, der die Überforderung wirtschaftlich Schwacher verhindert, orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen, hat das GKV-Mitglied Anspruch auf Ausgleichszahlungen (organisiert über den Arbeitgeber und die Rentenversicherung). Bezieher von Arbeitslosengeld II sind von der Zahlung des Zusatzbeitrags befreit.



Der Sozialausgleich soll grundsätzlich aus Steuermitteln finanziert und über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgeglichen werden. Dazu wird der Steuerzuschuss des Bundes an die GKV 2011 außerplanmäßig um 2 Mrd. Euro auf 15,3 Mrd. Euro angehoben. Im Jahr 2012 sollen entsprechende Finanzmittel den geplanten Zuschüssen von 14,0 Mrd. Euro entnommen werden.

Steuerfinanzierung

Schon im Jahr 2010 hat der steuer- und schuldenfinanzierte Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung eine neue Rekordhöhe erreicht. Mit 15,7 Mrd. Euro (11,8 Mrd. planmäßig plus 3,9 Mrd. Euro außerplanmäßig) trugen die Steuerzahler mehr als zehnmal so viel zur Finanzierung der GKV bei wie im Jahr 2007 (1,5 Mrd. Euro). Und trotzdem: Der Bundeszuschuss zur GKV soll offenbar noch weiter steigen. In welcher Höhe, bleibt im GKV-Finanzierungsgesetz offen: *„Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden. Die Höhe dieser Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.“*

Die fortgesetzte Steuerfinanzierung der GKV auf hohem Niveau wird auch über neue Schulden gedeckt und widerspricht dem Ziel einer nachhaltigen Finanzierung. Damit nicht genug: Die Steuerfinanzierung der GKV zwingt die Privatversicherten zur Subventionierung eines Versicherungssystems, dem gegenüber sie keine Ansprüche haben. Die Steuerfinanzierung stellt darüber hinaus eine wettbewerbspolitische Benachteiligung der PKV und ihrer Versicherten dar. Die von allen – auch den Privatversicherten gemäß ihrem Anteil am Steueraufkommen – finanzierten Steuersubventionen reduzieren einseitig die Beiträge zur GKV. Ohne den Steuerzuschuss von 15,7 Mrd. Euro im Jahr 2010 hätte der GKV-Beitragssatz bei 16,5 Prozent liegen müssen.

Die Folgen der Bundeszuschüsse in der GKV machen sich aber auch direkt in der PKV bemerkbar. Infolge der Zuschüsse sinkt der vom allgemeinen Beitragssatz abhängige Arbeitgeberzuschuss und erhöht somit für Angestellte den monatlichen Beitragsanteil zur PKV. Zudem reduzieren die Bundeszuschüsse im System der GKV den Höchstbeitrag im defizitären PKV-Basistarif. So werden neue, höhere Quersubventionen zwischen den klassischen Versicherungstarifen in der PKV und dem vom Gesetzgeber im Rahmen des GKV-WSG vorgeschriebenen Basistarifs ausgelöst.

Neben dem überproportionalen Finanzierungsbeitrag über höhere Preise und privatärztliche Honorare (10,5 Mrd. Euro allein im Jahr 2008) ist die anteilige Beteiligung der Privatversicherten am Steuerzuschuss zu Gunsten der GKV als zweiter „Solidarbeitrag“ Privatversicherter zu Gunsten der gesetzlich Versicherten zu betrachten. Derzeit gibt es keine politische Kraft, die das inzwischen erreichte Niveau dieser Steuerfinanzierung grundsätzlich in Frage stellt. Allerdings dürfte die ab 2016 geltende Schuldenbremse verfassungsrechtlich eine Hürde für weitere Erhöhungen des Bundeszuschusses aufbauen. Die Verzerrung des Systemwettbewerbs durch die Steuersubventionierung der GKV muss – so das Fazit – in den kommenden Jahren zurückgenommen werden.

Basistarif

Der Höchstbetrag im Basistarif stieg – entsprechend des auf 15,5 Prozent angehobenen Beitragssatzes in der GKV – zum 1. Januar 2011 auf 575,44 Euro. In Zukunft ist für die Beitragskappung im Basistarif zudem die Summe aus dem GKV-Höchstbeitrag und dem neu eingeführten durchschnittlichen Zusatzbeitrag maßgeblich. Hierfür wurde § 12 Abs. 1c VAG an die Finanzierungsreform der GKV angepasst.

Fast alle der 21.000 Versicherten im Basistarif bezahlen den vorgegebenen Höchstbetrag. Im Vergleich zum Vorjahr betrug der Zugang zum Basistarif im 7.500 Personen. Damit hat sich der dem gesetzlichen Leistungsniveau entsprechende Basistarif noch nicht zu einer Gefahr für die „echte“ private Versicherungslandschaft entwickelt. Dennoch bleibt der Tarif eine latente Bedrohung für die Existenz der privaten Krankheitsvollversicherung, insbesondere infolge seiner Subventionsbedürftigkeit: Angesichts der gesetzlichen Vorgaben ist der Basistarif auf eine Quersubventionierung durch die Versicherten in den klassischen Normaltarifen angewiesen. Eine derartige Quersubvention ist der PKV in allen klassischen Normaltarifen aufsichtsrechtlich verboten. Im Falle des Basistarifs wird sie mit dem Erfordernis eines Sozialtarifs, der bestimmte Höchstbeitragsgrenzen nicht übersteigen dürfe, begründet. Zugleich aber hat der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG die Kombination des Basistarifs mit Zusatzversicherungen ausdrücklich erlaubt.

Dieser Konstruktionsfehler erlaubt ab dem 1. Januar 2009 in die PKV gewechselten Versicherten eine ordnungspolitisch paradoxe Kombination von Subvention mit Komfort: Sie können Teile ihrer bestehenden Alterungsrückstellungen beitragsmindernd auf einen Zusatzschutz zum Basistarif anrechnen lassen – Ausnahmen bestehen nur bei denjenigen, die aufgrund von Hilfebedürftigkeit eine Beitragshalbierung in Anspruch nehmen. Diese Kombinationsmöglichkeit von subventioniertem Grundsatz mit preiswerten Zusatzleistungen ist ein sozialpolitisch nicht begründbarer Anreiz zur individuellen Vorteilsoptimierung zu Lasten der Versichertengemeinschaft. Sie steht zugleich im Widerspruch zu dem Leitmotiv der vom Bundesverfassungsgericht auferlegten Beobachtungspflicht im 4. Leitsatz des Urteils vom 10. Juni 2009, wonach der Basistarif zu keiner Auszehrung der klassischen Normaltarife führen darf. Dieses Szenario einer Gefährdung der Vollversicherung droht um so schneller zur Realität zu werden, je „lohnender“ ein Wechsel in den subventionierten Basistarif wird. Deshalb muss bei Kombination von Basistarif und Zusatzversicherung der Anspruch auf Subvention und somit die Kappung des Beitrags auf das Niveau des GKV-Höchstbeitrags entfallen.

Deckungslücke bei Hilfebedürftigkeit

Ein weiterer Konstruktionsfehler des GKV-WSG wurde 2010 vom Gesetzgeber nicht beseitigt: Die nicht ausreichende staatliche Unterstützung Hilfebedürftiger bei der Beitragszahlung – von dem auch Versicherte im Basistarif betroffen sind. Für Rechtssicherheit bei privatversicherten Hilfebedürftigen hat inzwischen allerdings das Bundessozialgericht (BSG) mit einem Urteil vom 18. Januar 2011 gesorgt (s. Seite 111). Demnach muss das Jobcenter dem Kläger zukünftig seine Beiträge zur privaten Krankenversicherung in voller Höhe übernehmen (Az.: B 4 AS 108/10 R). Eine Urteilsbegründung stand im Frühjahr 2011 allerdings noch aus. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat aber in einem Anwendungserlass angewiesen, dass die beteiligten Stellen die Kosten für eine private Krankenversicherung bei Hilfebedürftigkeit zu übernehmen haben und zwar maximal bis zum Kappungsbeitrag bei Hilfebedürftigkeit im Basistarif, momentan 287,72 Euro.

Bisher hat der Staat Hilfebedürftigen – betroffen sind insbesondere ALG-II- und viele Sozialhilfe-Empfänger – nur einen Teilzuschuss für ihre Krankenversicherungsbeiträge bezahlt. Dabei orientierte sich der gezahlte Zuschuss an dem Betrag, den der zuständige Träger auch für die in der GKV versicherten Bezieher von ALG-II zu zahlen hat (§ 12 Abs. 1c VAG), und zwar 131,34 Euro. Die Differenz zum tatsächlichen Beitrag in der PKV (Deckungslücke) mussten die Versicherten bisher selbst aufbringen. Für Sozialhilfeempfänger entstand damit ein in der Regel nicht zu bewältigendes finanzielles Problem. Als (hilfebedürftige) Versicherte im Basistarif hätten sie im Jahr 2011 einen Beitrags-Anteil (Differenz aus Zuschuss und um die Hälfte reduziertem Kappungsbetrag) von rund 157 Euro monatlich aus ihren Sozialleistungen selbst tragen müssen.

Die private Krankenversicherung bekennt sich – auch in Fällen sozialer Hilfebedürftigkeit – ohne Wenn und Aber zum lebenslangen Schutz für ihre Versicherten. Zu jeder Versicherung gehört aber eine entsprechende Beitragszahlung. Doch obwohl die PKV den Beitrag im Basistarif bei Hilfebedürftigkeit schon um die Hälfte verringert, reichen die Zuschüsse der Sozialbehörden für einen Versicherungsschutz nicht einmal annähernd aus. Für die Sicherung des Existenzminimums muss aber der Sozialstaat die Verantwortung übernehmen. Dies ist nicht Aufgabe privater Unternehmen. Dass zum Existenzminimum auch die Krankenversicherung gehört, hat das Bundesverfassungsgericht mit den Urteilen vom 13. Februar 2008 und 9. Februar 2010 ausdrücklich bestätigt. Insofern ist das Urteil des Bundessozialgerichts vom Januar 2011 zu begrüßen. Es schafft Klarheit in der Frage, wer die Beiträge übernimmt. Für weitere gesetzliche Regelungen und die Frage des Umgangs mit den bislang aufgelaufenen Schulden der Hilfsbedürftigen ist allerdings die noch ausstehende schriftliche Urteilsbegründung abzuwarten.

Problem der Nichtzahler

Vor 2007 konnte Versicherten mit stetigem und anhaltendem Beitragsverzug in der PKV gekündigt werden. Seit dem GKV-WSG besteht diese Möglichkeit nicht mehr. Gerät ein Versicherter heute für zwei Monate in Beitragsverzug und begleicht den Rückstand trotz Mahnung nicht, kann das Unternehmen die Leistungen der Krankenversicherung allenfalls auf eine Akutbehandlung reduzieren.

Im November 2010 befanden sich etwa 88.500 „dauerhafte“ Nichtzahler (mindestens 6 Monate Beitragsverzug) in der Vollversicherung (inklusive Basistarif). Die Subventionierung dieser Nichtzahler geht stets zu Lasten der anderen

Beitragszahler. Die erbrachten Leistungen müssen aus den Beitragsmitteln anderer Mitglieder ausgeglichen werden. Damit werden Privatversicherte für Leistungen herangezogen, für deren Erfüllung eigentlich der Sozialstaat zuständig ist. Die PKV hat so seit dem GKV-WSG nicht unerhebliche Kosten für Behandlungen übernommen, die bis dahin von den Sozialhilfeträgern beglichen wurden.

Im Hinblick auf die schon heute große und in Zukunft vermutlich weiter steigende Zahl der Nichtzahler drohen der PKV und ihren Versicherten erhebliche wirtschaftliche Belastungen. Der PKV-Verband strebt daher eine Gesetzesänderung an, die einerseits die PKV-Unternehmen und damit die vertragstreuen Versicherungsnehmer entlastet, andererseits den Nichtzahlern eine Versorgung gewährleistet, die der Versorgung bei ruhendem Versicherungsverhältnis im Basistarif entspricht.

Keine Abgrenzung der Wahltarife

In der Frage der Wahltarife ist die bürgerliche Koalition weit hinter der Ankündigung im Koalitionsvertrag zurückgeblieben. Der Koalitionsvertrag hatte noch unmissverständlich das Ziel einer Abgrenzung der Kompetenzen zwischen GKV und PKV beim Angebot von Wahltarifen ausgegeben: *„Wir werden bei den Wahltarifen der gesetzlichen Krankenversicherung die Abgrenzung zwischen diesen beiden Versicherungssäulen klarer ausgestalten und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen erweitern.“*

Trotz dieser klaren Äußerung im Koalitionsvertrag ist mit dem GKV-Finanzierungsgesetz keine Trennlinie zwischen Wahlangeboten, die das gesetzliche Leistungsspektrum variieren, und echten Zusatzversicherungen, die es erweitern, gezogen worden. Auch in Zukunft ist – allen versicherungssystematischen Verwerfungen zum Trotz – ein GKV-Angebot der umstrittenen Wahltarife „Kostenerstattung“ nach § 53 Abs. 4 SGB V möglich. Eine Klarstellung, ob Angebote wie Wahlleistungen im Krankenhaus dazu gehören oder nicht, bleibt aus.

Lediglich das Verbot der Quersubvention von Wahltarifen ist nunmehr dadurch verschärft worden, dass die Krankenkassen der zuständigen Aufsicht mindestens alle drei Jahre das versicherungsmathematische Gutachten eines Aktuars über die Kalkulation einschließlich der langfristigen finanziellen Tragbarkeit vorzulegen haben. Ein verbindliches Regelwerk für diese Prüfung wurde jedoch nicht genannt. Daher wird die Praxis zeigen müssen, wie hoch diese zusätzliche „Aktuarshürde“ tatsächlich ist. Ordnungs- und verbraucherpolitisch wäre einzig und allein die klare Abgrenzung der Systemkompetenzen der richtige Weg gewesen.

Des Weiteren wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz für die Wahltarife „Prämienzahlung“, „Kostenerstattung“ und „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ die bisherige dreijährige Bindungsfrist auf ein Jahr reduziert. Eine dreijährige Bindungsfrist besteht jetzt nur noch bei den Wahltarifen „Selbstbehalt“ und „Krankengeld“. Außerdem gilt das Sonderkündigungsrecht im Falle der Einführung oder Anhebung des Zusatzbeitrags künftig auch bei den Wahltarifen (mit Ausnahme: Krankengeld). Diese Neuerung reduziert zwar die Möglichkeit für Krankenkassen, Wahltarife als „Lockvogel-Angebote“ zur Bindung wechselwilliger freiwillig Versicherter an die Krankenkasse zu missbrauchen. Sie erhöht jedoch den Anreiz zu einer individuellen Vorteilsoptimierung zum Schaden der GKV-Versichertengemeinschaft: Ohne Risikoprüfung ist es für den Einzelnen äußerst lukrativ, den Tarif unmittelbar für den akuten Bedarf



abzuschließen. Eine langfristige Erfüllung des Leistungsversprechens ist damit kaum zu gewährleisten, genauso wenig wie der Ausschluss einer Quersubventionierung zwischen Grund- und Zusatzversicherungen. Eine Vorsorge für den demografischen Wandel und eine lebenslange Leistungsgarantie enthalten diese Tarife ebenfalls nicht. Wie die verschiedenen Widersprüche in den vorzulegenden versicherungsmathematischen Gutachten eines Aktuars Eingang finden werden, ist abzuwarten.

Bestehen bleiben die europarechtlichen Bedenken zum Angebot von Wahlтарifen in der GKV. Denn nur die strikte Einhaltung des Solidarprinzips legitimiert die Sonderstellung der GKV als öffentlich-rechtliche Körperschaft mit kartell- und steuerrechtlichen Privilegien, ein de facto sozialstaatliches Konkurrenzangebot auf einem funktionierenden Privatversicherungsmarkt dagegen nicht. Von Ausnahmen (Hausarztтарifen) abgesehen, bleibt daher das Angebot von für die private Versicherungswirtschaft typischen Wahlтарifen in der umlagefinanzierten GKV ein ordnungspolitischer wie versicherungstechnischer Irrtum.

GKV-Änderungsgesetz und AMNOG- Neuordnung des Arzneimittelmarktes

Neben dem GKV-Finanzierungsgesetz war das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) das zweite größere Gesetzesvorhaben der neuen Koalition im Jahr 2010. Es wurde im Herbst vom Bundestag beschlossen und ist zum 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Dem AMNOG vorausgegangen ist das GKV-Änderungsgesetz, das bereits im Sommer 2010 ein erstes Arzneimittel-Sparpaket für die gesetzlichen Krankenkassen auf den Weg gebracht hat. Für Privatversicherte sind insbesondere Änderungen im Zuge der AMNOG-Gesetzgebung von Relevanz.

Übertragung des Herstellerabschlags auf die PKV

Mit dem GKV-Änderungsgesetz profitieren GKV-Versicherte von staatlichen Preisregulierungen. Seit dem 1. August 2010 müssen Pharmahersteller den



gesetzlichen Krankenkassen auf alle Medikamente, für die es keine Festbeträge gibt, 16 statt bisher sechs Prozent Abschlag gewähren. Gleichzeitig werden die Preise bis Ende 2013 auf dem Stand vom 1. August 2009 eingefroren.

Die Regelungen des GKV-Änderungsgesetzes gelten exklusiv für GKV-Versicherte. Um die PKV-Versicherten vor Wettbewerbsverzerrungen und vor allem vor einem drohenden kompensatorischen Preisanstieg der pharmazeutischen Industrie zu schützen, sind mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes die gesetzlichen Rabatte und die Preismoratorien auch auf die Selbstzahler übertragen worden: Seit dem 1. Januar 2011 erhalten auch PKV-Unternehmen und Beihilfe einen Rechtsanspruch auf die Rabatte nach § 130 a SGB V (gesetzliche Herstellerabschläge). Die Übertragung der gesetzlichen Herstellerrabatte umfasst sowohl den Abschlag für patentgeschützte Arzneimittel (16 Prozent bis 31. Dezember 2013) als auch den zehnprozentigen Abschlag für patentfreie Arzneimittel. Der sechsprozentige Abschlag auf OTC-Präparate ist dagegen von der Rabattübertragung ausgenommen worden.

Zur Übertragung der gesetzlichen Herstellerabschläge auf die Selbstzahler gab es ordnungspolitisch keine wirkliche Alternative. Es wäre den Versicherten kaum zu vermitteln gewesen, dass sie für ein identisches Arzneimittel – ohne Möglichkeit zur Leistungs- oder Servicedifferenzierung – nur aufgrund ihres Versichertenstatus einen höheren Preis zu zahlen gehabt hätten.

Mit der Forderung, den Selbstzahlern die neuen Rabatte direkt zu gewähren, hat die PKV sich allerdings nicht durchgesetzt. Die PKV wurde stattdessen vom Gesetzgeber verpflichtet, eine eigene Rabatt-Inkassostelle zu gründen. Seit dem 1. Januar 2011 ist deshalb die von allen PKV-Unternehmen und über 11.000 Beihilfestellen gegründete Inkassostelle ZESAR (Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten) dafür verantwortlich, die Rabattansprüche gegenüber der Pharmaindustrie geltend zu machen (s. Seite 75 f.).

Preisfestsetzungen bei innovativen Arzneimitteln

In Zukunft sollen PKV-Versicherte auch von der Neuregelung bei der Preisfestsetzung von innovativen Arzneimitteln profitieren. Hier hat das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) einen neuen Weg beschritten: Die pharmazeutischen Hersteller können die Preise für neue Arzneimittel nicht mehr frei bestimmen. Für fast alle ab dem 1. Januar 2011 neu auf dem Markt kommenden Arzneimittel müssen die Hersteller mit dem Spitzenverband Bund der

Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) auf Grundlage von vorher durchgeführten Nutzenbewertungen Erstattungsverhandlungen führen. Der PKV-Verband ist in die Verhandlungen mit einbezogen, dazu heißt es im Gesetz: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit pharmazeutischen Unternehmen im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung ...“ (§ 130b Abs. 1 S. 1 SGB V).

Der ausgehandelte Erstattungsbetrag bzw. zu gewährende Rabatt hat die Jahrestherapiekosten vergleichbarer Arzneimittel angemessen zu berücksichtigen und gilt ab dem zweiten Jahr der Markteinführung (§ 130b i. V. m. § 35a Abs. 3 SGB V). Bei Nichteinigung ist ein Schiedsamtverfahren vorgesehen.

Die zwischen den Herstellern und GKV-Spitzenverband vereinbarten Erstattungsbeträge stellen in ihrer Wirkung einen einheitlichen Preis für den gesamtdeutschen Markt dar. Damit ist sichergestellt, dass ein Preis für alle Versicherten – unabhängig von ihrem Versicherungsstatus – gilt. Ein Abweichen von den Verhandlungsergebnissen ist dem Hersteller zum Beispiel bei den Privatversicherten – anders als noch bei den Festbeträgen – nicht mehr möglich. Die pharmazeutische Industrie kann erlittene Einbußen bei den gesetzlichen Krankenkassen im tendenziell hochpreisigen Segment der Arzneimittelinnovationen nicht mehr an anderer Stelle kompensieren.

Die Gewährung der entsprechenden „Rabatte“ für die einzelnen PKV-Versicherten ist damit im Fall der innovativen Arzneimittel wesentlich einfacher als die bei den gesetzlichen Herstellerabschlägen. Privatversicherte werden zukünftig in der Apotheke für neue Wirkstoffe den Preis zahlen, auf den sich GKV und Pharmaindustrie – im Benehmen mit dem PKV-Verband – in nutzenbasierten Preisverhandlungen geeinigt haben. Ein nachgelagertes Inkassoverfahren ist nicht notwendig.

Ursprünglich hatte sich die PKV ein autonomes Verhandlungsmandat bzw. eine stärkere Beteiligung an den zentralen Verhandlungen gewünscht sowie weitere Vertragskompetenzen für ein effizientes Gesundheitsmanagement (einschließlich der Arzneimittelversorgung) mit den Leistungserbringern gefordert. Denn das Ziel des AMNOG, die „Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen zu angemessenen Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung“ ist nicht weniger relevant für die Privatversicherten. Angemessene Kosten sind im medizinischen Bereich ein legitimes Anliegen des Patientenschutzes. Im Gegensatz zur GKV fehlen der PKV allerdings wesentliche Voraussetzungen, um mit Pharmaherstellern Erstattungspreise zu vereinbaren bzw. mit Ärzten und Apothekern Vereinbarungen zur Arzneimittelversorgung zu schließen.

Die PKV konnte sich mit der Forderung nach einem autonomen Verhandlungsmandat nicht durchsetzen. Ein echter Systemwettbewerb im Qualitätsmanagement wird daher ausbleiben. Letztlich entscheidend ist aber das für die Versicherten erreichte: Die drohende Entkopplung der Ausgabendynamik in GKV und PKV bei den in der Tendenz hochpreisigen Solisten konnte vermieden werden.

Zytostatika-Neuregelung

Die Beendigung einer Wettbewerbsverzerrung zwischen PKV und GKV ist auch durch die dauerhafte Neuregelung der Preise für die Zubereitung von Medikamenten in Apotheken erreicht worden. Zu diesen Medikamenten gehören beispielsweise die sogenannten Zytostatika, die bei Krebserkrankungen individuell vom Apotheker zusammengemischt werden. Bis zu einer vorübergehenden Aussetzung im Rahmen der 15. AMG-Novelle im Juli 2009 durfte der Apotheker

hierfür einen 90-Prozent-Aufschlag auf die Apothekenabgabepreise berechnen. Weil es sich bei vielen Stoffen um sehr hochpreisige Substanzen handelt, führte der ungedeckelte Festzuschlag zu einer unverhältnismäßigen Preisdynamik und nicht zu rechtfertigenden Preisdifferenzen mit der GKV. Die AMG-Novelle von 2009 sah dagegen einen maximalen Aufschlag von 70 Euro vor. Diese Regelung war jedoch zunächst bis Ende 2011 befristet. Ohne eine im AMNOG geregelte Entfristung hätte für Privatversicherte ab dem 1. Januar 2012 also wieder der 90-Prozent-Zuschlag gegolten.

Mit der Entfristung hat der Gesetzgeber auch die gesetzliche Kappingsregel geändert: Für Privatversicherte gilt jetzt ein Aufschlag von maximal 90 Euro (bei Zytostatika), bei anderen Stoffen von maximal 50 bis 70 Euro.

Aus Sicht der PKV ist die Neuregelung insbesondere im Sinne des Schutzes von Patienten vor überhöhten Preisen zu begrüßen. Sie trägt auch der Tatsache Rechnung, dass es in den seit der 15. AMG-Novelle möglichen Verhandlungen zwischen PKV-Verband und Apothekerverbänden nicht gelungen ist, zu einer gemeinsamen Vereinbarung hinsichtlich der Höhe der Zubereitungshonorare und der zugrunde zu legenden Apothekeneinkaufspreise zu kommen. Kritisch ist dagegen die Anhebung der Kappingsbeträge, z. B. bei den Zytostatika von 70 Euro auf 90 Euro. Damit liegt bei dieser für den Patienten völlig identischen Leistung ein doch erheblicher Preisabstand zur GKV-Vergütung vor, die zurzeit maximal 69 Euro zuzüglich eines Abschlags von einem bzw. zehn Prozent auf die Apothekeneinkaufspreis der Stoffe bei patent bzw. nicht-patentgeschützten Wirkstoffe zahlt.

UPD-Beteiligung

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz lässt namentlich auf eine Regelung des Arzneimittelmarktes schließen. Im entsprechenden Gesetzgebungsverfahren sind aber auch über den Arzneimittelmarkt hinausgehende Aspekte geregelt worden. Hierzu gehört unter anderem die Weiterentwicklung der „Unabhängigen Patientenberatung Deutschland“ (UPD). Sie wurde ursprünglich als Modellprojekt befristet für jeweils zwei mal fünf Jahre Ende 2000 eingeführt und von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert (§ 65 b SGB V). Die Beratungsleistungen stehen aber prinzipiell Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gleichermaßen offen.

Weil das Modellprojekt entsprechend der damaligen Regelung Ende 2010 ausgelaufen wäre, ist es mit dem AMNOG in die gesetzliche Regelversorgung überführt worden. In diesem Zusammenhang hat sich die PKV – als eine Säule des deutschen Gesundheitssystems – zu ihrer gesellschaftlichen und politischen Verantwortung bekannt: Der PKV-Verband beteiligt sich erstmals ab 2011 auf freiwilliger Basis an der UPD. Auf Grundlage eines im Januar 2011 mit dem Anbieter der UPD geschlossenen Fördervertrags finanziert die PKV ein zusätzliches muttersprachliches Angebot für Ratsuchende mit Migrationshintergrund in den Sprachen Russisch und Türkisch. Die gezahlte Fördersumme entspricht dem Anteil der Privatversicherten abzüglich des Beihilfeanteils der Beihilfeberechtigten.

Vorwurf der GKV-isierung

Im Rahmen der Gesetzgebung rund um das AMNOG hat der politische Vorwurf der „GKV-isierung der PKV“ an Schärfe gewonnen. Ob Pharmaindustrie oder Ärzteschaft, Vertreter der GKV oder auch politische Wortführer der Bürgerversicherung – sie alle vertreten insbesondere seit dem Gesetzgebungsverfahren die

These, die PKV gleiche sich zunehmend der GKV an und verliere ihr Alleinstellungsmerkmal. Die Motive, die hinter dem Vorwurf stehen sind äußerst unterschiedlich. Die einen prangern die Rabattübertragung auf die PKV im Arzneimittelbereich als „Rosinenpickerei der Privaten“ an. Die anderen beabsichtigen, Vertragskompetenzen bei der PKV zu verhindern.

Die Forderung nach mehr Vertragskompetenzen ist jedoch ein zentrales Anliegen der PKV. Vor allem im Zusammenhang mit der Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen löst die in diesem Zusammenhang geforderte Öffnungsklausel heftige Kritik bei der Ärzteschaft aus. Dabei steht die Einforderung von Vertragskompetenzen nicht im Widerspruch zu den Grundsätzen der PKV. Im Gegenteil: Sie dient der Optimierung des Leistungsversprechens. Verträge sind ein Instrument zur Sicherung und zur Förderung besonderer Qualität. Darauf kann die PKV nicht verzichten. Insofern ist von der Polemik im Vorwurf der „GKV-isierung“ die sachliche ernstzunehmende Frage zu trennen, welche Leitidee und welches Selbstverständnis in der PKV als Produkt und Marke stecken. Die Antworten entkräften vollständig den Vorwurf der „Gleichmacherei“ mit der GKV. Die Leitsätze der PKV lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV lebt vom Unterschied. Als „zweite GKV“ dagegen wird die PKV nicht gebraucht.
- Nur weil die PKV verhandeln möchte, mutiert die sie noch nicht zur GKV. Das Instrument der vertraglichen Vereinbarung ist vielmehr älter als die deutsche Sozialversicherung. Verhandlungen dienen einer Optimierung des Versicherungsschutzes bei Bewahrung der Systemstärken.
- Die unverhandelbaren Identitätsmerkmale der PKV lauten auch in Zukunft:
 - ‚budgetfreie Zone‘
 - leistungsgerechte Vergütung
 - lebenslange Leistungszusage
 - freie Arztwahl
 - Wahlfreiheit der Versicherungsleistungen
 - Therapiefreiheit
 - nachhaltige Finanzierung durch Kapitaldeckung
 - Teilhabe am medizinischen Fortschritt: Unmittelbarer Zugang zu Innovationen
- Mit Blick auf den medizinischen Fortschritt ist es eine wirtschaftliche, aber auch ethische Frage erstens Ranges, die stets knappe Ressource der Versichertenbeiträge so effektiv und effizient wie möglich zu verwenden, damit der finanzielle Spielraum für die in der Regel teuren Innovationen möglichst groß bleibt.
- Die PKV wird auch in Zukunft als budgetfreie Zone, als Garant einer leistungsgerechten Vergütung – die auch den realen betriebswirtschaftlichen Kosten (Personal, Technik) bei der Erbringung einer Leistung Rechnung trägt – und als Motor für Innovationen einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag für das gesamte Gesundheitssystem leisten.
- Preisdifferenzierungen lassen sich insbesondere im Arzt-Patienten-Verhältnis gut begründen: Als Honorierung von Bemühungen im Gesundheitsmanagement; für eine optimale Diagnose und Therapie, die aus dem Spektrum der medizinischen Möglichkeiten effektiv und effizient auswählt und Überflüssiges vermeidet; für besondere Serviceleistungen wie kurze Wartezeiten, Feierabend- oder Wochenendsprechstunden u. v. m.

- Verantwortung für die Versicherten: In anderen Bereichen, etwa bei Arzneimitteln oder Laborleistungen sind faktische Preisdifferenzen indes kaum begründbar. Es ist keinem Versicherten zu vermitteln, für dasselbe Arzneimittel aufgrund seines Versichertenstatus mehr zu zahlen, ohne dass ihm dafür ein erkennbarer Mehrnutzen gegenübersteht. Gesetzliche Regulierungen, die eine faktische Preisspreizung je nach Versichertenstatus ohne sachliche Begründbarkeit bewirken, lehnt die PKV daher ab.

Ausblick

Auf der gesundheitspolitischen Agenda des Jahres 2011 steht die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte respektive Zahnärzte. Ebenfalls wird die Reform der Pflegeversicherung zu diskutieren sein. Hier hat der Koalitionsvertrag wichtige Vorgaben gemacht.

Novellierung der Gebührenordnungen

„Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)/für Zahnärzte (GOZ) wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen.“

Die im Koalitionsvertrag skizzierte Intention ist unmissverständlich. Bei den anstehenden Novellierungen der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte müssen neben Qualitätsfragen Kostengesichtspunkte berücksichtigt werden. Die Vergangenheit hat nämlich gezeigt, dass die Leistungsausgaben in der PKV insgesamt stärker steigen als in der GKV. Dies gilt insbesondere für den Bereich der ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich, dem größten Kostenblock der PKV.

Aus diesem Grund hat die PKV ein umfassendes Konzept für eine Reform der GOÄ erarbeitet, das dem Bundesgesundheitsministerium als Diskussionsgrundlage dient. Das Konzept soll im Interesse der Patienten vor allem wesentlich mehr Transparenz in die ärztlichen Rechnungen bringen. Zu diesem GOÄ-Modell gehören insbesondere:

- Eine deutliche Stärkung der „sprechenden Medizin“, also der persönlichen ärztlichen Zuwendung zum Patienten, durch eine relativ stärkere Honorierung der konkret aufgewendeten Zeit
- Transparente betriebswirtschaftliche Kalkulationen auf der Basis nachvollziehbarer Kostendaten sowie eine klare Trennung zwischen ärztlichen Leistungen und technischen Leistungen
- Ein unabhängiges Institut soll medizinische Innovationen möglichst zeitnah in die Gebührenordnung integrieren
- Leistungskomplexe sollen zusammenfassen, was bei einer Behandlung zusammengehört. Das bringt mehr Transparenz für die Patienten als eine in der Regel schwer nachvollziehbare Liste von Einzelziffern
- Mehr Vertragsfreiheit zwischen PKV und Ärzten durch eine Öffnungsklausel, um die medizinische Versorgung durch Vereinbarungen über gesicherte Qualitätskriterien zu verbessern

Auch für die GOZ fordert die PKV die Verankerung einer Öffnungsklausel, die es der PKV ermöglicht, gemeinsam mit den Zahnärzten von der Gebührenordnung abweichende Qualitätsvereinbarungen zu treffen.



Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung

Zu einer Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung heißt es im Koalitionsvertrag:

„Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss. Eine interministerielle Arbeitsgruppe wird dazu zeitnah einen Vorschlag ausarbeiten.“

Der Koalitionsvertrag reagiert mit dieser Textpassage auf den demografischen Wandel. In Deutschland stehen immer mehr alte immer weniger jungen Menschen gegenüber. Die Geburtenrate ist rückläufig und die Lebenserwartung steigt an. Der demografische Wandel hat enorme Auswirkungen auf die Pflegeversicherung. Dies ist auch der Mehrheit der Bevölkerung bewusst. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist der Umstieg auf Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung unumgänglich. Nur mit kapitalgedeckter Vorsorge ist der absehbare Anstieg der Pflegekosten zu bewältigen. Denn das Pflegerisiko ist in besonderem Maße altersabhängig und vom demografischen Wandel betroffen:

Mit höherem Alter steigt das Pflegerisiko stark an. Kommen heute vier bis fünf Pflegebedürftige auf 100 Erwerbstätige, so wird dieses Verhältnis im Jahr 2050 bereits 14 zu 100 betragen. Ohne Umstieg auf Kapitaldeckung wird die Lastenverschiebung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung auf die nachfolgenden Generationen ungebremst fortgesetzt, was gegenüber den Jüngeren zutiefst ungerecht ist. Es zeugt auch von einem falschen Verständnis von Gerechtigkeit.

Insofern stellt eine freiwillige oder obligatorische Ergänzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckung bei eventuell gleichzeitiger steuerlicher Förderung grundsätzlich einen geeigneten Weg dar, die Pflegeversicherung nachhaltiger zu gestalten. Hier wird das Jahr 2011 hoffentlich entscheidende Weichen stellen. Es gilt sicherzustellen, dass der Kapitaldeckung staatsfern angelegt ist. Wie wichtig diese Staatsferne ist, verdeutlicht ein Beispiel aus der Startzeit der gesetzlichen Pflegeversicherung. Als diese Mitte der neunziger Jahre noch über 2,8 Milliarden Euro Reserven verfügte, wurde sie gemäß Artikel 52 Abs.4 Pflegeversicherungsgesetz gesetzlich gezwungen, über eine halbe Milliarde davon als zinslosen „Kredit“ für die Infrastruktur in den neuen Bundesländern zu geben.

Das zeigt eindrucksvoll, dass eine Demografie-Reserve in den Händen des Staates alles andere als sicher ist. Ein willkürlicher Zugriff auf Reserven muss in einer kapitalgedeckten Versicherung ausgeschlossen sein.

Die private Pflegeversicherung bringt die idealen Voraussetzungen für den staatsfernen Ausbau der Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung mit. Nur sie verfügt über langjährige Expertise in der kapitalgedeckten Kalkulation des Pflegerisikos in der Pflegepflicht- und Pflegezusatzversicherung. Zudem ist die internationale Kapitalmarktkrise kein Argument gegen Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung. Die Kapitalmarktkrise war eine reine Bankenkrise. Daher ist es in keiner Weise gerechtfertigt, den Vermögensaufbau in der PKV als unsicher zu bezeichnen. Die Privaten Krankenversicherungsunternehmen agieren am Kapitalmarkt auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten als stete und langfristige Akteure, die alle Kapitalanlagen nach strengen Anlagevorschriften in einer breiten Streuung der Anlagekategorien auswählen.

Qualität in der Pflege

Die Reform der Pflegeversicherung wird nicht nur Finanzierungsfragen berühren. Einen erheblichen Stellenwert werden auch Leistungs- und Qualitätsfragen einnehmen. Auch hier muss und will sich die PKV ihrer gesellschaftspolitischen Verantwortung stellen. Inzwischen hat die PKV sowohl die private Pflegeberatung COMPASS als auch die gemeinnützige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ gegründet (s. Seite 101 ff.). Das Engagement soll im kommenden Jahr vor allem um die aktive Beteiligung an der Qualitätsprüfung von Pflegeheimen ausgebaut werden. Diesbezüglich und insbesondere über die konkrete Ausgestaltung der Beteiligung wurden seitens der PKV bereits 2010 intensive und zugleich sehr schwierige Gespräche mit der GKV geführt (s. Seite 90 f.).

Unabhängig von der Klärung der Ausgestaltung der konkreten Beteiligung hat die PKV entsprechende Prüfkapazitäten aufgebaut. In einem ersten Schritt wurde damit bereits im letzten Jahr begonnen. Den Aufbau gilt es im Jahr 2011 fortzuführen. Ziel ist es, dass die PKV in der Lage ist, entsprechend ihrem Versicherungsanteil ungefähr zehn Prozent der Prüflast, das heißt etwa 2.500 Pflegeeinrichtungen, bewältigen zu können. Auch vor dem Hintergrund, dass bereits viele Fachkräfte neu eingestellt wurden, ist eine schnellstmögliche Klärung der Beteiligungsfrage herbeizuführen und der baldige Einsatz der Fachkräfte sicherzustellen.

2.2 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes

Zentrale Aufgabe der Verbands-Pressestelle ist es, die Öffentlichkeit über sämtliche für die Branche relevanten Themen aktiv zu unterrichten. Zu diesem Zweck veranstaltete sie im Jahr 2010 sechs gut besuchte Pressekonferenzen und verschickte 33 Pressemitteilungen. Hinzu kamen zahlreiche Informationsgespräche mit Journalisten, die in vielen Fällen zu Veröffentlichungen zentraler Branchenthemen in großen überregionalen Tageszeitungen führten, woraus sich dann eine Folgeberichterstattung in Nachrichtenagenturen und anderen Medien entwickelte. Immer wieder waren Repräsentanten des PKV-Verbandes mit Stellungnahmen in den Nachrichtensendungen von ARD und ZDF sowie als Diskussionspartner auch in der Talkshow „Anne Will“ vertreten. Die relevanten

Presseberichte sowie Radio- und Fernsehbeiträge über die PKV wurden auch in diesem Jahr in einer Mediendokumentation zusammengefasst.

Der Service und die Erreichbarkeit der Pressestelle für Journalisten wurden im Jahr 2010 weiter verbessert. Eine Journalisten-Hotline gewährleistet nun auch bei hohem Anrufaufkommen, dass Medienvertreter in der Regel direkt einen Pressereferenten erreichen. Weiter ausgebaut wurde der Audio-Service im Internet. Dort finden Hörfunkjournalisten sendefähige Originaltöne der Verbandsführung. Als neues, zusätzliches Medienangebot gibt es seit 2010 einen Video-Service, mit dem auch bewegte Bilder für die Darstellung im Internet angeboten werden. Die Informations- und Interview-Videos werden von der Pressestelle mit eigenen Mitteln produziert.

Das öffentliche Interesse an der PKV ist im Jahr 2010 deutlich angestiegen. Über 7.000 E-Mail- und Telefonanfragen von Journalisten und anderen PKV-Interessierten (über 2.000 mehr als im Vorjahr) beantwortete die Pressestelle im Gesamtjahr. Zu diesem hohen Aufkommen hat eine bis Ende Oktober befristete Erweiterung der PKV-Öffnungsaktion für Beamte beigetragen, zu der viele Beihilfeempfänger detaillierte Nachfragen hatten. Abgesehen davon konzentrierte sich das Informationsbedürfnis vor allem auf die Themen Beitragsanpassungen durch Versicherungsunternehmen, Pflicht zur Versicherung und Wechselmöglichkeiten zwischen GKV und PKV.

Die PKV sah sich insbesondere am Anfang des Jahres 2010 vielfach einer negativen Berichterstattung der Medien ausgesetzt, ausgelöst u.a. durch die aktuellen Beitragsanpassungen, Gerüchte über eine Absenkung des Rechnungszinses, Debatten über die Höhe der Provisionszahlungen oder auch den Wechsel des PKV-Geschäftsführers Christian Weber ins Bundesgesundheitsministerium. Die Pressestelle hat vor allem in zahllosen Einzelgesprächen mit Journalisten die jeweils eigenen Argumente und Bewertungen dargestellt und gleichzeitig durch ein aktives Themen-Marketing eigene Akzente gesetzt. So wurde etwa im Rahmen einer Pressekonferenz eine repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Emnid vorgestellt, die die sehr hohe Zufriedenheit der Privatversicherten mit ihrem Krankenversicherungssystem belegt.

Zentrale Themen der Verbandskommunikation 2010

Inhaltlich spielte für die Verbands-Kommunikation vor allem die überproportionale Ausgabenentwicklung in der Branche eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang waren zunächst die von der Koalition vorgesehenen Arzneimittelrabatte für die gesetzliche Krankenversicherung von Bedeutung. Hätten von diesen Rabatten – wie von der Politik zunächst vorgesehen – allein die gesetzlichen Kassen profitiert, wäre dies für die PKV gleich aus zwei Gründen problematisch. Zum einen gibt es keinen sachlichen Grund dafür, dass jemand für ein industriell hergestelltes Produkt – und um nichts anderes handelt es sich bei Arzneimitteln – einen höheren Preis zahlen muss, nur weil er einem anderen Versicherungssystem angehört. Zum anderen drohte bei einer Begrenzung der Rabatte auf die GKV die Gefahr, dass die Arzneimittel-Hersteller ihren Einnahmeverlust durch Preiserhöhungen im PKV-Bereich kompensiert hätten. Auf diese doppelte Benachteiligung machte der Verband die Öffentlichkeit aufmerksam. Neben einer Pressemitteilung konnte unter anderem auch ein Interview mit dem Verbandsvorsitzenden zu diesem Thema in der Tageszeitung „Die Welt“ platziert werden. Die „Süddeutsche Zeitung“ griff die Warnungen der Branche ebenfalls in einem ausführlichen Artikel auf. Letztlich wurde im „Gesetz zur Neuordnung

Gebührenordnung für Ärzte

des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung“ geregelt, dass auch die Privatversicherten von den Arzneimittelrabatten profitieren.

Von noch größerer Bedeutung für die zukünftige Kostenentwicklung der privaten Krankenversicherung sind die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Union und FDP haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, beide Verordnungen unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen. Für die GOÄ entwickelte der PKV-Verband daher ein umfassendes Modell (s. Seite 53 ff.), das dem Bundesgesundheitsministerium zusammen mit einem Konzept der Bundesärztekammer als Grundlage für die Reform dient. Ein zentraler Bestandteil des PKV-Modells ist die Forderung nach einer Öffnungsklausel, die es der privaten Krankenversicherung und Ärzten erlaubt, im Interesse der Patienten von der GOÄ abweichende Vereinbarungen zu treffen. Gegen diese Öffnungsklausel haben die Bundesärzte- sowie die Bundeszahnärztekammer noch immer Vorbehalte, die sie auf einer Pressekonferenz am 9. Dezember 2010 vorstellten. Nachdem dieser Termin kurzfristig bekannt gegeben wurde, organisierte der PKV-Verband für denselben Tag eine Stunde später seinerseits eine vielbeachtete Pressekonferenz, um über die Vorteile einer Öffnungsklausel und den deutlichen Kostenanstieg bei den Arzthonoraren zu informieren. Damit wurde eine ausgewogene Berichterstattung erreicht. Für das Thema Reform der Gebührenordnungen hat die Pressestelle in Zusammenarbeit mit dem GOÄ-Steuerungskreis eine umfassende Kommunikationsstrategie entwickelt, die auch im Jahr 2011 weiter zum Tragen kommen wird.

Zukunft der
Pflegeversicherung

Ein weiterer Schwerpunkt in der Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes war die Reform der Pflegeversicherung. Union und FDP haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, die soziale Pflegeversicherung durch Kapitaldeckung zu ergänzen. Der PKV-Verband unterstützte dieses Vorhaben mit seiner Öffentlichkeitsarbeit, indem er auf die großen Probleme für das Umlageverfahren hinwies, die sich aus der Alterung der Bevölkerung ergeben. Zugleich wurde die Kompetenz der privaten Krankenversicherung beim Aufbau von Alterungsrückstellungen in der Pflege unterstrichen. Die PKV-Positionen fanden Beachtung in mehreren überregionalen Tageszeitungen, u.a. in der „Welt“ und im „Handelsblatt“. Kurz vor Jahresende erschien dazu zudem ein ausführliches Interview mit dem Verbandsvorsitzenden in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“.

3-Jahres-Wartezeit für
Angestellte

Zusätzlich baute der Verband seine Qualitätsoffensive im Bereich Pflege weiter aus. Nach Gründung der Compass-Pflegeberatung im Jahr 2008 und des Instituts „Zentrum für Qualität in der Pflege“ im Jahr 2009 bereitete der Verband im vergangenen Jahr den Einstieg in die aktive Prüfung von Pflegeheimen vor. Obwohl der PKV ein entsprechendes Prüfrecht gemäß dem Anteil ihrer Versicherten gesetzlich zusteht, weigerten sich die gesetzlichen Pflegekassen im gesamten Jahr 2010, mit der PKV über die Details der Prüfungen zu verhandeln. Um die Pflegekassen zu bewegen, mit der PKV eine konstruktive Lösung zu erzielen, hat die Pressestelle die Medien auf diese Problemlage aufmerksam gemacht. Das Thema wurde daraufhin unter anderem von der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“, der „Süddeutschen Zeitung“ und der „Welt“ aufgegriffen.

Die PKV-Öffentlichkeitsarbeit begleitete auch aktiv die Debatten zur Abschaffung der dreijährigen Wartezeit für Angestellte, die in die private Krankenversicherung wechseln wollen. Die Rücknahme der unter Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eingeführten Verlängerung der Wartezeit wurde zwar schon 2009 im Koalitionsvertrag vereinbart, ließ aber lange Zeit auf sich warten. Daher drängte die PKV sowohl im Rahmen der öffentlichen Mitgliederversammlung 2010 als auch mit Interviews und Pressemitteilungen auf eine möglichst schnelle

Umsetzung. Flankierend setzte sich die Pressestelle offensiv mit Vorwürfen vor allem aus den Oppositionsparteien auseinander, bei der Rücknahme der Drei-Jahres-Wartefrist handele es sich um ein politisches Geschenk für die PKV. Auch Prognosen aus den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung zu deren angeblichen Einnahmeausfällen infolge der Neuregelung wurden durch eigene Berechnungen der PKV relativiert. Die Pressestelle hob stets hervor, dass es vor allem darum ging, wieder mehr Wahlfreiheit für die Versicherten zu schaffen und eine massive Einschränkung vieler Arbeitnehmer rückgängig zu machen. Mit der Verabschiedung des GKV-Finanzierungsgesetzes wurde schließlich die Drei-Jahres-Wartefrist wieder abgeschafft und die Rechtslage aus der Zeit vor 2007 wieder hergestellt.

Informationskampagne der PKV

Im Jahr 2010 hat der PKV-Verband seine Textanzeigen-Kampagne mit neuen Motiven in drei jeweils mehrwöchigen Schalt-Zeiträumen fortgesetzt. Ziel der Kampagne war es im Wesentlichen, mit sachlichen Argumenten darauf hinzuweisen, dass die private Krankenversicherung eine unverzichtbare Säule im deutschen Gesundheitswesen darstellt. Die Kampagne zielte vor allem auf politische Entscheider und Multiplikatoren, sie wurde daher vor allem in relevanten überregionalen Zeitungen und ausgewählten Zeitschriften platziert. Parallel dazu wurden die Motive in Internet-Nachrichtenportalen geschaltet, wobei sie vor allem auf der Seite „Spiegel-Online“ eine überdurchschnittlich hohe Aufmerksamkeit erreichten. Nach den Messungen des „Spiegel“-Verlags gehörten die PKV-Motive zu den am meisten beachteten und „geklickten“ Anzeigen des gesamten Jahres. Bei Bedarf wurden die Motive auch in regionalen Zeitungen geschaltet.

Große Aufmerksamkeit hat die PKV-Anzeigenkampagne überdies noch an anderer Stelle erreicht. Im Juli 2010 erwirkte die „Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V.“ zunächst eine einstweilige Verfügung gegen

Einstweilige Verfügung

zwei der Anzeigenmotive. Damit war es dem PKV-Verband bis auf Weiteres untersagt, die Anzeigentexte *„Ein schuldenfreies Gesundheitssystem? Haben wir“* sowie *„Lieber versichert als verwaltet“* zu verwenden. Die Wettbewerbszentrale, die ihrerseits vom Verband der Ersatzkassen (vdek) zu dieser Aktion angestoßen worden war, sah in diesen Texten eine unsachliche Herabsetzung des Wettbewerbers GKV. Letztlich hatte das Vorgehen der Wettbewerbszentrale jedoch keinen Erfolg. Das Landgericht Köln gab dem Widerspruch des PKV-Verbandes statt. Die Richter sahen in den Anzeigen der PKV keine Verunglimpfung der gesetzlichen Krankenversicherung und hoben im September 2010 die Einstweilige Verfügung auf. Anschließend scheiterte die Wettbewerbszentrale auch mit einem Berufungsantrag vordem Oberlandesgericht Köln. Das Gericht räumte der PKV als politischem Interessenverband besonderen Spielraum in der Werbung bei politisch relevanten Themen ein.



Lieber versichert als verwaltet.

Viele Menschen wünschen sich für ihre Gesundheit mehr Leistung und weniger Bürokratie. In der privaten Krankenversicherung bestimmen die Kunden selbst über ihren Versicherungsschutz – und nicht die Politik. Ihr Vertrag sichert freie Arztwahl und einen unkündbaren Leistungskatalog – medizinischer Fortschritt inklusive. Kein Wunder, dass sich viel mehr Bürger privat versichern wollen, als der Gesetzgeber bisher zulässt.

www.gesunde-versicherung.de

PKV – Die gesunde Versicherung.

Da die PKV-Kampagne dazu diene, in der öffentlichen Auseinandersetzung um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens den eigenen politischen Standpunkt zu verdeutlichen, halte sie im Licht der Meinungsäußerungsfreiheit noch den Kriterien eines zulässigen Werbevergleichs stand.

Mit einer weiteren Anzeigenserie unterstrich der Verband die Rolle der PKV als Motor für Innovation im Gesundheitswesen. In zweiwöchigem Abstand wurden im Magazin „Der Spiegel“ sowie in einigen anderen hochwertigen Zeitschriften auffällige Anzeigen unter dem Titel „Innovation braucht Vordenker“ geschaltet. Illustriert mit Original-Grafiken des Leipziger Künstlers Michael Fischer-Art wurden darin auf charmante Art Lebensgeschichten von Menschen vorgestellt, die mit bahnbrechenden Erfindungen zum Fortschritt in der Medizin beigetragen haben.

Präventions-Engagement der PKV

Die private Krankenversicherung hat ihr Präventions-Engagement gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen im vergangenen Jahr weiter ausgebaut. So wurde zusätzlich zum Engagement des PKV-Verbandes als Hauptsponsor der Kampagne „Kenn’ Dein Limit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (s. Seite 48 ff.) ein neues Präventionsprojekt gestartet, das sich direkt an Schüler richtet: Im Schuljahr 2010/2011 ermöglicht der PKV-Verband an Schulen in Berlin-Neukölln und Köln-Porz das Projekt „Hip-Hop gegen Komasaufen“. Diese Aktion steht unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans MdB, und des Regierenden Bürgermeisters von Berlin, Klaus Wowereit.

Unter Anleitung des mehrfach ausgezeichneten Bonner Hip-Hop-Künstlers „BickMack“ und des bekannten Berliner Rappers „AkteOne“ werden Unterrichtseinheiten zum Thema Alkoholmissbrauch angeboten. Die Schüler recherchieren zunächst die Auswirkungen von Alkohol-Exzessen, etwa durch Besuche in Suchtkliniken, tauschen eigene Erfahrungen aus und entwickeln daraus Rap-Texte und Tanz-Choreografien. Dabei bereitete sich jede Schule über mehrere Monate intensiv auf einen abschließenden Hip-Hop-Wettkampf („Schoolbattle“) in Berlin vor. Vor einer prominenten Experten-Jury und großem Publikum traten



die Schulen schließlich in einem Wettbewerb im Februar 2011 gegeneinander an. Beide Gruppen wurden mit einem Preisgeld honoriert, das für die weitere Präventionsarbeit an der Schule eingesetzt werden muss.

Das Projekt „Hip-Hop gegen Komasaufen“ fand sehr große öffentliche Aufmerksamkeit. Bereits die Pressekonferenz zum Auftakt des Projekts im September 2010 war außerordentlich gut besucht. Zur Abschlussveranstaltung im Februar 2011 kamen mehr als 400 Besucher, darunter der SPD-Parteivorsitzende Sigmar Gabriel, sowie zahlreiche Medienvertreter. Als Partner der Veranstaltung konnte der europäische Fernseh-Kulturkanal „arte“ gewonnen werden. In einer weiteren Medien-Kooperation hat der Fernsehsender „Phoenix“ das Hip-Hop-Projekt in den Schulen über mehrere Monate begleitet und in einer 30-minütigen Reportage dokumentiert. Über das Hip-Hop-Projekt der PKV wurde in zahlreichen Medien berichtet, darunter in den ZDF-Fernsehnachrichten und in mehreren Radiosendern sowie Internet-Nachrichtenportalen. Der „Spiegel“ berichtete sowohl in seiner Druckausgabe als auch mit einem Online-Fernsehbeitrag.

Im Rahmen des Engagements in der Alkohol-Prävention verbreitet der Verband weiterhin eine selbst produzierte Broschüre mit Mix-Rezepten für alkoholfreie Cocktails. Die Broschüre wurde unter anderem am PKV-Informationsstand bei Bundesparteitagen ausgelegt. Sie traf allenthalben auf sehr großes Interesse und wurde vielfach nachbestellt. Mit solchen flankierenden Maßnahmen macht der Verband bei vielen Gelegenheiten auf sein Engagement als Hauptsponsor der Alkohol-Präventionskampagne der BZgA aufmerksam.

Das Gleiche gilt für das Engagement des Verbandes in der Aids-Prävention als Hauptsponsor der BZgA-Aufklärungskampagne „Mach's mit“ (s. Seite 47 f.). Anlässlich des Welt-Aids-Tages am 1. Dezember machte der PKV-Verband wiederum mit einem Großflächenplakat im politischen Zentrum Berlins auf sein langjähriges Engagement in der Aids-Prävention aufmerksam. Darüber hinaus wurden auch 2010 Anstecknadeln mit dem Solidaritäts-Symbol der roten Aids-Schleife an alle Bundestagsabgeordneten, die deutschen Abgeordneten des Europäischen Parlaments, an Gesundheitspolitiker der Länder sowie an Journalisten verschickt.

Großes Medieninteresse

Engagement in der Aids-Prävention

Parteitagspräsenz - Informationsstand

Der Informationsstand, mit dem der PKV-Verband auch im Jahr 2010 auf den Bundesparteitagen von CDU, CSU, SPD, FDP und Bündnis'90/Die Grünen



vertreten war, wurde mit einem neuen Design ausgestattet. Der PKV-Stand mit seinem Angebot alkoholfreier Erfrischungs-Fruchtcocktails war auf den Parteitagen regelmäßig eine gefragte Anlaufstelle für Delegierte, Funktionsträger, Journalisten sowie Vertretern von Verbänden und Unternehmen.

Telefonaktionen mit regionalen Tageszeitungen

Auch 2010 hat der Verband mit großer Unterstützung aus den Mitgliedsunternehmen wieder ein Dutzend Telefonaktionen bei verschiedenen regionalen Tageszeitungen durchführen können. Im Rahmen dieser Aktionen können Leser telefonisch Fragen zur privaten Krankenversicherung stellen, die von Experten aus der Branche beantwortet werden. Im Anschluss an die Telefonaktionen drucken die Zeitungen die wichtigsten Fragen der Leser, die Antworten der Experten sowie allgemein relevante Informationen zur PKV ab. Die Mitwirkung von Unternehmensvertretern vor Ort erhöht zum einen die Beratungskompetenz, da sie auf praxisnahe Beispiele zurückgreifen können. Aus Verbandssicht liegt der Vorteil der Telefonaktionen insbesondere darin, dass die PKV mit positiven Botschaften und sachlichen Informationen ins Bewusstsein der Leser gerückt werden kann.

Interne Kommunikation

Die Verbands-Pressestelle ist nicht zuletzt Dienstleister der Mitgliedsunternehmen. In dieser Funktion liefert sie täglich von montags bis freitags bis spätestens 9 Uhr einen gesundheitspolitischen und branchenspezifischen Pressespiegel mit einem einordnenden, redaktionellen Kurzüberblick. Hinzu kommt donnerstags ein wöchentlicher Pressespiegel, der vertiefende Informationen bietet.

Darüber hinaus hat sich in enger Zusammenarbeit zwischen dem Verband und den Pressestellen der Mitgliedsunternehmen ein funktionierendes „Frühwarnsystem“ eingespielt, das rasche und ggf. abgestimmte Reaktionen auf absehbare Medien-Themen mit relevanten Aspekten für die Branche erlaubt. So konnte 2010 noch vor dem Erscheinungstermin einer zugespitzt PKV-kritischen Titelseite des Magazins „Stern“ die entsprechende Gegenargumentation vorbereitet und sofort nach Erscheinen verbreitet werden. Durch die frühzeitige Aufbereitung der sachlichen Fehler und Schwachstellen des Artikels ist es gelungen, die Wiederholung falscher Darstellungen in anderen Medien zu vermeiden.

Im November 2010 fand die alljährliche Fachtagung mit den Pressesprechern der Mitgliedsunternehmen in Berlin statt. Dort wurden vor allem aktuelle Projekte, vertiefende Informationen zur laufenden Informationskampagne und weitere Schwerpunkte der Verbandspressarbeit vorgestellt und diskutiert. Darüber hinaus nutzten die Teilnehmer die Gelegenheit zum gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch. Bei einem Besuch im Deutschen Bundestag gab es Gelegenheit zur ausgiebigen Diskussion mit Finanzexperten über aktuelle Fragen der deutschen Finanzaufsicht und der Entwicklung von Solvency II.

Das Gesundheitsportal: www.derprivatpatient.de

Der PKV-Verband bietet jedem Privatversicherten im Internet eine zentrale Informationsplattform zu Gesundheitsthemen. Auf der Seite „www.derprivatpatient.de“ informiert der Verband umfassend über die Leistungsbereiche des

Pressespiegel

PKV-Verband als
„Frühwarnsystem“

Pressesprechertreffen

Gesundheitswesens. Das Portal ist gegliedert in die Menüpunkte Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Arzneimittel, Andere Heilberufe, Pflege sowie Heil- und Hilfsmittel. Ziel des Portals ist der mündige Patient, der selbstständig und „auf Augenhöhe“ mit dem Leistungserbringer kommunizieren und dadurch aktiv an seiner Behandlung mitwirken kann. Im Vordergrund stehen konkrete Hilfestellungen zum verantwortungs- und kostenbewussten Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitssystems. Das Gesundheitsportal wird kontinuierlich aktualisiert und ausgebaut. Die durchschnittliche monatliche Nutzungsfrequenz des Internetauftritts lag im Jahr 2010 bei rund 150.000 Zugriffen – gemessen an den so genannten Page Impressions. Die meisten Zugriffe erfolgten auf das GOÄ-Rechnungsprüfprogramm sowie die Krankenhaus- Suchmaschine und die neu eingerichtete Arzneimitteldatenbank.

2.3 Präventions-Engagement der PKV

Aids-Prävention

Auch im Jahr 2010 hat der PKV Verband sein Engagement in der Prävention von HIV und Aids weiter ausgebaut. Auf der Grundlage des im Jahr 2005 vereinbarten Kooperationsvertrages unterstützte die PKV im vergangenen Jahr die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit 3,4 Millionen Euro. Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde diese Kooperation um weitere fünf Jahre bis 2015 verlängert.

Nach Einschätzung von Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, hat das Engagement der PKV in den vergangenen Jahren wesentlich dazu beigetragen, dass der bis 2007 beobachtete jährliche Anstieg der HIV-Neuinfektionen bundesweit gestoppt werden konnte. So hat Deutschland im westeuropäischen Vergleich sehr geringe HIV-Neuinfektionsraten. Die Vertragsverlängerung durch die PKV im Juni 2010 erlaubt es der Bundesbehörde, die intensive Ansprache der Bevölkerung, die ohne Mittel der PKV so nicht möglich wäre, fortzusetzen. Auch aus Sicht der PKV ist die gemeinsame Anstrengung in der Aids-Prävention ein großer Erfolg. Die Zusammenarbeit mit BZgA ist ein gelungenes Beispiel für eine Partnerschaft, die ohne zusätzliche Bürokratien auskommt. Für die PKV ist Aidsprävention eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe, denn Aids ist nach wie vor eine unheilbare



Vertragsverlängerung mit der BZgA

Krankheit, die sehr viel menschliches Leid verursacht. Eine Infektion kann durch Prävention wirksam verhindert werden. Darauf muss immer wieder hingewiesen werden. Mit ihrem Engagement stellt die PKV ihre gesundheitspolitische Verantwortung auch im Bereich der Primärprävention unter Beweis. Hier ist eine Förderung der Aids-Prävention noch immer unverzichtbar: Trotz deutlich verbesserter Medikamente ist Aids nach wie vor unheilbar. Deshalb bleiben Aufklärung und Prävention unverändert überlebenswichtig. Sie sind die entscheidenden Ansatzpunkte, um neue Infektionen zu verhindern

Mit den Mitteln der PKV kann die seit über 20 Jahren unter dem Slogan „Gib AIDS keine Chance“ verbreitete und inzwischen erfolgreichste deutsche Aufklärungskampagne weitergeführt werden. Die Kampagne wurde unter dem Motto „Liebesorte“ im Jahre 2009 völlig neu konzipiert und auch im Jahre 2010 deutschlandweit in Anzeigen und auf Plakatwänden gezeigt.

Darüber hinaus erhielt die die bereits 1987 von der PKV mit gegründete Deutsche AIDS-Stiftung wie in den fünf Jahren zuvor auch im Jahr 2010 wieder 100.000 Euro für ihre Präventionsarbeit. Auch diese Kooperation wurde vertraglich um weitere fünf Jahre verlängert. Zugleich hat der PKV-Verband in Aussicht gestellt, dass er für besonders innovative Präventionsmaßnahmen der Deutschen Aids-Stiftung in Zukunft jährlich zusätzliche 100.000 Euro bereitstellen wird.

Die private Krankenversicherung handelt aber nicht nur aus gesellschaftlicher Verantwortung, sondern auch aus wirtschaftlichen Motiven und als Treuhänder der Beitragsgelder ihrer Versicherten. Eine Aids-Erkrankung verursacht neben großem menschlichem Leid auch erhebliche Kosten im Gesundheitssystem. Bei den heutigen Möglichkeiten betragen die medizinischen Kosten einer HIV-Infektion über die gesamte Lebenszeit mehr als 500.000 Euro. Dieses Geld fehlt somit an anderer Stelle im Gesundheitswesen. Diese Kosten sind vermeidbar, wenn Menschen gut aufgeklärt sind und sich verantwortlich verhalten. Die Erfolge der Aids-Prävention rechtfertigen auch aus wirtschaftlicher Sicht jeden einzelnen Euro, der investiert wird. Unter den PKV-Versicherten ist die Anzahl der Neuinfektionen im Jahre 2009 (letzte verfügbare Untersuchung) leicht gestiegen. Es haben sich 717 Personen neu mit HIV infiziert (2008: 687). Die Zahl der Aids-Todesfälle unter den privat Krankenversicherten liegt im selben Zeitraum bei 74 Personen (2008: 56 Personen). Damit sind Privatversicherte im Vergleich zur Gesamtbevölkerung noch immer deutlich überproportional von HIV und Aids betroffen. Während in der gesamten Bevölkerung der Anteil der Neuinfizierten im Jahr 2009 bei 5,39 lag, liegt er bei den privat vollversicherten Personen bei 8,22.

„Alkohol? Kenn´Dein Limit.“ Die PKV-Kampagne gegen Alkoholmissbrauch Jugendlicher

Zusätzlich zu ihrem Engagement in der Aids-Prävention stellte die private Krankenversicherung im vergangenen Jahr auch in der Suchtprävention ihre gesellschaftspolitische Verantwortung unter Beweis. „Alkohol? Kenn´Dein Limit“, ist die größte Maßnahme zu Alkoholprävention, die es jemals in Deutschland gegeben hat. Seit 2009 finanziert die PKV diese Kampagne, die sich an Jugendliche zwischen 16 und 20 Jahren richtet, mit 10 Millionen Euro jährlich. Die Kampagne soll junge Menschen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol motivieren und die Entwicklung riskanten Trinkverhaltens verhindern.

Aktuelle Studienergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen, dass das Problem eines hohen Alkoholkonsums bei Jugendlichen noch lange nicht gelöst ist. Auch wenn inzwischen der regelmäßige Alkoholkonsum leicht zurückgeht, ist es sehr besorgniserregend, dass sich Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren teilweise mehrmals im Monat in einen Rausch trinken. Für Jugendliche sind soziale Faktoren und das soziale Umfeld beim Alkoholkonsum ausschlaggebend. Sie trinken vor allem, um in einer Gruppe mit Gleichaltrigen lockerer und ausgelassener, kontaktfreudiger und weniger schüchtern zu sein. Daher setzt der Verband auch auf Projekte, die dazu dienen, das Selbstbewusstsein Jugendlicher zu stärken. Die Jugendlichen sollten frühzeitig befähigt werden, auch in Gruppensituationen „Nein“ zu sagen. (siehe auch das Projekt „HipHop gegen Komasaufen“ an Schulen in Berlin und Köln Kapitel 2.2).



Auch die Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ setzt genau an diesem Punkt an, indem sie Jugendliche unter anderem mit so genannten Peer-Aktionen direkt und persönlich in der Gruppe anspricht. Die „Kenn dein Limit.“-Peers – das sind auf Deutsch „Gleichaltrige“ – sind speziell in Alkoholprävention und Gesprächsführung geschulte junge Menschen im Alter von 18 bis 24 Jahren. Gerade sie haben eine besondere Glaubwürdigkeit.

Durch die Mittel der PKV können die „Kenn dein Limit.“-Peers in ganz Deutschland im Einsatz sein, um mit Jugendlichen ins Gespräch zu kommen und zwar dort, wo sie

Alkohol konsumieren: Zum Beispiel auf Konzerten und Festivals, im Karneval und in Urlaubsregionen. In den Gesprächen geht es nicht nur darum Informationen über die Risiken von Alkohol zu vermitteln. Die Jugendlichen sollen auch dazu ermuntert werden, über den eigenen Alkoholkonsum nachzudenken und zu diskutieren. Jedes Jahr werden mit dieser direkten und intensiven Form der persönlichen Kommunikation der Kampagne mehr als 34.000 Jugendliche erreicht.

Außerdem spricht die Kampagne mit zahlreichen Maßnahmen im Bereich der Massenkommunikation einen Großteil der Jugendlichen an, wie etwa über Plakat-Aktionen, Anzeigen in Jugendmedien oder Spotschaltungen in Kinos und Fernsehen. Eine entsprechende Studie der BZgA zeigt in erfreulicher Weise, dass die Kampagnenbotschaften der BZgA schon nach einem Jahr bei mehr als 90 Prozent der Jugendlichen angekommen sind.

Mit einer Internetplattform und verschiedenen Social-Media-Aktivitäten, wie zum Beispiel auf Facebook und anderen sozialen Netzwerken, legt die Kampagne einen weiteren Kommunikationsschwerpunkt. Damit leistet die PKV auch im Internet einen wichtigen Beitrag, um Jugendliche zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu motivieren (www.kenn-dein-limit.info).

2.4 Umzug des Verbandes in die Cologne Oval Offices

Im Mai 2010 hat der Verband seine neuen Kölner Räumlichkeiten bezogen. Der Umzug diente maßgeblich dazu, die über mehrere Liegenschaften verteilten Abteilungen des Verbandes sowie seine Tochterunternehmen – COMPASS, MEDCOM und MEDICPROOF – unter einem Dach zusammenzuführen. Durch das Ende der Aufteilung auf mehrere Standorte können die in den vergangenen Jahren stetig gewachsenen Aufgaben nunmehr noch effektiver und kostengünstiger in einem schlanken Organisationsrahmen erfüllt werden.

Für sehr viele Mitarbeiter des Verbandes war bereits das vergangene Jahr maßgeblich durch die Vorbereitung des Umzugsprojekts bestimmt. Spätestens seit 2010 war dies oftmals mit Mehrarbeit bis tief in die Nacht und Arbeit am Wochenende verbunden. Nur auf diesem Wege ist es gemeinsam gelungen, das Umzugsprojekt in so kurzer Zeit erfolgreich abzuschließen.

Mit dem Mix aus persönlichen Arbeitsplätzen, Kombizonen und Konferenzbereich, alles eingebettet in eine moderne Open Space-Atmosphäre, wurde eine Bürowelt geschaffen, in der die Belegschaft sowohl individuell als auch im Team optimal arbeiten kann. Synergieeffekte werden dabei unter anderem in der Finanz- und Personalverwaltung, der Poststelle und in der IT realisiert. Außerdem gibt es einen gemeinsamen Konferenzbereich, in dem auch größere Veranstaltungen, Ausschusssitzungen etc. inhäusig und damit kostengünstiger als in angemieteten externen Räumlichkeiten durchgeführt werden können.

Weitere Einsparungen sollten sich insbesondere aus einer gestärkten Nachfrageposition gegenüber Produkthanbietern und Dienstleistern ergeben. Im von der EU als „Green Building“ ausgezeichneten COO-Gebäude arbeitet der Verband überdies sehr ressourcen- und kostenschonend.

Seit 25. Mai 2010 lautet die neue Anschrift des Verbandes: Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln. Die bekannten Telefon- und Faxnummern sind ebenso erhalten geblieben wie die Mailadressen. Die Berliner Geschäftsstelle des Verbandes war vom Umzug nicht betroffen.



3. Entwicklungen im Leistungsbereich



3.1 Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte

Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Niemand kann bestreiten, dass im Bereich des privatärztlichen Gebührenrechts Handlungsbedarf besteht. Die letzte umfassende GOÄ-Novelle erfolgte 1982. Eine Teil-Novellierung 1996 erfasste nur bestimmte Bereiche (im Wesentlichen wurden die Abschnitte B, C, M und O aktualisiert). Mit der längst überfälligen Überarbeitung der GOÄ ist aber auch im Berichtszeitraum noch nicht begonnen worden. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte sein, dass das laufende Verfahren zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) noch nicht abgeschlossen werden konnte (s. Seite 73 f.). Da sich das GOZ-Novellierungsverfahren in einer finalen Phase befindet, erscheint es möglich, dass im Jahre 2011 mit der Überarbeitung der GOÄ endlich begonnen wird.

Die Bundesärztekammer hat einen Vorschlag für eine neue GOÄ erarbeitet, den sie als komplette Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums sowie methodisch ausdifferenziertes und empirisch abgestütztes Bewertungskonzept beschreibt. Maßgeblich waren für die Bundesärztekammer (BÄK) folgende Gesichtspunkte:

- Aktualisierung gemäß dem medizinischen Fortschritt
- Antworten auf den gewandelten Versorgungsbedarf
- bessere Abbildung von Leistungen der sprechenden und zuwendungsorientierten Medizin
- Präzisierung von Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen

Die Zahl der Gebührenpositionen im Gebührenverzeichnis soll sich von rund 2.900 auf rund 4.100 erhöhen. Bei der Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils an der Gesamtgebühr hat die BÄK über alle Arztgruppen hinweg denselben kalkulatorischen Unternehmerlohn als Ausgangspunkt gewählt. Ihre Bewertungsphilosophie ist gekennzeichnet durch einen „normativen Bewertungsansatz“. Im Ergebnis führt das Kalkulationsmodell zu einem „robusten Einfachsatz“, „der sich nicht in einer Berechnung der Ist-Kosten zu einem Zeitpunkt x auf „Break-Even-Niveau“ erschöpft, sondern eine Wertschätzung der ärztlichen Leistung ausdrückt“. (Regina Klakow-Franck, Ärztepost, 4/2010, S. 7). Da Novellierungen erfahrungsgemäß nur in großen Intervallen erfolgen, schlägt die BÄK die Einrichtung eines „Privatärztlichen Bewertungsausschusses“ (Beteiligte: BÄK, PKV-Verband, Beihilfe, BMG) vor, der Aktualisierungsvorschläge (Leistungsinhalte und -bewertungen) machen soll, die nach einer Rechtmäßigkeitsprüfung im Bundesgesundheitsministerium (BMG) in die GOÄ aufgenommen werden. Für den Fall, dass es in diesem Ausschuss zwischen BÄK und Kostenträgern keinen Konsens zu einem Aktualisierungsvorschlag gibt, soll eine Schiedslösung durch eine paritätisch besetzte Schiedsstelle vorgesehen werden.

Der PKV-Verband hat ein eigenes Konzept für die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte erarbeitet. Dabei geht es insbesondere um die Umsetzung folgender Kernziele:

- Die GOÄ stellt als Referenzgebührenordnung eine umfassende Regelung zur Abrechnung privatärztlicher Leistungen dar.
- Sie dient dem Erhalt der Privatmedizin und der Förderung der individuellen Zuwendung zum Patienten.

Vorschlag der
Bundesärztekammer

Konzept der PKV

- Die Bewertung der einzelnen Leistungen erfolgt auf Basis nachvollziehbarer praxiserprobter Daten und einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation.
- Die GOÄ unterliegt zukünftig einer systematischen Fortentwicklung und Modernisierung auf der Grundlage von Empfehlungen eines unabhängigen Instituts.
- Freiwillige Abweichungen von der GOÄ, z. B. zur Förderung verbesserter Versorgung oder erhöhter Qualität werden durch die Einführung einer Öffnungsklausel ermöglicht.

Insgesamt ist es für die PKV wichtig, dass überhöhte Behandlungskosten gesenkt und nicht morbiditätsbedingte bzw. innovationsgetriebene Kostensteigerungen gedämpft werden. Das Gebührenverzeichnis erhält eine neue Struktur, die gekennzeichnet ist durch die Einführung folgender Leistungsformen:

- Zeitleistungen (Beratungs-, Untersuchungs- und einfache technische Leistungen; die Vergütung erfolgt anhand des tatsächlichen Zeitaufwands),
- Einzelleistungen (spezifische diagnostische und therapeutische Maßnahmen; die Vergütung erfolgt als Einzelleistung),
- Leistungskomplexe (spezifische Eingriffe, bei Operationen nach OPS-Logik klassifiziert; die Vergütung erfolgt als Einzelleistung),
- stationäre Leistungen (die Vergütung der Arztleistungen der entsprechenden Leistungen erfolgt wie im ambulanten Sektor).

Besonders wichtig ist es, eine systematische Fortentwicklung der GOÄ zu gewährleisten. Hierfür soll ein unabhängiges Institut die Grundlagen schaffen. Dabei geht es zum einen um die Förderung medizinischer Innovation. Innovative Verfahren sollen regelmäßig und ohne vermeindbaren Zeitverzug in die GOÄ aufgenommen werden. Außerdem gilt es, die Aktualität der Gebührenordnung durch eine regelmäßige Überarbeitung von GOÄ-Positionen zu gewährleisten. Technischen Entwicklungen und veränderten Kostenstrukturen muss kurzfristig Rechnung getragen werden können. Letztlich geht es darum, echten Aufwand abzubilden.

Natürlich hat es in den letzten Jahren zum Thema GOÄ-Novellierung immer wieder Kontakte zwischen BÄK und PKV-Verband gegeben. Es ist aber nicht gelungen, die Vorstellungen zu konsentieren. Eine Gemeinsamkeit gibt es insofern, als sich sowohl BÄK als auch PKV-Verband für eine Bewertungsfindung auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation aussprechen. In den bisher bekannten Darstellungen ihres Konzepts spricht die BÄK aber auch von einem „normativen“ Bewertungsansatz sowie von einem „robusten Einheitsatz“, in dem sich auch die „Wertschätzung der ärztlichen Leistung“ ausdrücken soll. Es darf also bezweifelt werden, dass die BÄK unter betriebswirtschaftlicher Kalkulation dasselbe versteht, wie der der PKV-Verband.

Belastet war der Versuch der Konsensfindung zwischen Ärzten und PKV insbesondere durch das Thema Öffnungsklausel. Die Forderung der PKV nach Einführung einer Rechtsgrundlage für Vereinbarungen mit den Ärzten, die es ermöglichen, von den statischen Vorgaben der GOÄ abzuweichen, wird von der Bundesärztekammer rigoros abgelehnt. Der PKV-Verband sieht sich in diesem Bereich massiven Vorwürfen ausgesetzt. Angeblich wolle die PKV mit der Öffnungsklausel die freie Arztwahl einschränken und einen ruinösen Preiswettbewerb einführen. Die Vorwürfe gipfeln in der Behauptung, durch eine Öffnungsklausel würde die Behandlungsqualität gefährdet und eine wohnortnahe Versorgung akut bedroht. Keine dieser Anschuldigungen ist zutreffend.



Die ärztlichen Gebührenordnungen beschreiben Leistungen und nennen Preise – sie nehmen aber keinerlei Bezug auf die Qualität der Behandlung. Ob ein Arzt seine Praxis immer auf dem neuesten Stand hält, ob er sich weiterbildet, ob er besondere Anstrengungen bei der Auswahl der besten und verträglichsten Diagnose- und Therapieform unternimmt oder nicht, all diese Fragen spielen in der ärztlichen Gebührenordnung keine Rolle und schlagen sich daher auch nicht in der ärztlichen Vergütung nieder. Damit fehlt ein wesentlicher Anreiz zur Qualitätssicherung. Dem könnte mit einer Öffnungsklausel, wie sie die PKV seit Jahren fordert, abgeholfen werden. Denn die PKV erhielte das Recht, mit den Ärzten besondere Qualitätsvereinbarungen zu treffen und so dem Patienten entsprechende Angebote machen zu können. Dabei handelt es sich um ein legitimes Anliegen im Patienteninteresse. Die ablehnende Haltung der Bundesärztekammer ist letztlich unverständlich. Die Möglichkeiten einer Öffnungsklausel lassen sich nicht gegen, sondern nur mit den Ärzten nutzen. Die PKV will gemeinsam mit den Ärzten, den Versicherten/Patienten ein zusätzliches qualitätsgesichertes Angebot machen. Gute Qualität ist ein Wert an sich und spart gleichzeitig Kosten, da er unnötige Leistungen vermeidet. Dabei bleibt die Patientensouveränität selbstverständlich gewahrt: Der Versicherte/Patient entscheidet am Ende selbst, welchem Arzt er am meisten vertraut. Die freie Arztwahl steht für die PKV nicht zur Disposition.

Labormedizin

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hatte sich im Jahr 2009 in einem Diskussionspapier (Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2004/2005/2006) gezielt mit der ambulanten Labormedizin befasst und die Kosten für Laboruntersuchungen je Versicherten von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (inklusive Beihilfe) im ambulanten Bereich verglichen. Im Rechenschaftsbericht 2009 (Seite 53 f.) wurde darüber berichtet. Es ergab sich auf der Basis der damals vorliegenden Abrechnungsdaten aus den Jahren 2004 bis 2006, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Laborleistungen für Privatversicherte mehr als viermal so hoch waren, wie für gesetzlich Versicherte – mit von Jahr zu Jahr steigender Tendenz.

Nun hat das WIP im Jahr 2010 die Ausgaben im Laborbereich erneut analysiert und dabei Vergleichsdaten für die Jahre 2007 und 2008 herangezogen (s. Seite 147). Es hat sich herausgestellt, dass sich der in der ersten Untersuchung bereits festgestellte auffällige Trend zum dynamischen Einsatz von Labormedizin bei Privatpatienten weiter gesteigert hat, und zwar um nochmals rund 20 Prozent: Das Verhältnis gegenüber GKV-Patienten wuchs damit innerhalb von vier Jahren vom 4,2-fachen (2004) auf das inzwischen 5-fache im Jahr 2008. Es ist offensichtlich, dass dieser krasse Unterschied medizinisch nicht begründbar ist. Er hat auch mit fairer Vergütung nichts mehr zu tun, sondern ist offensichtlich das Resultat finanzieller Interessen, die von nicht wenigen Ärzten über Patienteninteressen und Qualitätsbewusstsein gestellt werden. Denn ein Mehr an Aufwand bedeutet in der Medizin eben nicht in jedem Fall auch ein Mehr an Qualität. Besonders auffallend ist, dass fast 80 Prozent der Laborleistungen nicht in medizinischen Fachlabors erbracht wurden, sondern in der eigenen Praxis. Mit anderen Worten: In fast 80 Prozent der Fälle haben sich die Ärzte den Auftrag zur Laboruntersuchung quasi selbst erteilt, waren also so genannte „Selbstzuweiser“. Das zeigt eindrucksvoll, welche Fehlanreize die derzeit geltende GOÄ setzt. Sie führt an vielen Stellen zu medizinisch nutzlosen, wenn nicht gar schädlichen Mengenausweitungen, die ganz und gar nicht im Interesse der Patienten sind.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der WIP-Analyse ist im Übrigen noch zu berücksichtigen, dass viele Privatversicherte Tarife mit Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung abgeschlossen haben und vor diesem Hintergrund Rechnungen nicht immer zur Erstattung beim Versicherer eingereicht werden. Da das WIP diese Kosten nicht erfassen konnte, sind die festgestellten Zahlen eher noch zu niedrig angesetzt.

Werden die Laborleistungen durch ein externes Labor erbracht, an dem der verordnende Arzt selbst nicht beteiligt ist, besteht auf den ersten Blick kein Fehlanreiz zu einer unnötigen Mengenausweitung. Allerdings wirft die WIP-Studie auch gegenüber den spezialisierten Labormedizinern die Frage der Verhältnismäßigkeit auf: Denn sie zeigt auf, dass jeder der insgesamt 887 niedergelassenen Laborärzte in Deutschland rechnerisch einen Umsatz von rund 290.000 Euro



im Jahr aus Leistungen für Privatversicherte erzielt. Damit profitieren auch die Laborärzte deutlich überproportional an den PKV-Versicherten. Es geht um viel Geld, und zwar das der Versicherten. Die Labormedizin machte 2008 fast 13 Prozent aller ärztlichen Rechnungen aus. Verglichen mit den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen pro Kopf hat die PKV im Jahr 2008 insgesamt rund 890 Millionen Euro mehr dafür aufgewendet. Für die Privatversicherten bedeuten diese fünfmal höheren Laborkosten nicht nur überdurchschnittlich viele Blutentnahmen und Urinproben, sondern auch zusätzlichen Kostendruck, der sich letztendlich auch spürbar auf die Höhe der Versicherungsbeiträge auswirkt. Es liegt auf der Hand, dass im Rahmen der anstehenden GOÄ-Novellierung auf diese unhaltbare Situation reagiert werden muss – sowohl in systematischer Hinsicht, als auch durch eine unbedingt notwendige generelle Absenkung des Vergütungsniveaus im Laborbereich.

BGH-Urteil zum Auslagenersatz bei externer „wahlärztlicher“ Behandlung

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich in einer Entscheidung vom 4. November 2010 (Az.: III ZR 323/09) mit dem Anspruch eines externen Arztes gegen einen Wahlleistungspatienten auf Ersatz von Auslagen für aufgewendete Sachkosten befasst.

Dem Verfahren lag folgender Sachverhalt zugrunde: Der an Diabetes Mellitus Typ II leidende Patient wurde vom 7. bis 26. August 2006 stationär in dem von der Deutschen Diabetes Forschungsgesellschaft e.V. getragenen Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) in Düsseldorf behandelt (die Einrichtung ist zwischenzeitlich zum 31. März 2007 geschlossen worden). Das Krankenhaus wurde gemäß Feststellungsbescheid mit 58 Betten im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen auf dem Gebiet der Inneren Medizin geführt. Der Versicherte befand sich allerdings zuvor wegen eines Ulcusleidens in der Fußambulanz des Deutschen Diabetes-Zentrums, das heißt zunächst noch in ambulanter Behandlung. Noch während dieser vorgelagerten ambulanten Behandlung organisierte das Klinikum wegen Verdachts auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit einen Termin in einer radiologischen Gemeinschaftspraxis, in der eine Angiographie durchgeführt werden sollte. Die für den 8. August 2006 geplante Untersuchung bei den niedergelassenen Ärzten fand dann auch statt (es wurde eine Angiographie mit anschließender Dilatation der Arterien unter Verwendung von zwei Stents durchgeführt), jedoch nicht als ambulante, sondern im Rahmen der stationären Behandlung, weil der Versicherte einen Tag vor dem Untersuchungstermin in der radiologischen Praxis mit der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ stationär in das DDZ aufgenommen wurde.

Die Gemeinschaftspraxis berechnete gegenüber dem Versicherten für die erbrachten Leistungen am 11. September 2006 unter Hinweis auf die vom Diabetes Forschungsinstitut veranlasste Behandlung und unter Abzug des sich aus § 6a Abs. 1 GOÄ ergebenden Minderungsbetrages insgesamt 4.577 Euro. Der Großteil des Rechnungsbetrages entfiel auf den Auslagenersatz für die Verwendung der beiden Stents und die übrigen Materialien in Höhe von 3.386,78 Euro. Das Krankenhaus wiederum hat für die stationäre Behandlung unter der DRG-Ziffer K01C (verschiedene Eingriffe bei Diabetes Mellitus mit Komplikationen) eine Fallpauschale von 7.514,55 Euro in Rechnung gestellt.

Den von den niedergelassenen Ärzten gemäß § 6a Abs. 1 GOÄ um 15 Prozent geminderten Rechnungsbetrag hat der Patient mit Ausnahme des auf die

Sachkosten entfallenden Betrags anerkannt. Der beklagte Patient hat seine Auffassung, dass die von einem in die Wahlarztkette eingebundenen externen Arzt in Rechnung gestellten Sachkosten mit dem Regelleistungsentgelt abgegolten und insoweit nicht gesondert berechnungsfähig sind, anhand der einschlägigen Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingehend begründet und sich im Übrigen auf das Urteil des Berufungsgerichts gestützt.

Die Klägerin, die PVS-Rhein-Ruhr GmbH, an welche die Forderung der Gemeinschaftspraxis abgetreten worden war, argumentierte, dass die radiologische Gemeinschaftspraxis aufgrund der Beauftragung seitens der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte des DDZ in die Wahlarztkette eingegliedert worden sei und ihre Leistungen einschließlich des Auslagenersatzes gemäß § 6a Abs. 2 in Verbindung mit § 10 GOÄ gegen den Wahlarztpatienten geltend machen könne.

Der BGH ist der Auffassung des Beklagten nicht beigetreten und hat der Zahlungsklage der Verrechnungsstelle stattgegeben.

Der Entscheidung zugrundeliegende Erwägungen

Zunächst ordnet das Gericht die Tätigkeit der Ärzte der Gemeinschaftspraxis vergütungsrechtlich insgesamt der stationären Versorgung zu. Dabei mache es keinen Unterschied, ob die Leistungen externer Ärzte einem Regelleistungspatienten zugutekämen oder aber im Rahmen wahlärztlicher Leistungen erbracht würden. Allerdings sei auf der vergütungsrechtlichen Ebene eine Differenzierung nach wahlärztlichen und allgemeinen Krankenhausleistungen geboten. Leistungen externer niedergelassener Ärzte, die einem Regelleistungspatienten (also einem gesetzlich oder privat Versicherten ohne zusätzliche wahlärztliche Leistungen) zuteilwürden, seien allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). In diesem Sinne seien die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter mit den Entgelten für die allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten (vgl. § 7 Abs. 1 KHEntgG). Entsprechend der gängigen Unterscheidung zwischen allgemeinen und wahlärztlichen Krankenhausleistungen stellt der BGH dann fest, dass die Leistungen externer Ärzte, sofern diese auf Veranlassung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte gemäß § 17 Abs. 3 KHEntgG in die wahlärztliche Behandlung eingebunden worden seien, nach der GOÄ gesondert berechnet werden könnten.

Ausgehend von dieser Systematik führt das Gericht im Folgenden aus, dass der externe Arzt bei einem Regelleistungspatienten vom Krankenhaus, und beim Wahlleistungspatienten von den Wahlärzten beauftragt werde. In der ersten Variante wisse der externe Arzt, dass er keinen Liquidationsanspruch gegen den Krankenhauspatienten habe. Werde er allerdings auf Veranlassung der Wahlärzte im Sinne des § 17 Abs. 3 KHEntgG in die wahlärztliche Behandlung eingebunden, könne er grundsätzlich seine Leistungen nach den Bestimmungen der GOÄ liquidieren.

Ausschlaggebend für die Entscheidung des BGH war insbesondere seine historische und teleologische Auslegung der Bestimmung des § 6a GOÄ. Er geht den Motiven des Ordnungsgebers nach und fragt nach dem Sinn und Zweck der Gebührenminderungspflicht bei privatärztlichen Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Diese Vorschrift sei durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 20. Dezember 1984 zu dem Zweck eingeführt worden, um doppelte Kostenberechnungen bei stationären wahlärztlichen Leistungen zu verhindern. Mit der Gebührenminderung korrespondiert habe

der seinerzeit ebenfalls eingeführte Pflegesatzabschlag von 5 Prozent bei Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen. Beide Instrumente hätten dem Zweck gedient, Doppelbelastungen des Wahlleistungspatienten zu kompensieren. Dass der Ordnungsgeber bei der Einführung des § 6a GOÄ in den amtlichen Materialien – also in der Begründung – mit keinem Wort auf die Frage eingegangen sei, ob der niedergelassene Arzt im Rahmen seiner Einbindung in die wahlärztlichen Krankenhausleistungen nach § 6a Abs. 2 in Verbindung mit § 10 GOÄ neben seinen Gebühren auch Ersatz seiner Auslagen verlangen könne, sei nur damit zu erklären, dass ihm diese Möglichkeit des Auslagenersatzes selbstverständlich gewesen sei. Später sei durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 der Pflegesatzabschlag von 5 Prozent schließlich zugunsten einer Erhöhung der Gebührenminderungspflicht von 15 auf 25 Prozent abgeschafft worden. Seitdem diene allein die Bestimmung des § 6a Abs. 1 GOÄ der Vermeidung doppelter Kostenberechnungen bei stationären wahlärztlichen Leistungen. Der BGH vermutet, dass die Berechnungsfähigkeit des Auslagenersatzes niedergelassener Ärzte bei stationären Behandlungen dem Willen des Ordnungsgebers entspreche, weil diese Möglichkeit trotz einiger Novellierungen des Gebühren- und Pflegesatzrechtes nicht beschränkt worden sei und immer noch Bestand habe.

Der 3. Senat konzidiert zwar, dass dem Wahlleistungspatient in der Streitgegenständlichen Fallkonstellation im Hinblick auf die anfallenden Sachkosten gegenüber dem Regelleistungspatienten eine „Mehrbelastung“ aufgebürdet werde und dieser hierdurch den gesetzlich Versicherten gleichsam quersubventioniere. Diese Mehrbelastung sei aber regelmäßig „nur marginal“, weshalb dem externen Arzt der Auslagenersatz nach § 6a Abs. 2 Satz 2 GOÄ i. V. m. § 10 GOÄ nicht versagt werden könne. Zudem sei die Rechtsprechung nicht befugt, im Wege der Rechtsfortbildung den externen Arzt auf Ausgleich im Binnenverhältnis zum Krankenhausträger zu verweisen. Das gelte besonders vor dem Hintergrund, dass dem Ordnungsgeber diese Problematik nicht verborgen geblieben sei, er aber offensichtlich keine Veranlassung zur Beschränkung des Auslagenersatzes gesehen habe. Ein solcher Verweis füge sich auch nicht in die Regelungssystematik der privatärztlichen und krankenhausrrechtlichen Entgeltsysteme ein. Das Privileg des Auslagenersatzes billigt der Senat indes nur den externen Ärzten zu und nicht auch den liquidationsberechtigten Ärzten des Krankenhauses, auch dann nicht, wenn das Krankenhaus von seinen liquidationsberechtigten Ärzten Erstattung derartiger Kosten verlangen sollte.

Stellungnahme der PKV

Die Entscheidung des Bundesgerichtshofes vermag aus verschiedenen Gründen nicht zu überzeugen. Irritierend ist, dass der BGH offensichtlich von zum Teil unzutreffenden Tatsachen ausgegangen zu sein scheint (möglicherweise auch deshalb, weil die Feststellungen in den Tatsacheninstanzen unzureichend waren). Als vermeintlich unstrittig wird im Tatbestand des Urteils festgestellt, dass die in der niedergelassenen Praxis durchgeführte Angiographie auf Veranlassung der Wahlärzte des Krankenhauses erfolgt sei. In Wirklichkeit sind die Leistungen der niedergelassenen Ärzte nicht von den liquidationsberechtigten Krankenhausärzten, sondern durch das Krankenhaus veranlasst worden. Das ergibt sich vor allem daraus, dass der Rechtsanwalt der Deutschen Diabetes Forschungsgesellschaft e.V., der als Streithelfer der klagenden Verrechnungsstelle an den Prozessen beteiligt war, in seinem Schriftsatz vom 7. August 2008 an das Amtsgericht Solingen mitteilt, der Krankenhausträger habe die

Unzutreffende
Tatsachengrundlage

niedergelassenen externen Ärzte mit der Durchführung der Untersuchung beauftragt, weil es mangels Personal und Ausstattung gar nicht imstande gewesen sei, die Untersuchung durchzuführen. Dass nicht die Wahlärzte des Krankenhauses, sondern das Krankenhaus selbst die Leistungen der radiologischen Gemeinschaftspraxis abgerufen hat, ergibt sich außerdem aus der Rechnung der Gemeinschaftspraxis vom 11. September 2006. In dieser gibt die Gemeinschaftspraxis an, ihre Leistungen seien „veranlasst vom Diabetes Forschungsinstitut“. Sowohl der schriftsätzliche Vortrag des Anwalts des Krankenhausträgers als auch der Hinweis der niedergelassenen Ärzte auf der Rechnung an den Patienten belegen, dass hier aufgrund der Beauftragung durch das Krankenhaus Leistungen Dritter im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 KHEntgG veranlasst wurden, die mit dem Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen vollständig abgegolten waren. Zwischen dem Versicherten und der Gemeinschaftspraxis ist daher kein Vertragsverhältnis zustande gekommen ist. Vertragliche Bindungen bestanden vielmehr ausschließlich zwischen den Ärzten der Gemeinschaftspraxis und dem Krankenhausträger. Der Sachverhalt hätte daher so beurteilt werden müssen, als wäre die Gemeinschaftspraxis für einen gesetzlich Versicherten mit der Durchführung der hier in Rede stehenden Untersuchungen beauftragt worden.

Vor diesem Hintergrund sind die niedergelassenen Ärzte auch nicht schutzwürdig, weil sie erkannt hatten, von dem Krankenhausträger beauftragt worden zu sein. Sie wussten, dass sie es nicht (mehr) mit einem ambulanten Patienten zu tun hatten, sondern einen Patienten vor sich sahen, der nunmehr in eine stationäre Behandlung eingebettet war. Wäre der Patient hingegen – wie ursprünglich geplant – im Rahmen der ambulanten Behandlung seitens der Fußambulanz zusätzlich durch die externen Ärzte mitbehandelt worden, bestünde an der Zulässigkeit der Abrechnung kein Zweifel. So aber hätte die von dem Krankenhaus beauftragte Gemeinschaftspraxis erfragen müssen, ob und in welcher Höhe ihr Vertragspartner, nämlich der Krankenhausträger, für die bei der Angiographie mit Stenteinbringung anfallenden Sachkosten aufkommt. Es kann unterstellt werden, dass zwischen dem Krankenhaus und der Gemeinschaftspraxis regelmäßige geschäftliche Beziehungen bestanden. Die Annahme liegt aus verschiedenen Gründen nahe. Da eine arterielle Verschlusskrankheit bei Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2 eine nicht seltene Komorbidität darstellt, die gegebenenfalls mittels einer Angiographie abgeklärt werden muss und das Diabetes-Zentrum nach Angaben des Anwalts des Krankenhauses mangels Ausstattung zur Durchführung angiographischer Untersuchungen mit Stenteinbringung gar nicht in der Lage war, dürften das Diabetes-Zentrum und die Gemeinschaftspraxis regelmäßig kooperiert haben. Das DDZ verfügte zwar gemäß Feststellungsbescheid der Landesbehörde über Planbetten zur Patientenversorgung auf dem Gebiet der Inneren Medizin. Es war allerdings nur auf die Behandlung des Diabetes ausgerichtet. Invasive Verfahren konnten in dem Haus nicht durchgeführt werden. Die Tätigkeit entsprach eher dem, was auch niedergelassene diabetologische Schwerpunktpraxen zu leisten imstande sind, nämlich die Einstellung des Blutzuckerwertes und die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms. Für die These der regelmäßigen Kooperation spricht zudem die räumliche Nähe, da Krankenhaus und Gemeinschaftspraxis keine 5 Kilometer voneinander entfernt lagen. Insofern hätte es nahegelegen, dass die Geschäftsbeziehung in einem Rahmenvertrag zwischen dem Krankenhausträger und der Gemeinschaftspraxis geregelt wird. Der Verweis des externen Arztes auf einen Rahmenvertrag mit dem Krankenhausträger entspricht im Übrigen der eigenen Rechtsprechung des 3. Senats. In seiner Entscheidung vom 10. Mai 2007 (Az.: III ZR 291/06) hat der BGH die Ansprüche eines externen Laborarztes auf Einzelabrechnung mit Blick auf die für stationäre Leistungen bestehende

Verweis der Gemeinschaftspraxis auf Innenausgleich gegenüber dem Krankenhausträger (vgl. Senatsentscheidung vom 10. Mai 2007, Az.: III ZR 291/06) Tatsachengrundlage



Laborpauschale der GOÄ-Nr. 437 abgelehnt. Der BGH hat festgestellt, dass wirtschaftliche und verfassungsrechtliche Gründe nicht dazu zwingen würden, die Einzelabrechnung eines externen Arztes entgegen der Bestimmung der GOÄ-Nr. 437 zuzulassen. Den richtigen Weg einer sachgerechten Honorierung des externen Arztes erkannte der BGH nicht in der Einzelabrechnung von Leistungen, für die der Patient nach der Gebührenordnung lediglich mit einer Pauschale belastet werden soll. Insofern empfahl der BGH dem externen Arzt, der ständig mit dem Krankenhaus kooperierte, etwaige Einbußen mittels einer Rahmenvereinbarung mit dem Krankenhausträger auszugleichen. Nicht anders ist die Rechts- und Interessenlage in dem vorliegenden Fall zu beurteilen. Es hätte sich auch in diesem Fall angeboten, die Gemeinschaftspraxis auf Ausgleich durch den Krankenhausträger zu verweisen. Offenbar ist das Gericht davon ausgegangen, dass keine beständige Zusammenarbeit zwischen den externen Ärzten und dem Krankenhaus bestand.

Leider setzt sich der Senat auch nicht mit seinem Urteil vom 17. September 1998 (Az.: III ZR 222/97) auseinander. Darin hatte er zu Recht das Gebot der Gleichbehandlung von Selbstzahlern und Sozialversicherten bei stationärer Krankenhausbehandlung postuliert. Eine Diskussion mit den Urteilsgründen der Entscheidung vom 17. September 1998 drängt sich insbesondere deshalb auf, weil auch dort der Auslagenersatz betroffen war. Darin hat sich der BGH mit der Frage der gesonderten Berechnungsfähigkeit von Sachkosten im Zusammenhang mit belegärztlichen Leistungen befasst und diese den klagenden Belegärzten gemäß § 6 a Abs. 2 Halbsatz 2 und § 10 Abs. 1 GOÄ auch zugestanden. In dem konkreten Fall handelte es sich allerdings um ein Belegkrankenhaus. Und die von den Belegärzten verwendeten radiologischen Sachkosten waren nach tatrichterlicher Feststellung – anders als in dem vorliegenden Sachverhalt – gerade nicht in dem Pflegesatz enthalten, weshalb nach Auffassung des BGH die Gefahr der Doppelberechnung der Sachkosten nicht gegeben war. Da in der aktuellen Entscheidung allerdings eine „Doppel- bzw. Mehrbelastung“ festgestellt worden ist, weil die Sachkosten bereits in das Krankenhausentgelt bzw. in den Pflegesatz eingepreist waren, wäre es wünschenswert gewesen, hätte sich der BGH mit dem pflegesatzrechtlichen Gebot der Gleichbehandlung von Selbstzahlern und Sozialversicherten bei stationärer Krankenhausbehandlung

Gebot der Gleichbehandlung von Selbstzahlern und Sozialversicherten bei stationärer Krankenhausbehandlung (vgl. Senatsentscheidung vom 17. September 1998, Az.: III ZR 222/97) Tatsachengrundlage

kritisch auseinandergesetzt und sich nicht bloß auf die Analyse der amtlichen Begründungen beschränkt.

Leistungsfähigkeit des Krankenhauses

Hieran anschließend hätte auch die Frage aufgeworfen und geklärt werden müssen, was es krankenhausrechtlich bedeutet, dass das DDZ selbst nicht in der Lage war, eine bei Diabetikerbehandlungen häufig erforderliche Untersuchung durchzuführen. Die streitgegenständliche Leistung war nachweislich nicht im Deutschen Diabetes Zentrum erbringbar. Es ist daher zweifelhaft, ob die Leistung der Gemeinschaftspraxis überhaupt als Drittleistung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG qualifiziert werden durfte. Man wird von den Krankenhäusern zwar nicht erwarten können, dass sie jedwede Untersuchung gemäß dem eigenen Versorgungsauftrag erbringen können. Allerdings sollte das Haus grundsätzlich imstande sein, zumindest die Leistungen vorzuhalten, die in dem eigenen Hauptgebiet stetig und regelmäßig vorkommen. Drittleistungen externer Leistungserbringer können dem Krankenhaus zwar als eigene Leistungen zugerechnet werden, aber nur unter der Voraussetzung, dass sie „unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind“ (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG). Die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses war indes bei angiographischen Untersuchungen mit anschließender Stentimplantationen längst überschritten. Dazu war das Diabetes-Zentrum als eine auf konservative Behandlungen ausgerichtete Einrichtung nicht geeignet. Wenn aber eine Einrichtung eine mit der Behandlung des Diabetes häufig einhergehende Untersuchung nicht durch eigenes Personal erbringen kann und entsprechende diagnostische und therapeutische Mittel fehlen und sie insofern ständig auf Leistungen selbständiger Dritter angewiesen ist, ließe sich diesem Krankenhaus möglicherweise die Leistungsfähigkeit im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG absprechen.

Überschreitung des Versorgungsauftrags

Im Übrigen ist auch die Frage nicht diskutiert worden, ob das Krankenhaus aufgrund des konkreten Versorgungsauftrags überhaupt zur Erbringung der in Rede stehenden Leistungen befugt war. Der Versorgungsauftrag ergibt sich nach der gesetzlichen Definition des § 8 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans i. V. m. dem Feststellungsbescheid. Inhalt des Versorgungsauftrages sind insbesondere die einzelnen Fachabteilungen sowie die Versorgungsstufe. Der Versorgungsauftrag hat begrenzenden Charakter. Es kann davon ausgegangen werden, dass auch unter Zugrundelegung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein die Durchführung einer Angiographie nicht zwingend zu den Weiterbildungsinhalten der Inneren Medizin zählt, erst recht nicht, wenn die Innere Medizin im vorliegenden Fall auf die lediglich bestehende Subspezialisierung Endokrinologie und Diabetologie verengt werden muss. Das hätte dann zur Folge, dass das Krankenhaus diese Untersuchung weder selbst noch durch Dritte hätte erbringen dürfen, sondern zur Verlegung des Patienten verpflichtet gewesen wäre. Nach dem Pflegesatzrecht dürfen die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen nur im Rahmen des Versorgungsauftrages berechnet werden. Wahlärztliche Leistungen, die Bestandteil der Krankenhausleistungen sind, können ebenfalls nur im Rahmen des Versorgungsauftrags erbracht werden. Es lässt sich also konstatieren, dass die Leistungen der Gemeinschaftspraxis wegen Überschreitens des Versorgungsauftrags des Krankenhauses auch nicht wahlärztlich gewesen sind, denn Inhalt und Umfang des konkreten Versorgungsauftrags beeinflussen nicht nur die allgemeinen Krankenhausleistungen, sondern schlagen gleichermaßen auf die wahlärztlichen Leistungen durch.

Außerdem hätte gleichfalls untersucht werden müssen, ob die Ärzte der Gemeinschaftspraxis im Rahmen der Einbindung in die privatärztliche stationäre Behandlung konsiliarisch tätig wurden oder aber entgegen den gesetzlichen Vorgaben des § 17 Abs. 3 KHEntgG die Hauptleistung erbracht haben. Konsiliarärztliche Leistungen sind ergänzender und begleitender Natur. In dem bisherigen § 36 Abs. 2 des nordrhein-westfälischen Krankenhausgesetzes war eindeutig geregelt, dass externe Ärzte nur Nebentätigkeiten erbringen durften. Auch wenn sich diese Feststellung in dem neuen Krankenhausgestaltungsgesetz NRW nicht mehr findet, entspricht es allgemeiner Auffassung, dass die Erbringung der Haupt- oder Kernleistung, etwa die Durchführung einer Operation oder die Ein- und Ausleitung einer Narkose mit dem Charakter einer konsiliarärztlichen Tätigkeit nicht vereinbar ist. Der externe Arzt darf auf Veranlassung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte lediglich begleitende oder ergänzende Leistungen erbringen (vgl. Landgericht Mannheim, Urteil vom 8. Juli 2009, Az.: 9 O 92/09).

Auch abstrakt lassen sich Sachkosten nicht ohne Weiteres und zwanglos als wahlärztliche Leistungen qualifizieren. Schließlich bestimmt § 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG, dass (nur) „andere“ als allgemeine Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden können (vgl. auch Patt/Miebach, Neue Juristische Wochenschrift 2000, 3377, 3381). Es bestehen zum einen schon semantische Hindernisse, den Auslagenersatz den ärztlichen Leistungen zuzuordnen. Schließlich unterscheidet auch die GOÄ zwischen Gebühren für ärztliche Leistungen und Auslagen (vgl. § 4 Abs. 1 GOÄ einerseits und § 10 Abs. 1 Satz 1 GOÄ andererseits). Wahlärztliche Leistungen im Sinne des § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG können sich daher nur auf die in dem Leistungsverzeichnis der GOÄ abgebildeten Gebühren beziehen.

Außerdem erschließt sich nicht, worin die pflegesatzfähigen Sachkosten nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. Krankenhausfinanzierungsgesetz sich qualitativ von den in der privatärztlichen Praxis gemäß § 10 GOÄ berechneten Sachkosten unterscheiden sollen. Die besondere Qualifikation des Arztes macht den eigentlichen Charakter wahlärztlicher Leistungen aus. Der Patient sichert sich vor einem gegebenenfalls schwerwiegenden Eingriff die besondere medizinische Exzellenz eines Wahlarztes, des in den Augen des Patienten am besten qualifizierten Arztes der Abteilung. Im Kontext der Sachkosten können diese Kriterien wie Qualität, Aus- und Fortbildung oder Berufserfahrung naturgemäß keine Rolle spielen.

Letzten Endes können Sachkosten, die im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen jedem Patienten zuteilwerden und in dem Pflegesatz berücksichtigt sind, keine „anderen“ Leistungen im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG darstellen, weil bei Ihnen – anders als in der Chefarztbehandlung – keine Abgrenzung nach allgemeinen und wahlärztlichen Leistungen denkbar ist. Warum der Wahlleistungspatient, der mit den Entgelten für die allgemeine Krankenhausleistungen bereits sämtliche in den Pflegesatz einbezogenen Sachkosten vergütet hat (vgl. § 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG), zusätzlich noch als Auslagenersatz die Sachkosten externer Ärzte entrichten soll, ist nicht nachvollziehbar.

Die sich aus dem Urteil des BGH ergebende Konsequenz, dass Auslagenersatz externer Ärzte gesondert in Rechnung gestellt werden kann, ist nur unter der engen Voraussetzung akzeptabel, dass die Leistungen Dritter im Rahmen stationärer privatärztlicher Behandlung ausnahmsweise in Anspruch genommen werden müssen. Davon ging offenbar auch der Bundesgerichtshof aus, weil der Kläger in der Revisionsbegründung darauf hingewiesen hat, dass auf

Hauptleistung oder konsiliarische Leistungen?

Können Sachkosten überhaupt wahlärztliche Leistungen darstellen?

Auswirkungen für die Praxis



Veranlassung des Krankenhauses die Angiographien in der Gemeinschaftspraxis „allenfalls im Einzelfall vorgenommen wurden“. In Einzelfällen mag die „Mehrbelastung“ daher hinnehmbar bzw. der Verweis des externen Arztes an den Krankenhausträger aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalls unangemessen sein. Insofern wird es darauf ankommen, jeden Einzelfall genauer zu betrachten. Die Gesamtschau, in welcher das konkrete Behandlungsgeschehen mit demjenigen verglichen wird, das dem Urteil des Bundesgerichtshofes zugrunde lag, kann indes ergeben, dass weder ein zu tolerierender Einzelfall vorliegt, noch von einer marginalen Mehrbelastung die Rede sein kann. Derartige – von dem Urteil des BGH abweichende – Fallkonstellationen wird man unter Berufung auf die BGH-Entscheidung vom 17. September 1998 (Az.: III ZR 222/97, NJW 1999, 868) als Verstoß gegen das Gebot der Gleichbehandlung von Selbstzahlern und Sozialversicherten bei stationärer Krankenhausbehandlung ansehen und die Kostenerstattung zurückweisen bzw. den externen Dritten unter Hinweis auf die Rechtsprechung des 3. Senats des Bundesgerichtshofes vom 10. Mai 2007 (Az.: III ZR 291/06, NJW-RR 2007, 1122) auf Innenausgleich gegenüber dem Krankenhausträger verweisen müssen.

Im Ergebnis hat die Entscheidung des Bundesgerichtshofes für den Wahlleistungspatienten die negative und nicht nachvollziehbare Folge, dass er infolge des „Outsourcings“ die Sachkosten zweimal vergüten soll, einerseits gegenüber dem Krankenhaus und andererseits gegenüber dem externen Arzt. Bei rein ärztlichen Leistungen kann die Hinzuziehung eines externen Arztes, zumal wenn es sich bei dem Externen um einen besonders qualifizierten Arzt handelt, auch aus Sicht des Patienten einen Mehrwert haben. Worin für den Wahlleistungspatienten indes der Nutzen doppelt berechnungsfähiger technischer Leistungen bestehen soll, die bereits mit dem Pflegesatz abgegolten sind, erschließt sich dagegen nicht. Außerdem vermag die Gebührenminderungsregelung des § 6 Abs. 1 GOÄ in ihrer jetzigen Ausgestaltung die Doppel- bzw. Mehrbelastung des Patienten im Hinblick auf Sachkosten in aller Regel wirtschaftlich nicht zu kompensieren. Diesem Missstand sollte spätestens im Rahmen der Novellierung der GOÄ begegnet werden.

Stellungnahme des PKV-Verbandes zur Abrechnung bauchchirurgischer Leistungen

Die GOÄ ist in weiten Teilen veraltet und bildet insbesondere auch im Bereich der Bauchchirurgie den aktuellen Stand der Medizin nicht ab. Aus diesem Grund hat sich der PKV-Verband mit der Abrechnung dieser Leistungen befasst und seine für die PKV-Unternehmen als Orientierungshilfe bei der Rechnungsprüfung dienende Kommentierung (vgl. Rechenschaftsbericht 2008, Seite 62 ff. und Rechenschaftsbericht 2009, Seite 61 ff.) um folgende Bereiche ergänzt:

Nekrorektomie bei nekrotisierender Pankreatitis

Das Ziel der Operation ist, durch das Ermöglichen des Abflusses der Pankreasnekrosen nach außen (Drainage) den Selbstverdauungsprozess zu beenden. Die nekrotisierende Pankreatitis geht regelhaft mit einer Peritonitis einher. Deshalb ist GOÄ-Nr. 3139 originär einschlägig, gegebenenfalls einschließlich der Saug-Spül-Drainage. Die gebotene, vom Umfang individuelle, variable Entfernung von Pankreasnekrosen unabhängig von deren Lokalisation und gegebenenfalls der Nekrosen benachbarter Strukturen und Organe (z. B. Nieren) ist insgesamt mit GOÄ-Nr. 3196 analog (unter Abzug der Eröffnungsleistung) abzurechnen. Die Mobilisierung des Darmes stellt eine nicht gesondert berechnungsfähige Teilleistung dar.

Eine Auflistung der nicht neben den Zielleistungen nach den GOÄ-Nrn. 3139 und 3196 analog berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Zugangsvariante über Flankenschnitt

Bei ein- oder beidseitigem Flankenschnitt ist die GOÄ-Nr. 1830 analog je Seite berechnungsfähig für die retrokolische und die perirenale Nekrorektomie mit Eröffnung der Bursa omentalis von retroperitoneal. Die Spül- und/oder Saugdrainage kann je Seite mit GOÄ-Nr. 2032 berechnet werden.

Eine Auflistung der nicht neben den Zielleistungen GOÄ-Nrn. 1830 analog und 2032 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Gutartige Pankreastumore

Zystadenome, endokrine Tumore

Für die Entfernung von Zystadenomen gelten die Abrechnungsmodalitäten, die bei den einzelnen Verfahren der Pankreasresektion dargestellt wurden.

Das therapeutische Vorgehen bei gutartigen, lokalisierten, endokrinen Tumoren (Insulinom, Gastrinom, Glukagonom etc.) ist die Entfernung (z. B. Enukleation = Ausschälung) des Tumors. Diese offen-chirurgische Intervention setzt die Mobilisierung des Duodenums nach Kocher und die Eröffnung der Bursa omentalis mit bimanueller Palpation des Pankreas voraus. Abhängig von der Lokalisation des Tumors ist die GOÄ-Nr. 3196 originär oder analog einschlägig.

Eine Auflistung der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3196 (originär oder analog) berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Papillentumore

Bei umschriebenen, in der Papillenregion des Zwölffingerdarmes gelegenen gutartigen Tumoren oder bei hierbei lokalisierten unklaren kleinen Tumorbefunden ist die Papillen-Entfernung (Exstirpation) die medizinisch erforderliche Intervention. Für die Exstirpation der Papille einschließlich der Eröffnung des Duodenums ist die GOÄ-Nr. 3190 berechnungsfähig. Dabei sind regelhaft eine Choledochusrevision und eine Reinsertion des ductus choledochus und ductus pancreaticus an der Duodenalwand erforderlich. Der bei ausgedehnteren Tumoren erhöhte Aufwand kann über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden.

Eine Auflistung der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3190 (originär oder analog) berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Bösartige Pankreastumore

Grundsätzlich ist das Therapieziel die Entfernung des Tumors im gesunden Gewebe, einschließlich der regionären Lymphknoten, sofern damit eine Heilung erreicht werden kann. Je nach Lokalisation und Ausdehnung des Tumors sind die GOÄ-Nummern 3195, 3196, 3197 oder 3198 einschlägig. Bestehen Fernmetastasen, großflächige retroperitoneale Infiltration oder Infiltration der Mesenterialwurzeln, dann ist Heilung nicht zu erreichen, weshalb die Tumorentfernung nur in Ausnahmefällen in Frage kommt. Ausnahmen können bei umschriebenem Befall der Mesenterialwurzeln, der Pfortader, des Magens, der Milz oder des Kolons bestehen.

Beim häufigen Pankreaskopfkarzinom umfasst die Lymphadenektomie die suprapankreatischen, infrapankreatischen und pankreatikoduodenalen Lymphknoten. Beim Karzinom im Pankreasschwanz (Linksresektion) und bei der totalen Pankreatektomie ist auch die Splenektomie geboten, wodurch die Lymphknoten in Nähe der Milzgefäße und am Milzhilus entfernt werden. Darüber hinaus können proximale mesenteriale Lymphknoten, Lymphknoten am Ductus choledochus, Lymphknoten am Truncus coeliacus sowie die paraaortalen und andere Lymphknotenbereiche entfernt werden.

Das Pankreaskopfkarzinom wird entfernt wie in dem Abschnitt zu Pankreaskopfresektionen (z. B. bei chronischer Pankreatitis) beschrieben, das Pankreasschwanzkarzinom gemäß der Kommentierung im Abschnitt Pankreaslinksresektion. Es gelten die dort aufgeführten Abrechnungsmodalitäten.

Für die Exstirpation der regionalen Lymphknoten ist GOÄ-Nr. 1783 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung zusätzlich berechnungsfähig, während für die Entfernung weiterer Lymphknoten stattdessen insgesamt maximal die GOÄ-Nr. 1809 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnet werden darf. Wird darüber hinaus auch die Milz entfernt, kann die GOÄ-Nr. 3199 unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnet werden.

Operative Interventionen an benachbarten Organen/Strukturen zwecks Entfernung von Tumoranteilen können mit den entsprechenden GOÄ-Positionen gesondert in Rechnung gestellt werden abzüglich der jeweiligen Eröffnungsleistung (es sei denn, die Intervention erfolgt über einen gesonderten Zugang).

Eine Auflistung der nicht neben den Zielleistungen nach GOÄ-Nr. 3195 und 3198 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Beispiele für Palliativoperationen

Ergibt sich intraoperativ nach Exploration des Bauchraumes ein inoperabler Befund, können Palliativoperationen medizinisch indiziert sein. Diese sollen funktionelle Störungen beseitigen oder vermindern (in der Regel Anastomosierungen, um Abflussbehinderungen zu beheben).

Dafür kommen nachstehende Gebührenpositionen in Betracht:

- **GOÄ-Nr. 3188** (Biliodigestive Anastomose)
- **GOÄ-Nr. 3158** (Gastroenterostomie)

In der Praxis wird für eine aufwendige Exploration des Bauchraumes zusätzlich GOÄ-Nr. 3139 analog angesetzt. Hier fehlt es aber an einer durch Analogie ausfüllungsbedürftigen Regelungslücke, denn der Verordnungsgeber hat offensichtlich mit GOÄ-Nr. 3139 einen Spezialtatbestand für eine operative Therapieoption der Peritonitis geschaffen. Eine allgemeine Gebührenposition für die Bauchhöhleröffnung zu diagnostischen Zwecken stellt GOÄ-Nr. 3135 dar. Diese Leistung ist aber mit den Gebühren für die Palliativoperationen abgegolten, soweit die Leistung nach GOÄ-Nr. 3135 nicht als einzige Leistung erbracht wird. Ist die Exploration tatsächlich besonders zeitaufwendig, kann dies durch einen höheren Steigerungsfaktor bei der Zielleistung berücksichtigt werden.

Operative Eingriffe bei Morbus Crohn

Entsprechende Interventionen kommen – zunehmend seltener – in Betracht, wenn die konservative Therapie des Morbus Crohn nicht erfolgreich ist. Umfang und Zielrichtung der Eingriffe sind unterschiedlich und vom konkreten Krankheitsfall abhängig. Es gibt keine Standard-Operation. Primär geht es um Teilresektionen des Darmes.

Operative Eingriffe bei Colitis ulcerosa

Zielleistungen können je nach Lage und Ausbreitung des Entzündungsherdes sein die „Teilresektion des Kolons“ (GOÄ-Nr. 3169), die „Kolektomie“ (GOÄ-Nr. 3170), „Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarms mit Ileostoma“ (GOÄ-Nr. 3183) sowie die „Kombinierte Rektumexstirpation“ (GOÄ-Nr. 3235). Die Leistung nach Nr. 3169 GOÄ kann – unter Abzug der Zugangsleistung – auch mehrfach berechnet werden, wenn mehrere Darmabschnitte entfernt werden. Die Auffassung im GOÄ-Kommentar von Lang e. a., dass in diesem Fall GOÄ-Nr. 3170 abzurechnen ist, überzeugt nicht, da größere Teile des Dickdarms erhalten bleiben können und kein Ileostoma angelegt wird.

Bleibt nach dem Eingriff kein funktionales Stück des Dickdarms übrig, reicht eine herkömmliche Anastomose nicht aus und es muss ein Pouch angelegt werden. Dadurch entsteht ein zusätzlicher Zeitaufwand von etwa einer Stunde. In der Praxis wird dafür überwiegend GOÄ-Nr. 1807 analog angesetzt. Hiergegen ist aber einzuwenden, dass die Pouchversorgung heute dem medizinischen Standard entspricht, eine Veränderung der Methodik aber nicht dazu führen kann, dass neben der Zielleistung eine unselbständige Leistung gesondert berechnet werden kann. Der Mehraufwand ist daher über den Steigerungsfaktor abzubilden.

Eine Auflistung der nicht neben den Zielleistungen nach den GOÄ-Nrn. 3169, 3170, 3183 sowie 3235 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbe-gründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Operative Eingriffe bei Sigmadivertikulitis

a) Elektiver Eingriff

Zielleistung ist die „Teilresektion des Kolons – auch mit Anastomose –“ (GOÄ-Nr. 3169). Sie wird entweder mit Wiederherstellung der Kontinuität (elektiver Eingriff) oder bei einem zweizeitigen Vorgehen durchgeführt, bei dem in einem ersten Eingriff zunächst ein künstlicher Darmausgang (anus praeter) gelegt wird. Maßnahmen, die ausschließlich der Schonung der Harnleiter dienen, sind grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig. Wird aber durch eine präoperative Diagnostik nachgewiesen, dass eine Schädigung eines Ureters vorliegt, ist eine eigenständige Indikation für eine Leistung nach Nr. 1829 unter Abzug der Eröffnungsleistung bzw. 1829a GOÄ gegeben.

Wenn es im Rahmen einer Sigmadivertikulitis zu einer Harnblasenfistel (Verbindung zwischen Blase und Sigma) gekommen ist, besteht eine zusätzliche Indikation für die Beseitigung dieser Fistel durch entweder Übernähung (GOÄ-Nr. 1723 analog) oder Entfernung der entzündlichen Blasenwand einschließlich der Fistel (GOÄ-Nr. 1804 analog). Dabei muss in die Blase ein Katheter gelegt werden, der durch die Bauchdecke nach außen geführt wird. Dabei handelt es sich um einen obligaten Bestandteil der Leistung nach GOÄ-Nr. 1723 analog bzw. GOÄ-Nr. 1804 analog, der nicht gesondert berechnungsfähig ist.

Eine Auflistung der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

b) Operation bei perforierter Sigmadivertikulitis

Bei freier Divertikelperforation mit eitriger oder kotiger Peritonitis ist eine Resektion mit primärer Anastomose mit einem hohen Risiko einer Anastomoseninsuffizienz verbunden, so dass stattdessen meistens eine Hartmannsche Operation durchgeführt wird. Hierzu wird zunächst die Bauchhöhle eröffnet und ausgiebig gesäubert, entsprechend der Nr. 3139 (Eröffnung des Bauchraumes bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage). Zusätzlich sollte eine Abstrichentnahme zur Mikrobiologie (Nr. 298) vorgenommen werden. Die Sigmaresektion entspricht der Nr. 3169 (Teilresektion des Kolons). Sind Nachbarorgane wie z. B. Ureter und Blase beteiligt, so müssen diese wie bei der elektiven Operation entsprechend berücksichtigt werden. Abschließend ist bei diesen Patienten ein endständiger Descendensaft nach Nr. 3207 (Anlegen eines Anus praeternaturalis) anzulegen. Der Abzug der Eröffnungsleistung ist jeweils zu berücksichtigen.

c) Wiederanschlussoperation nach vorausgegangener Diskontinuitätsresektion des Kolons (Darmresektion)

Die Zielleistung besteht darin, die Kontinuität wiederherzustellen. Hierfür muss der künstliche Darmausgang ausgelöst werden. Danach ist die Reanastomosierung des Kolon descendens mit dem blindverschlossenen Rektumstumpf durchzuführen, wobei die aufeinander zu nähernden Darmenden zunächst gekürzt werden müssen. Für diese Leistung ist die GOÄ-Nr. 3209 berechnungsfähig. Ist es zu Verwachsungen im Dünndarmbereich gekommen, die außerhalb des Zugangsweges zum Operationsgebiet liegen, ist die notwendige Adhäsio-lyse gesondert nach GOÄ-Nr. 3172 (unter Abzug der Eröffnungsleistung) zu berechnen.



Eine Auflistung der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3209 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Bösartige Tumore des Kolons und des Rektums

Zökum-/Aszendenskarzinom

Regeloperation ist die Hemikolektomie rechts mit radikaler Entfernung des Lymphabflussgebietes entlang der Arteria colica dextra und der Arteria ileocolica unter Erhaltung des Stamms der Arteria colica media, bei der im Bereich des zu resezierenden Querkolonteils das Große Netz mitentfernt wird. Als Zielleistung ist die GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähig. Erfolgt eine radikale Entfernung der Lymphknoten, ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1809 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) ansatzfähig. Werden allerdings nur regionäre Lymphknoten entfernt, ist stattdessen GOÄ-Nr. 1783 analog – abzüglich der Eröffnungsleistung – abrechnungsfähig.

Maßnahmen, die ausschließlich der Schonung der Harnleiter dienen, sind grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig. Wird aber durch eine präoperative Diagnostik nachgewiesen, dass eine Schädigung eines Ureters vorliegt, ist eine eigenständige Indikation für eine Leistung nach Nr. 1829 (abzüglich der Eröffnungsleistung) bzw. 1829a GOÄ gegeben.

Auch für die erweiterte Hemikolektomie rechts ist nur die GOÄ-Nr. 3169 abrechnungsfähig. Für diese Leistung kommt GOÄ-Nr. 3170 nicht in Betracht, da der Leistungsinhalt nicht erbracht wird. Der Dickdarm wird nicht so weit entfernt, dass eine Ileostomie erforderlich wird.

Nicht berechnungsfähig ist die Mitentfernung des Großen Netzes im Bereich des zu resezierenden Querkolonteils. Aufgrund der Entfernung des Querkolons käme es andernfalls zu einer Durchblutungsstörung des Großen Netzes.

Eine Auflistung der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Transversumresektion bei Karzinomen des Colon transversum

Regeloperation ist die Entfernung des Querkolons mit regionärer Entfernung des Lymphabflussgebietes. Im Bereich des zu resezierenden Querkolons wird das Große Netz mitentfernt. Berechnungsfähig für diese Zielleistung ist GOÄ-Nr. 3169. Für die regionäre Entfernung der Lymphknoten ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1783 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig.

Auch für die erweiterte Hemikolektomie rechts oder links ist nur die GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähig. Für diese Leistung kann GOÄ-Nr. 3170 nicht angesetzt werden, da der Leistungsinhalt nicht erbracht wird, denn der Dickdarm wird nicht so weit entfernt, dass eine Ileostomie erforderlich wird.

Nicht berechnungsfähig ist die Mitentfernung des Großen Netzes im Bereich des zu resezierenden Querkolons. Aufgrund der Entfernung des Querkolons käme es andernfalls zu einer Durchblutungsstörung des Großen Netzes.

Eine Auflistung der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Teilresektion des Kolons bei Karzinomen der linken Kolonflexur

Regeloperation ist die erweiterte Hemikolektomie links mit radikaler Entfernung des Lymphabflussgebietes. Im Bereich des zu resezierenden Kolonteils wird das Große Netz mit entfernt. Berechnungsfähig für diese Zielleistung ist GOÄ-Nr. 3169. Für die radikale Entfernung der Lymphknoten ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1809 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig.

Für diese Leistung kann GOÄ-Nr. 3170 nicht angesetzt werden, da der Leistungsinhalt nicht erbracht wird, denn der Dickdarm wird nicht so weit entfernt, dass eine Ileostomie erforderlich wird.

Eine Auflistung der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Hemikolektomie links bzw. Sigmaresektion

Für diese Zielleistungen ist die GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähig, wohingegen die GOÄ-Nr. 3170 nicht in Betracht kommt, da deren Leistungsinhalt nicht erbracht wird. Denn der Dickdarm wird nicht so weit entfernt, dass eine Ileostomie erforderlich wird. Für die radikale Entfernung der Lymphknoten ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1809 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig. Werden nur die regionären Lymphknoten entfernt, ist stattdessen GOÄ-Nr. 1783 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) anzusetzen.

Maßnahmen, die ausschließlich der Schonung der Harnleiter dienen, sind grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig. Wird aber durch eine präoperative Diagnostik nachgewiesen, dass eine Schädigung eines Ureters vorliegt, ist eine eigenständige Indikation für eine Leistung nach Nr. 1829 (abzüglich der Eröffnungsleistung) bzw. Nr. 1829a GOÄ gegeben.

Wird zum Schutz der Anastomose eine gesonderte Darmausleitung durchgeführt, so kann diese nach der GOÄ-Nr. 3210 (mit Abzug der Eröffnungsleistung) berechnet werden.

Eine Auflistung der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.

Resektion bei Rektumkarzinom

Die Rektumresektion ist in der Regel mit GOÄ-Nr. 3235 analog berechnungsfähig.

Die früher meist, heute nur noch in Einzelfällen durchgeführte kombinierte Rektum exstirpation (Nr. 3235 GOÄ originär) beinhaltet folgende Teilleistungen: Laparotomie, Präparation des Rektums von abdominal, Schaffung eines Zugangs von anal, Präparation des Rektums von anal, Durchzug des Rektums nach abdominal und Absetzung, Schließung der analen Wundhöhle, Anlage eines Anus praeter. Zwingend dazugehörend ist die Darstellung und Schonung des linken Ureters.

Demgegenüber besteht die heute überwiegend durchgeführte tiefe anteriore Rektumresektion aus: Laparotomie, Präparation des Rektums von abdominal, Entfernung des betroffenen Rektumabschnitts, Mobilisierung des C. descendes und gegebenenfalls des C. transversum, Stapler-Anastomose zwischen Colon und Rektumstumpf, totale mesorektale Exzision, Darstellung/Kontrolle der Lymphknoten der Region, Anlage eines Descendostomas zur Entlastung der Anastomose. Zwingend dazugehörend ist die Darstellung und Schonung des linken Ureters sowie der großen Gefäße der Region zur Lymphknotenentfernung. Je nach Resektionshöhe wird standardmäßig ein Pouch angelegt, um die Kontinenz zu erhalten.

Nach den Kriterien des § 6 Abs. 2 GOÄ bietet es sich aber an, die GOÄ-Nr. 3235 analog zu berechnen.

Für die radikale Entfernung der Lymphknoten ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1809 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig. Werden nur die regionären Lymphknoten entfernt, ist stattdessen GOÄ-Nr. 1783 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig.

Maßnahmen, die ausschließlich der Schonung der Harnleiter dienen, sind grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig. Wird aber durch eine präoperative Diagnostik nachgewiesen, dass eine Schädigung eines Ureters vorliegt, ist eine eigenständige Indikation für eine Leistung nach Nr. 1829 (abzüglich der Eröffnungsleistung) bzw. Nr. 1829a GOÄ gegeben.

Wird zum Schutz der Anastomose eine gesonderte Darmausleitung durchgeführt, so kann diese nach der GOÄ-Nr. 3210 (mit Abzug der Eröffnungsleistung) berechnet werden.

Eine Auflistung der nicht neben den Zielleistungen nach GOÄ-Nrn. 3235 originär und analog berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung) befindet sich im Anhang unter Punkt II.



Basistarif – Vergütungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 b SGB V

Der per Gesetz eingeführte Basistarif der PKV entspricht auf der Leistungsseite dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch die Beitragshöhe nimmt Bezug auf die GKV: So darf dem Basistarif-Versicherten nicht mehr als der jeweilige Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen berechnet werden. Mit diesen Maßgaben korrespondiert allerdings nicht die gesetzliche Regelung in § 75 Abs. 3 a Satz 2 SGB V, wonach die im Basistarif versicherten Leistungen nach der GOÄ mit der Maßgabe zu vergüten sind, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen nur bis zum 1,16-fachen des Gebührensatzes, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen nur bis zum 1,38-fachen des Gebührensatzes und Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses nur bis zum 1,8-fachen des Gebührensatzes berechnet werden dürfen. Allerdings ist im Gesetz vorgesehen, dass diese Vergütungen in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung (einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern) und den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ganz oder teilweise abweichend geregelt werden können. Davon ausgehend hatten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und PKV-Verband darauf verständigt, gemeinsam ein angemessenes Vergütungsniveau für die Abrechnung von im Basistarif versicherten ärztlichen Leistungen abzustimmen. Eine entsprechende Vereinbarung ist dann aber zunächst nicht zustande gekommen, was den PKV-Verband veranlasst hat, von der für diesen Fall in § 75 Abs. 3 b Satz 3 SGB V vorgesehene Möglichkeit Gebrauch zu machen, eine nach den Vorgaben des § 75 Abs. 3 c SGB V gebildeten Schiedsstelle anzurufen. In der Schiedsstellensitzung Anfang 2010 ist es dann aber auf Vermittlung des Schiedsstellenvorsitzen den, Herrn Professor Wille, doch noch zu einer Einigung zwischen KBV und Kostenträgern gekommen, so dass es einer Schiedsstellenentscheidung nicht mehr bedurft hat. Die Parteien verständigten sich darauf, dass für die Behandlung von Basistarif-Versicherten folgende Gebührensätze anzuwenden sind:

- für Laborleistungen das 0,9-fache des Gebührensatzes,

- für technische Leistungen das 1,0-fache und
- für alle übrigen Leistungen das 1,2-fache.

Die Vereinbarung tritt an die Stelle der gesetzlichen Regelung in § 75 Abs. 3a Satz 2. Sie entfaltet insoweit auch Wirkung für den Bereich der zahnärztlichen Behandlung, soweit der Zahnarzt im Rahmen des § 6 Abs. 1 GOZ bei der Abrechnung seiner Leistungen auf die GOÄ zugreift.

Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nachdem der vom Bundesgesundheitsministerium im Oktober 2008 vorgelegte Referentenentwurf einer Verordnung zur Änderung der GOZ noch unter der Ägide von Ulla Schmidt als Bundesgesundheitsministerin in der Schublade verschwunden war, hatte sich die neue Leitung des BMG auf Drängen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) für den Fortgang der Novellierungsarbeiten dahin gehend positioniert, dass die bereits im Jahr 2004 zur Vorbereitung der Novellierung eingerichtete Arbeitsgruppe (BMG, BZÄK, Beihilfe und PKV-Verband) Anfang 2010 ihre Tätigkeit wieder aufnehmen sollte und zwar auf der Grundlage der von der Zahnärztekammer selbst erarbeiteten Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ). Allerdings hatte das Ministerium ausdrücklich klargestellt, dass die Bundeszahnärztekammer die Datengrundlagen für die HOZ offenlegen müsse. Die Beihilfe und der PKV-Verband waren von dieser Entwicklung (insbesondere im Hinblick auf die daraus resultierende Verzögerung) wenig angetan, trotzdem aber bereit, in der Arbeitsgruppe weiterhin konstruktiv mitzuwirken. In den Treffen der Arbeitsgruppe ging es dann zunächst darum, die von der BZÄK – wenn auch nur sehr zögerlich – vorgelegten Kalkulationsdaten je Leistungsposition sowie die Annahmen zur Mengenentwicklung zu bewerten. Schnell wurde dabei klar, dass es „Ungereimtheiten“ gab. Aufklärungsbedarf wurde von Kostenträgerseite insbesondere im Hinblick auf das Ergebnis eines Vergleichs der kalkulatorisch für die HOZ veranschlagten betriebswirtschaftlichen Eckdaten mit den nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) für das Jahr 2008 und des statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007 in den alten Bundesländern von den Praxisinhaber erwirtschafteten Beträgen. Denn der durchschnittlich je Praxisinhaber in den alten Bundesländern im Jahr 2008 aus vertrags- und privatärztlicher Tätigkeit erwirtschaftete Einnahmeüberschuss betrug laut Erhebung der KZBV (Jahrbuch 2009) 291.921 Euro. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes (Fachserie 2, Reihe 1.6.1, Kostenstruktur von Arzt- und Zahnarztpraxis 2007) betrug der Reinertrag im Jahr 2007 rund 133.000 Euro. Ein im Auftrag der BZÄK erstelltes Gutachten der Prognos-AG (Bewertung einer Honorarordnung der Zahnärzte/HOZ, Kalkulation auf Basis betriebswirtschaftlicher Grundsätze) setzt als Referenzeinkommen, das aus privat Zahnärztlicher Tätigkeit zu erzielen sei, rund 116.000 Euro an.

Wenn man bedenkt, dass das betriebswirtschaftliche Ergebnis 2008 aus vertrags- und privat Zahnärztlicher Tätigkeit noch deutlich höher ausgefallen wäre, wenn auch die vertragsärztlichen Leistungen auf der Grundlage der GOZ berechnet worden wären, und dass die für die HOZ-Kalkulation vorgegebene Durchschnittspraxis (Einzelpraxis, Neugründung mit fast vollständiger Fremdfinanzierung) im Vergleich zu Gemeinschaftspraxen (2007 rund 19 Prozent der Zahnärztlichen Praxen) eine ungünstigere Kostenstruktur aufweist und somit die durchschnittlichen Kosten in der HOZ-Kalkulation tendenziell eher zu hoch angesetzt sind, muss man davon ausgehen, dass die in der HOZ-Kalkulation 2009 veranschlagten betriebswirtschaftlichen Eckdaten (insbesondere der

Reinertrag) für die privat Zahnärztliche Tätigkeit bereits 2008 durchschnittlich mindestens erreicht, eher sogar bereits überschritten worden sind. Die von der BZÄK selbst eingeräumte mit der Umsetzung der HOZ verbundene Honorarsteigerung von rund 55 bis 60 Prozent gegenüber der alten GOZ ist vor diesem Hintergrund nicht verständlich. Die Erklärungsversuche der BZÄK zu dieser „Ungereimtheit“ konnten keine Transparenz schaffen. Dies mag zu der überraschenden Wende beigetragen haben, die die BZÄK dann vollzogen hat. Die HOZ wurde quasi zurückgezogen. Dies wurde damit begründet, dass die Ausgestaltung der HOZ und die Bepreisung der Leistungen eine Einheit bilden würden. Wenn mit dem Rasenmäher Kürzungen der vorgesehenen Honorare vorgenommen würden, was zu erwarten sei, weil Honorarsteigerungen bis zu 60 Prozent politisch nicht durchsetzbar seien, könne das mit der HOZ verfolgte Anliegen der Etablierung einer modernen Zahnheilkunde zu angemessenen Preisen nicht erreicht werden.

Auf Betreiben des BMG wurde dann in der Arbeitsgruppe folgende „Sprachregelung“ konsentiert:

„Die HOZ wird von der AG-GOZ nach Prüfung der Kalkulationsgrundlagen und der finanziellen Auswirkungen eines HOZ-basierten Gebührenverzeichnisses nicht mehr als geeignete Grundlage für eine GOZ-Novelle angesehen.

Zum einen würde sich ein beträchtlicher Honorarzuwachs ergeben, der insbesondere angesichts der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht realisierbar erscheint. Daher wären erhebliche Absenkungen der HOZ-Honorare erforderlich. Dies würde jedoch zu Verwerfungen im Bewertungsgefüge der HOZ führen, die von der BZÄK abgelehnt werden.

Zum zweiten bestehen aus Sicht der Kostenträger und des BMG nachhaltige Zweifel, ob die den HOZ-Honoraren zugrunde liegenden Annahmen das tatsächliche Leistungsgeschehen abbilden. Das Leistungsgeschehen in der Praxis weicht aus Sicht der Kostenträger und des BMG's im Gesamtergebnis von den Annahmen der HOZ ab.“

Nachdem sie die HOZ zurückgezogen hatte, schlug die Bundeszahnärztekammer vor, die GOZ lediglich zu aktualisieren. Es sollten nur Ergänzungen und Änderungen vorgenommen werden, die der Weiterentwicklung der Zahnmedizin in den letzten 22 Jahren geschuldet sind. Das BMG hat sich dem angeschlossen. Seit August 2010 war die AG-GOZ auf dieser Grundlage tätig gewesen. PKV und Beihilfe setzten sich dabei nicht nur mit den Vorschlägen der BZÄK zur Gestaltung des Gebührenverzeichnisses auseinander, sondern brachten auch eigene Vorschläge ein. Über den allgemeinen Teil der GOZ (Paragrafen-Teil) sollte nach dem Willen des BMG nicht erneut diskutiert werden.

Die GOZ-AG beim BMG hat im Dezember 2010 ihre Arbeit beendet. Ein neuer Referentenentwurf ist seitens des BMG für das erste Quartal 2011 avisiert worden.

3.2 Arzneimittel

Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)

Das vom Deutschen Bundestag am 11. November 2010 beschlossene und im Wesentlichen zum 1. Januar 2011 in Kraft getretene „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ (AMNOG) hat für die PKV wichtige Änderungen mit

sich gebracht. Besonders bedeutsam ist das als Artikel 11a des AMNOG zum 1. Januar 2011 in Kraft getretene „Gesetz über Rabatte für Arzneimittel“. Aufgrund dieses Gesetzes haben die pharmazeutischen Unternehmen den Herstellerrabatt entsprechend § 130 a SGB V nunmehr auch den PKV-Unternehmen, den Trägern der Beihilfe und sonstigen Kostenträgern, die eine Absicherung zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung bieten, zu gewähren. Gemäß § 2 des Gesetzes müssen „die Unternehmen der privaten Krankenversicherung“ und die Beihilfeträger „bei“ dem Verband der privaten Krankenversicherung eine zentrale Stelle bilden, die mit dem Einzug der Abschläge beauftragt wird.

Trotz der kurzen Zeit zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages wurden die notwendigen Arbeiten und erforderlichen Abstimmungen fristgerecht umgesetzt. So gründeten einerseits PKV und Beihilfe kurzfristig die Zentrale Stelle zum Einzug von Arzneimittelrabatten (ZESAR GmbH), andererseits wurde zur Erarbeitung der technischen Verfahren eine eigens zu diesem Zweck eingerichtete Projektgruppe, bestehend aus Vertretern der Beihilfe, des PKV-Verbandes und der Mitgliedsunternehmen eingesetzt. Die Projektgruppe hat die Prozesse des umfassenden In-/Exkasso der Abschläge, eines entsprechenden Klärungsfall- und Fehlermanagement, der durchzuführenden Erstattungsprozesse sowie die Prozesse zur elektronischen Datenübertragung an die Zentrale Stelle definiert und beschrieben. Zudem wurden nach Verabschiedung des Gesetzes Gespräche mit den Verbänden der Pharmaindustrie zur weiteren Prozessabstimmung aufgenommen. Ergebnis ist eine Rahmenvereinbarung, die im ersten Quartal 2011 unterzeichnet werden soll.

Zum Aufbau des notwendigen technischen Systems soll unter anderem eine Integrationsplattform erstellt, sowie auf Grundlage eines umfassenden Ausschreibungsverfahrens ein SAP-System zur Abrechnung der Rabatte aufgebaut werden.

Die Ausschreibung zum Aufbau des technischen Systems zur Abrechnungsplattform konnte in den Monaten November und Dezember 2010 durchgeführt und abgeschlossen werden. Zudem wurde noch im Jahr 2010 eine Web-Plattform zur

Umfangreiche Vorarbeiten

Technischer Aufbau



ZESAR

manuellen Eingabe von Rabattdaten, als Teil der Integrationsplattform erstellt und technisch in Betrieb genommen.

Die „ZESAR – Zentrale Stelle zur Abrechnung der Arzneimittelrabatte GmbH“ wurde am 16. Dezember 2010 gegründet. Sie ist gekennzeichnet durch eine paritätisch zusammengesetzte Gesellschafterstruktur. Der PKV-Verband wird durch seine Mitgliedsunternehmen mit der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Aufgaben beauftragt und hält 50 Prozent der Gesellschaftsanteile. Die übrigen 50 Prozent hält die Beihilfe, vertreten durch das Bundesministerium des Innern sowie die Länder Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Bayern und Niedersachsen.

Ausblick

Die ZESAR GmbH hat zum 1. Januar 2011 ihre Arbeit aufgenommen. Im Verlauf des ersten Quartals 2011 wird das technische System der ZESAR soweit aufgebaut sein, dass ab März 2011 Datensätze zur Rabattabrechnung an die pharmazeutischen Unternehmen übermittelt werden können.

Die rund 11.0000 anspruchsberechtigten Stellen schließen hierzu mit der ZESAR GmbH eine Kooperationsvereinbarung, die diese mit der Abrechnung der Rabatte beauftragt.

Die ZESAR GmbH erhält auf elektronischem Wege die zur Abrechnung relevanten Datensätze. Anschließend erfolgt eine Weiterverarbeitung dieser Datensätze, so dass den jeweiligen Pharmaunternehmen monatlich eine Abrechnung zur Verfügung gestellt wird. Die eingezogenen Abschläge werden abschließend von der ZESAR GmbH an die anspruchsberechtigten Stellen weitergeleitet.

Nach § 2 Satz 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel können die Beihilfekostenträger und der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmen von den gesetzlichen Vorgaben abweichende Vereinbarungen bezüglich Abrechnung und Zahlungsfrist treffen. Hierzu haben zwischen den Beteiligten bereits Gespräche stattgefunden, um praxisgerechte Lösungen zu finden und unnötige bürokratische Hindernisse möglichst abzubauen.

Die Teilhabe der PKV an dem Rabattsystem nach § 130 a SGB V wird zu spürbaren Einsparungen zugunsten der Versicherten der PKV führen – nach Schätzungen liegen die potenziellen Einsparungen für die gesamte Branche im dreistelligen Millionenbereich.

Neuregelungen der Vergütungssystematik der pharmazeutischen Großhändler

Mit dem AMNOG ist zugleich das „Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler“ in Kraft getreten. Auf Grundlage dieses Gesetzes müssen die pharmazeutischen Großhändler seit dem 1. Januar 2011 den Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel einen Abschlag in Höhe von 0,85 Prozent des Herstellerabgabepreises ohne Mehrwertsteuer gewähren. Diesen Abschlag dürfen die Apotheken nicht für sich vereinnahmen, sondern sind zur Weitergabe an die Kunden verpflichtet, da der Apothekenabgabepreis mit dem Zuschlag des Pharmagroßhandels korreliert. Das gilt auch bei Direktbezug der Apotheke vom Pharmahersteller unter Umgehung des Großhandels (vgl. § 2 des Gesetzes). Zum 1. Januar 2012 weicht dieser 0,85 prozentige Großhandelsabschlag, der lediglich als Zwischenlösung konzipiert ist, einem neuen Großhandelsvergütungssystem. Dann bewirkt eine Änderung der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), dass die Großhändler neben einem fixen prozentualen Aufschlag einen Festzuschlag in Höhe von 0,70 Euro je Packung berechnen dürfen. Der prozentuale Aufschlag wird auf 3,15 Prozent des Herstellerabgabepreises festgesetzt, der allerdings bei einem Herstellerabgabepreis

von 1.200 Euro gekappt wird, so dass der Großhändler maximal einen prozentualen Aufschlag von 37,80 Euro berechnen kann. Im Ergebnis führt die Bemessung der Zuschläge nach der AMPPreisV ab 2012 zu einer Absenkung des Vergütungsniveaus des Pharmagroßhandels insbesondere im hochpreisigen Arzneimittelsegment, wohingegen bei niedrigpreisigen Präparaten mit einem Herstellerabgabepreis unter 10 Euro gegenüber der Rechtslage vor Inkrafttreten des AMNOG eine leichte Anhebung der Zuschläge zu verzeichnen ist.

Gemäß Artikel 1 des AMNOG (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) bestimmt die Neuregelung des § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen „im Benehmen“ mit dem Verband der privaten Krankenversicherung Erstattungsbeträge für Arzneimittel vereinbart, die keiner Festbetragsgruppe zugeordnet wurden. In der Gesetzesbegründung zum AMNOG heißt es hierzu, die private Krankenversicherung erhalte Gelegenheit zur Einflussnahme auf das Vereinbarungsergebnis. Eine darüber hinaus gehende Beteiligung sei jedoch nicht sachgerecht, weil die privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht selbst Inhaber des Rabattanspruchs nach § 78 Absatz 3a Arzneimittelgesetz seien.

Aus § 130b Abs. 4 Satz 4 SGB V ergibt sich, dass der Verband auch bei einem nach gescheiterten Verhandlungen durchzuführenden Schiedsstellenverfahren vor der Entscheidung der Schiedsstelle gehört werden soll.

§ 130b Abs. 10 SGB V verpflichtet den Verband zur Beteiligung an den Kosten für die Nutzen-Bewertung nach § 35a SGB V, die Kosten-Nutzen-Bewertung nach § 35b SGB V sowie das Schiedsstellenverfahren nach § 135b Absatz 4 SGB V. Hierfür soll zwischen dem PKV-Verband einerseits und dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen andererseits eine entsprechende Vereinbarung geschlossen werden. In den Gesetzesmaterialien wird diese Verpflichtung zur Beteiligung an den Kosten damit begründet, dass die Erstattungsbeträge zu einer finanziellen Entlastung der privaten Krankenversicherungen führten, weshalb diese an den hierdurch entstehenden Kosten (Sach- und Personalkosten) zu beteiligen seien. Die Beteiligten könnten sich auf eine weitgehende Pauschalierung der Kostenerstattung verständigen. Dem Verband der privaten Krankenversicherung obliege es, die Kostenbeteiligung auf die einzelnen Unternehmen umzulegen. Es ist mit baldigen Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband rechnen.

Arzneimittelzubereitungen

Im Rechenschaftsbericht 2009 wurde bereits über die mit dem Inkrafttreten der 15. AMG-Novelle am 23. Juli 2009 einhergehenden Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung und hier insbesondere der Preisbestimmung für Zubereitungen aus Stoffen (vor allem für hochpreisige Krebsarzneimittel) berichtet. In der Folgezeit ergab sich dann allerdings das Problem, dass viele Zytostatika herstellende Apotheken unter Berufung auf den angeblich unklaren Gesetzeswortlaut der maßgeblichen Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung die Auffassung vertraten, sie seien weiterhin berechtigt, den Festzuschlag in Höhe von 90 Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis des Fertigarzneimittels zu berechnen. Seit Einführung der Regelung des § 5 Abs. 6 AMPPreisV mit Wirkung zum 23. Juli 2009 sind Festzuschläge indes definitiv nicht mehr berechnungsfähig. Handlungsbedarf für eine Präzisierung des § 5 Abs. 6 AMPPreisV hat der Verordnungsgeber zwar zu Recht nicht gesehen, da die gesetzliche Regelung hinreichend

Beteiligung des Verbandes an den Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

Erhöhung der Zuschläge für Zubereitungen aus Stoffen zum 1. Januar 2011 und Entfristung der Regelung des § 5 Abs. 6 AMPPreisV

deutlich ist, allerdings erfolgte eine abermalige Klarstellung in den amtlichen Materialien (diesmal im AMNOG), dass für Zytostatika- und andere Zubereitungen Zuschläge nur nach Maßgabe des § 5 Abs. 6 AMPPreisV berechnet werden dürfen. Darin begründet der Ordnungsgeber die Erhöhung der Zuschläge von vormals 70 Euro auf nunmehr 90 Euro damit, dass diese sich zwar an den in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband geltenden Preisen – der so genannte Hilfstaxe – orientierten, darüber hinaus aber ein „Inkassozuschlag“ zur Kompensation des insoweit höheren Risikos der Apotheken bei der Versorgung privat versicherter Patienten eingepreist sei. Tatsächlich liegen die Abgabepreise für parenterale Zubereitungen an Privatversicherte um etwa 30 Prozent über denen in der der GKV. Die Auffassung eines Teils der Zytostatika herstellenden Apotheken, neben den um 30 Prozent höheren Zuschlägen auch noch zusätzlich einen 90prozentigen Zuschlag auf den Apothekeneinkaufspreis des Fertigarzneimittels berechnen zu dürfen, erweist sich im Lichte des sich insbesondere auch aus den Gesetzesbegründungen ergebenden Willens des Ordnungsgebers als unzutreffend. Bestätigt wurde dies durch das Landgericht Hamburg, das in einem im Frühjahr 2011 noch nicht rechtskräftigen Urteil vom 28. Dezember 2010 (Az.: 313 O 214/10) die gegenteilige Ansicht einer Zytostatika-Apotheke zurückgewiesen hat.

Die ursprünglich mit der 15. AMG-Novelle lediglich bis zum 31. Dezember 2011 befristet eingeführte Kappingsregelung des § 5 Abs. 6 AMPPreisV gilt nunmehr unbefristet fort. Damit sind die Bemühungen der PKV um die Festlegung angemessener Entgelte für die Zubereitung aus Stoffen (insbesondere Zytostatika-Zubereitungen) letztlich erfolgreich gewesen, auch wenn die Zuschläge noch um etwa 30 Prozent über denen nach der aktuellen GKV-Vereinbarung („Hilfstaxe“) liegen.

Vermutlich im Zusammenhang mit der Entfristung der Regelung des § 5 Abs. 6 AMPPreisV haben einige Zytostatika herstellender Apotheken für vor dem 23. Juli 2009 – also vor Inkrafttreten der 15. AMG-Novelle – abgegebene Zytostatika-Zubereitungen unter Zugrundelegung des vormals zulässigen 90prozentigen Festzuschlags Nachforderungen gegen teils verstorbene und teils nach wie vor schwer kranke Patienten erhoben. Die Apotheken begründen ihre Nachforderungen in nicht selten fünfstelliger Höhe für teils mehrere Jahre zurückliegende Zytostatika-Abgaben damit, dass sie „versehentlich“ einen geringeren als den 90 Prozent-Zuschlag berechnet hätten und sich nun aufgrund der Gesetzeslage gezwungen sehen würden, die seinerzeit nicht berechneten Entgelte nachzufordern. Juristisch sind diese Forderungen, die einen so genannten unbeachtlichen Kalkulationsirrtum darstellen, nicht darstellbar und dürften gerichtlich auch nicht durchsetzbar sein. Aber auch vom ethischen Standpunkt ist dieses Vorgehen äußerst fragwürdig. Zwischenzeitlich hat sich selbst der Verband der zytostatikaherstellenden Apotheken (VZA) von den eigenen Mitgliedsapotheken distanziert. Schwere Vorwürfe gegen die betreffenden Zytostatika-Apotheken erhebt auch der Deutsche Apothekerverband (DAV). Dessen Vorsitzender Fritz Becker nennt es „unverfroren, auf welche groteske Weise Einzelne versuchen, einen persönlichen Vorteil zu generieren und ihre Umsätze zu verbessern.“ Der DAV verlangt von den Verursachern und deren Verband VZA eine umgehende Entschuldigung bei den Betroffenen. Versicherte oder deren Erben sollten, sobald sie mit derartigen Forderungen konfrontiert werden, unverzüglich Kontakt zu ihrem Krankenversicherer aufnehmen, um das weitere Vorgehen abzustimmen.



3.3 Stationäre Leistungen

Verbändegespräche auf Landesebene und Schiedsstellenverfahren

In vielen Bundesländern beteiligt sich der PKV-Verband an Verbändegesprächen auf der Landesebene. Diese Gespräche dienen der ersten Abstimmung in Sachen Landesbasisfallwert und Ausbildungsfonds (s. Seite 80 f.). Außerdem werden Punkte besprochen, bei denen sich im Laufe der Budgetverhandlungen Klärungsbedarf ergeben hat. Hierzu zählt beispielsweise die Entwicklung von Leistungsmengen, Nachweise zum Pflegeförderprogramm, die Genehmigung von Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) bei Vorabvereinbarungen und der Verzicht auf Mindererlösausgleiche bei Häusern, die fallzahlmäßig weit unter dem Vereinbarungsergebnis liegen, aber trotzdem auf Mehrmengen beharren. Die Kostenträger erörtern an vielen Stellen, wie dem Prospektivitätsgrundsatz höhere Priorität eingeräumt werden kann, um der Neigung der Krankenhäuser, spät im Jahr auf der Basis von Ist-Daten und geschaffener Fakten verhandeln zu wollen, entgegenzutreten.

Fehlende oder nicht eindeutige Regelungen im Gesetz haben immer wieder zu Schiedsstellenverfahren geführt. Ein Beispiel war der sogenannte Mehrleistungsabschlag. Aufgrund der fehlenden gesetzlichen Konkretisierung ist es den Krankenkassen vielfach gelungen, Abschlüsse zwischen 20 und 30 Prozent über die Schiedsstellen durchzusetzen. Zu den weiteren Themen gehörten z. B. die Personalmehrung in der Psychiatrie aufgrund von § 6 Abs. 4 BPflV und die Zentrumseigenschaft.

Die Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten

Seit dem Jahr 2005 verhandeln die Landesverbände der Krankenkassen mit den Landeskrankenhausesellschaften jährlich über die Höhe der Landesbasisfallwerte (LBFW). Das Ganze funktioniert naturgemäß nicht immer einvernehmlich, so dass an einigen Stellen die Schiedsstellen eingeschaltet werden. Auch reden oft die Sozialministerien der Länder ein gehöriges Wort mit, was die Genehmigungsfähigkeit der Vereinbarungen oder Schiedsstellenbeschlüsse angeht. Nach gut einem halben Jahrzehnt „Landesbasisfallwertverhandlungen“ fällt auf: Die Einigungen erfolgen immer früher und bundesweit nähern sich

die Landesbasisfallwerte immer mehr an. In einigen Bundesländern konnte die „Tendenz nach unten“ gestoppt und teilweise durch die Konvergenz an den Bundesbasisfallwert umgekehrt werden. Spitzenreiter in der LBFW-Tabelle ist nach wie vor Rheinland-Pfalz mit 3.120 Euro, gefolgt vom nicht minder teuren Saarland, das immerhin auf einen Wert von 3.068,56 Euro kommt. Das Schlusslicht in den westlichen Bundesländern stellt Schleswig-Holstein mit 2.855,49 Euro dar. Eine Bundesübersicht über die LBFW 2010 stellt sich wie folgt dar:

Übersicht zu den Landesbasisfallwerten des Jahres 2010	Betrag in Euro	
	ohne Ausgleich	mit Ausgleich
Baden-Württemberg	2.977,75	2.962,81
Bayern	2.982,60	2.982,50
Berlin		2.927,50
Brandenburg		2.893,00
Bremen		2.991,00
Hamburg		2.975,00
Hessen	2.968,56	2.952,06
Mecklenburg-Vorpommern		2.855,00
Niedersachsen	2.923,03	2.909,23
Nordrhein-Westfalen		2.895,00
Rheinland-Pfalz		3.120,00
Saarland	3.073,00	3.068,56
Sachsen		2.864,00
Sachsen-Anhalt	2.884,00	2.884,00
Schleswig-Holstein		2.855,49
Thüringen	2.867,40	2.834,23

R10/3502

Die Bildung von Ausbildungsfonds auf der Landesebene

Wie bei der Festlegung der Landesbasisfallwerte genießt die PKV auch bei der Ausbildungsfinanzierung den Status einer Vertragspartei. Die grundlegende Idee, die hinter dem Ausbildungsfonds steht, ist, dass Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Häusern wegen des Ausbildungsangebots durch Bildung dieses Fonds vermieden werden sollen. Pro Fall wird ein landesweiter Zuschlag erhoben, der von der Krankenhausgesellschaft eingesammelt wird und an die Häuser verteilt wird, die Krankenschwestern und -pfleger ausbilden. Die Höhe der Zuschläge sind der beigefügten Bundesübersicht zu entnehmen.

Vereinbarungen zu den landesweiten Ausbildungsfonds 2010	Zuschlag im Jahresdurchschnitt in Euro	Zahlbetrag in Euro*	gültig ab:
Baden-Württemberg	84,16	84,16	1. Jan.
Bayern	62,03	62,03	1. Jan.
Berlin	57,66	57,66	1. Jan.
Brandenburg			
Bremen	68,57	68,57	1. Jan.
Hamburg			
Hessen	62,68	62,68	1. Jan.
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen	78,89	78,89	1. Jan.
Nordrhein-Westfalen	73,26	73,26	1. Jan.
Rheinland-Pfalz		72,95	
Saarland **	111,72	113,62	1. Apr.
Sachsen			
Sachsen-Anhalt			
Schleswig-Holstein	82,87	82,87	1. Jan.
Thüringen	32,25	32,25	1. Jan.

* Der Zahlbetrag ist der tatsächlich auf den Rechnungen ausgewiesene Geldbetrag für den Ausbildungszuschlag je Behandlungsfall. Er ist umso größer, je später der Fonds im Jahresverlauf installiert wurde.

** Bis zum In-Kraft-Treten einer neuen Vereinbarung galt der Ausbildungszuschlag aus 2009 von 105,91 Euro weiter.

R10/3502

Besonderheiten der Krankenhausplanung in einzelnen Bundesländern

Nach dem Landeskrankenhausgesetz in Rheinland-Pfalz von 2010 muss die Umstrukturierung einer Hauptfachabteilung in eine Belegabteilung oder die Umwidmung einer Belegabteilung in eine Hauptfachabteilung beim Ministerium beantragt, im Krankenhausplanungsausschuss erörtert und im Krankenhausplan genehmigt und aufgenommen werden. Hier gibt es künftig eine Neuregelung. Die Landesregierung hat mit der Änderung des Landeskrankenhausgesetzes einen Rechtsrahmen geschaffen, der eine Beplanung von Belegabteilungen künftig nicht mehr vorsieht. Die Krankenhäuser entscheiden danach selbstständig und unter Beachtung der Versorgungssituation vor Ort, in welcher Form sie ihre Leistungsangebote organisieren. Sie entscheiden, ob sie eine Versorgung im Bereich der Inneren Medizin in Form einer Fachabteilung, einer Hauptabteilung oder einer Belegabteilung anbieten. Inzwischen darf auch in anderen Bundesländern – so beispielsweise in Bayern und in Hessen – so verfahren werden. Die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz sehen diese Entwicklung äußerst kritisch und haben sich vergeblich für eine Beibehaltung der bisherigen Regelungen ausgesprochen.

Rheinland-Pfalz

Hessen

Auch in Hessen wurde das Landeskrankenhausgesetz novelliert. Dabei spielte die Neugestaltung der sechs regionalen Krankenhauskonferenzen zu Gesundheitskonferenzen eine Rolle. Vorgesehen ist, ein Gremium in der Region zu etablieren, das sich mit intersektoralen Versorgungsformen beschäftigen soll. Aufgaben und Besetzung dieses Planungsgremiums unterhalb der Landesebene sind durch den Gesetzgeber neu festgelegt worden.

Hamburg

Besonderheit im Planungsprozess Hamburgs war, dass es eine erhebliche Zahl von Anträgen der Krankenhäuser auf zusätzliche psychiatrische Betten gab, die jedoch behördlicherseits noch nicht berücksichtigt wurden. Vielmehr soll – auch unter medizinischen Gesichtspunkten – beleuchtet werden, warum der Bedarf in der Hansestadt so stark angestiegen sein soll. Bei der Lösungsfindung könnte auch die Einrichtung von sektorübergreifenden Budgets eine Rolle spielen.

Berlin

In Berlin war es den Kostenträgern wichtig, eine möglichst genaue Planung der Abteilungen und Subdisziplinen zu erreichen, um eine eventuelle Leistungsausdehnung in Grenzen zu halten.

Thüringen

Nach dem letzten Krankenhausplan in Thüringen sollte auch das Landeskrankenhausgesetz reformiert werden. Das ist in der vergangenen Legislaturperiode allerdings nicht möglich gewesen. Der 6. Thüringer Krankenhausplan musste deshalb auf der alten Rechtsgrundlage entstehen. Danach wurde ebenfalls sehr genau und kleinteilig geplant. Es werden wiederum Abteilungen mit der zugeordneten Bettenzahl ausgewiesen.

Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt wurden die Rahmenvorgaben erweitert und überarbeitet und anschließend zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Kostenträgern abgestimmt, so dass eine einvernehmliche Basis für die Planung der einzelnen Standorte vorlag.

Aufträge der Selbstverwaltung auf Bundesebene

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wurde von den Vertragsparteien der Bundesebene beauftragt, den Bundesbasisfallwert 2011 nach Bekanntgabe der Veränderungsrate zu berechnen. Die Berechnung auf Basis der von den Landeskrankenhausgesellschaften gemeldeten Daten hat zu folgendem Ergebnis geführt:

Unter Anwendung der Veränderungsrate von 0,90 Prozent beträgt der einheitliche Bundesbasisfallwert 2.963,82 Euro (Korridor obere Grenze: 3.037,92 Euro, Korridor untere Grenze: 2.926,77 Euro).

Außerdem war von der Selbstverwaltung die Tarifberichtigungsrate nach § 10 Absatz 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHG) zu verhandeln. Die Gesamtauswirkung des Tarifvertrages für das Jahr 2010 beträgt 2,12 Prozent. Nach Abzug der Veränderungsrate in Höhe von 1,54 Prozent ergibt sich eine Berichtigungsrate von 0,58 Prozent, die mit 40 Prozent gewichtet zu einer Budgetwirksamkeit im Bereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) von 0,23 Prozent führt. Das bedeutet auf der Ortsebene eine Ausgabensteigerung von rund 20 Millionen Euro bezogen auf alle Krankenkassen.

Im Bereich der stationären psychiatrischen Leistungen soll ab dem Jahr 2013 ein neues Entgeltsystem zur Anwendung kommen – gemäß der gesetzlichen Vorgabe analog zur DRG-Welt, aber nicht mit Fallpauschalen, sondern pauschalisierten tagesbezogenen Entgelten, wobei auch hier Bewertungsrelationen als

Relativgewicht konzipiert werden sollen. Die Grundstrukturen dieses Systems sind zum Jahresende 2009 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) mit dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband vereinbart worden. Damit das InEK das Entgeltsystem kreieren kann, sind umfangreiche Leistungsdaten bei den Kliniken abzurufen. Das heißt, sie sind verpflichtet, täglich ihre Patienten entsprechend der Krankheitsbilder einzustufen. Eine Prognose über das künftige Abrechnungssystem ist zur Zeit noch nicht möglich, da die Vorschläge des InEK auf der Basis der Kostenkalkulation abzuwarten sind. Fest steht nur, dass Tagessätze in Rechnung gestellt werden und diese von Tag zu Tag wechseln können, was einen hohen Prüfaufwand nach sich ziehen könnte.

DRG-System 2011

Am 20. August 2010 hat das InEK in Berlin das DRG-System 2011 vorgestellt. Insgesamt wird das System weiter feinjustiert. Grundlegende Änderungen sind nicht vorgesehen. Die jährliche Überarbeitung des Fallpauschalenkatalogs ergab erstmalig eine geringfügige Reduzierung der Zahl der DRG-Fallpauschalen. Für 2011 stehen nunmehr 1.194 DRG-Fallpauschalen (2009:1.200) zur Abbildung des stationären Leistungsgeschehens zur Verfügung, davon sind 1.149 bewertet, 40 sind weiterhin ohne Bewertungsrelation und auf der Ortsebene krankenhausspezifisch zu vereinbaren, fünf betreffen teilstationäre Leistungen. Die Anzahl der teilstationären DRGs (Geriatric, Dialyse) ist unverändert, was aus Sicht der PKV zu begrüßen ist.

Es wurden elf neue DRGs geschaffen (insbesondere durch Integration von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Fallpauschalenkatalog) und 17 gestrichen. Änderungen hat es auch bei den Beleg-DRGs gegeben. Deren Anzahl hat sich um 16 auf 857 reduziert (Vorjahr 873), davon wurden 83 eigenständig kalkuliert. Mit den 83 kalkulierten DRG werden rund 67 Prozent der Belegfälle abgedeckt. Der durchschnittliche Abstand zwischen der kalkulierten Beleg-DRG zur Hauptabteilungs-DRG beträgt rund 32 Prozent.

Die Verweildauer ist weiter rückläufig. Sie lag in der Hauptabteilung bei 7,12 Tagen (Vorjahr 7,27) und in der Belegabteilung bei 4,68 Tagen (Vorjahr 4,85). Dabei ist zu beobachten, dass die Verweildauer in den Belegabteilungen schneller fällt als in den Hauptabteilungen.

Erweitert wurden die Zusatzentgelte, das heißt die Entgelte für Leistungen, die neben den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können. Für 2011 werden insgesamt 146 vorgeschlagen, davon sind 82 bundesweit bewertet (plus 1) und 64 sind krankenhausspezifisch zu verhandeln (plus 2). Zusatzentgelte für nicht zugelassene Arzneimittel (ZE 2011-29 und 33) sind wie in den Vorjahren Gegenstand des Katalogs.

Für die Ermittlung der Fallpauschalen 2011 wurden die tatsächlichen Behandlungskosten aus 247 Krankenhäusern (Vorjahr 225) zugrundegelegt. Unter den beteiligten Kalkulationskrankenhäusern befanden sich auch zehn Universitätskliniken (Vorjahr 10).

Sektorübergreifende Qualitätssicherung

Mit der gesetzlichen Verankerung der externen Qualitätssicherung im Krankenhaus durch die Gesundheitsreform 2000 wurden Selbstzahler in die Qualitätssicherung einbezogen. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die

bis dato separat formulierten Regelungen zur Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Sektor in Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zusammengeführt. Die Anforderungen an die beiden Bereiche sollen grundsätzlich für alle Patienten einheitlich und sektorenübergreifend festgelegt werden, insbesondere um die mittel- und langfristigen Behandlungsergebnisse erfassen und beurteilen zu können. Gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V beschließt der G-BA unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe die inhaltliche Ausgestaltung der Qualitätssicherung für die vertragsärztliche Versorgung und die zugelassenen Krankenhäuser. Dem Verband steht die beratende Mitwirkung in den Gremien des G-BA, die sich den Richtlinien zur Qualitätssicherung widmen, zu.

Mit der Beschlussfassung vom 19. April 2010 über die „Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung“ hat der G-BA einen bedeutenden Schritt zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages getan. Die Richtlinie ist am 2. Dezember 2010 in Kraft getreten, wobei das Bundesministerium für Gesundheit für Selbstzahler (also nicht für gesetzlich Versicherte) deren ausdrückliche Einwilligung fordert, was in den künftigen themenspezifischen Bestimmungen für sektorübergreifende Qualitätssicherung zu regeln wäre. Am 20. Januar 2011 hat der G-BA sinngemäß beschlossen, Selbstzahler zunächst von der sektorübergreifenden Qualitätssicherung auszuschließen, solange eine gesetzliche Grundlage fehle, Selbstzahler auch ohne deren ausdrückliche Einwilligung einzubeziehen. Als Gründe für den beschlossenen Ausschluss wurden insbesondere Gefährdung der Vollzähligkeit und damit der Aussagefähigkeit der Ergebnisse der Qualitätssicherung sowie unvertretbarer bürokratischer Aufwand genannt. Der PKV-Verband konnte sich mit seinen Argumenten, durch entsprechende Kennzeichnung sei die Prüfung der Vollzähligkeit jedenfalls für gesetzlich Versicherte problemlos zu gewährleisten und der bürokratische Aufwand der Einwilligung sei vertretbar und werde honoriert, nicht durchsetzen. Der Beschluss des G-BA tangiert nicht die externe Qualitätssicherung im Krankenhaus, die bis auf Weiteres unter Einbezug der Selbstzahler fortgesetzt wird. Es bleibt abzuwarten, wie das Bundesministerium für Gesundheit sich zum Beschluss des G-BA positioniert, der ja letztlich die Forderung des Gesetzes (§ 137 SGB V) außer Kraft setzt, wonach die sektorübergreifende Qualitätssicherung grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durchzuführen ist.

GKV-Finanzierungsgesetz

Die Regierungskoalition hat Ende 2010 das Gesetzgebungsverfahren für eine Finanzreform in der GKV abgeschlossen. Für den Krankenhausbereich wurden mehrere Maßnahmen zur Ausgabenreduzierung beschlossen, die helfen sollen, die für 2011 erwartete Lücke im Gesundheitsfonds von rund 9 Milliarden Euro zu schließen. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Regelungen:

Laut einem ersten Entwurf des Gesetzes zur nachhaltigen und ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetzes-GKV-FinG) war geplant, die Obergrenze für den DRG-Preiszuwachs auf die halbierte Veränderungsrate (die Hälfte von 1,15= 0,575) festzulegen. In dem verabschiedeten Gesetz wird nunmehr vorgegeben, dass 2011 nicht mehr die halbierte Veränderungsrate, sondern lediglich die um 0,25 Prozent verminderte Veränderungsrate (somit ein Wert von 0,9 Prozent) Anwendung finden soll. Für das Jahr 2012 wird eine um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate vorgegeben. Begründet wird diese Änderung mit der positiven konjunkturellen

Lage, die auch kleinen Krankenhäusern in ländlichen Regionen zugutekommen soll.

Eine weitere Regelung, die für das Verhandlungsgeschäft von Interesse ist, sieht vor, dass für Leistungen, die im Jahr 2011 zusätzlich geplant und im Erlösbudget berücksichtigt werden, ein Vergütungsabschlag von 30 Prozent zu berücksichtigen ist (erneuter Mehrleistungsabschlag). Ab 2012 haben die Vertragsparteien die Höhe des Abschlags zu vereinbaren. Ausgenommen von diesem Abschlag sind Leistungen, die durch die Krankenhausplanung oder das Investitionsprogramm des Landes begründet sind, Leistungszuwächse durch zusätzliche Krankenhauskapazitäten (z. B. Ansiedlung einer neuen Fachabteilung) sowie Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln. Des Weiteren können die Vertragsparteien zur Vermeidung unzumutbarer Härten einzelne Leistungen von der Erhebung des Abschlags ausnehmen. Der Abschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem LBFW vergüteten Leistungen umzusetzen. Er ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Insofern profitieren auch die privatversicherten Krankenhauspatienten von diesem Mehrleistungsabschlag.

Strukturelle Änderungen im Krankenhauswesen sind im GKV-FinG nicht erkennbar. In diesem Zusammenhang ist positiv zu vermerken, dass der Gesetzgeber der Versuchung widerstehen konnte, dass von der GKV geforderte Konzept der selektiven Verträge im Krankenhausbereich einzuführen. Sämtliche über das einheitliche Budget gesteuerten Sparmaßnahmen wirken so auch weiterhin für die PKV.

Ausgründungen

Im Berichtszeitraum konnte sich der PKV-Verband mit weiteren Krankenhausträgern darauf verständigen, dass die Errichtung neuer bzw. die Modernisierung bereits bestehender Wahlleistungsstationen im öffentlichen Krankenhaus auf der Grundlage der Vorschriften des Krankenhausrechts realisiert wird. Mit seiner Expertise stand er den Krankenhausträgern vielfach bei der Planung ihrer Wahlleistungsstationen beratend zur Seite.

Der Verband hat im Berichtsjahr weitere gerichtliche Entscheidungen und Hinweise, die seine Rechtsauffassung stützen, zur Problematik der Ausgründung von Privatkliniken erhalten. Zu nennen sind hier das Urteil des Landgerichts (LG) Freiburg vom 19. Januar 2010 (2 O 497/08) sowie das Urteil des LG Düsseldorf vom 29. September 2010 (12 O 421/09). In diesen Urteilen wurde entschieden, dass sich Träger von Plankrankenhäusern nicht mittels ausgegründeter Privatkliniken den Vorschriften des Krankenhausentgeltrechts entziehen können.

Krankenhaus-Datenbank des Verbandes

Der PKV-Verband unterhält eine umfangreiche Datenbank, um die Abrechnungsprüfungen seiner Mitglieder zu unterstützen. Die Erfassung der Daten erfolgt auf der Basis der Genehmigungsbescheide und der Befragungen der Krankenhäuser. Im Kern geht es dabei um sämtliche Entgeltformen wie z. B. Landesbasisfallwerte, Zusatzentgelte, Pflegesätze und Ein- und Zweibettzimmerzuschläge. Auch die Beurteilung der stationären Einrichtungen unter Bezugnahme auf die Musterbedingungen wird über die Datenbank transportiert. Die Informationen der Datenbank sind über die Internetadresse www.derprivatpatient.de auch der Öffentlichkeit zugänglich.

Die folgenden Übersichten dokumentieren eine Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge im Vergleich der Jahre 2009 und 2010. Diese die verbesserte Unterbringung vergütenden Entgelte werden auf der Basis des BGH-Urteils vom 4. August 2000 (Az.: ZR 158/99) und der darauf Bezug nehmenden Vereinbarung mit der DKG durch den PKV-Verband mit den einzelnen Kliniken leistungsbezogen vereinbart. Die Auswertung ergibt für das Jahr 2010 einen bundesdurchschnittlichen Einbettzimmerzuschlag in Höhe von 87,10 Euro, während bundesweit bei der Unterbringung im Zweibettzimmer die gegenüber der Regelsituation bessere Unterbringung durchschnittlich mit 44,27 Euro vergütet wurde. Die Spannweiten der durchschnittlichen Entgelte liegen einerseits für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers zwischen 93,34 Euro im Bundesland Bremen und 69,15 Euro im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und andererseits für das Zweibettzimmer zwischen 48,00 Euro im Bundesland Nordrhein-Westfalen und 29,48 Euro im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

Einbettzimmerzuschläge nach Ländern	2009 in Euro	2010 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	82,62	87,10	5,42
Baden-Württemberg	86,90	87,89	1,14
Bayern	85,97	87,03	1,23
Berlin	90,65	91,51	0,95
Brandenburg	71,09	70,67	-0,59
Bremen	91,88	93,34	1,59
Hamburg	84,44	85,98	1,82
Hessen	87,51	89,14	1,86
Mecklenburg- Vorpommern	68,73	69,15	0,61
Niedersachsen	81,72	84,00	2,79
Nordrhein-Westfalen	86,54	89,37	3,27
Rheinland-Pfalz	85,27	87,22	2,29
Saarland	84,26	86,72	2,92
Sachsen	65,04	65,49	0,69
Sachsen-Anhalt	63,81	67,29	5,45
Schleswig-Holstein	82,07	85,39	4,05
Thüringen	77,35	79,15	2,33

R10/3503

Zweibettzimmer- zuschläge nach Ländern	2009 in Euro	2010 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	42,20	44,27	4,91
Baden-Württemberg	42,99	43,95	2,23
Bayern	43,67	44,16	1,12
Berlin	43,44	44,46	2,35
Brandenburg	37,56	36,81	-2,00
Bremen	46,47	47,38	1,96
Hamburg	40,74	41,31	1,40
Hessen	42,75	43,52	1,80
Mecklenburg- Vorpommern	29,25	29,48	0,79
Niedersachsen	41,15	42,31	2,82
Nordrhein-Westfalen	46,22	48,00	3,85
Rheinland-Pfalz	43,10	45,07	4,57
Saarland	40,95	42,43	3,61
Sachsen	29,36	29,67	1,06
Sachsen-Anhalt	30,05	32,35	7,65
Schleswig-Holstein	43,52	45,37	4,25
Thüringen	38,54	39,25	1,84

R10/3504

3.4 Private Pflegepflichtversicherung

Beiträge

Der monatliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist zum 1. Januar 2010 auf 73,12 Euro (Vorjahr: 71,66 Euro) gestiegen. Der Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation der Beitragsbemessungsgrenze (3.750 Euro) mit dem Beitragssatz (1,95 Prozent). Für Versicherte mit Beihilfeanspruch gilt gesetzlich der halbe Höchstbeitrag, also 36,56 Euro (Vorjahr: 35,83 Euro). In der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ist der Beitrag grundsätzlich vom Alter beim Eintritt in die Versicherung abhängig. Eine Beitragsbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung können aber Versicherte beanspruchen, die seit mindestens fünf Jahren privat kranken- oder pflegeversichert sind. Bei Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall erhebt die PPV in diesem Fall höchstens 40 Prozent des Höchstbeitrags, seit dem 1. Januar 2010 also 29,25 Euro (Vorjahr 28,66 Euro). Der Durchschnittsbeitrag aller Versicherten (Beihilfetarif auf 100% hochgerechnet) lag in der PPV bei 27,90 Euro. In der SPV,

Höchstbeiträge 2010

die den Beitrag nach dem Einkommen festsetzt und im Unterschied zur PPV keine Rückstellungen für das mit dem Alter stark steigende Pflegerisiko bildet, lag er bei 19,20 Euro.

Beitragszuschlag für
Kinderlose

Die soziale Pflegeversicherung erhebt von kinderlosen Mitgliedern ab dem vollendeten 23. Lebensjahr, die nach dem 1. Januar 1940 geboren sind, einen Beitragszuschlag von 0,25 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Versicherte der PPV sind wegen des andersartigen Kalkulationsverfahrens davon nicht betroffen (siehe Rechenschaftsbericht 2004, Seite 85).

Höchstbeiträge für
Versicherte des Basistarifs

Besondere Höchstbeitragsregelungen gelten in der PPV für Versicherte des Basistarifs nach § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz. Sie haben – ohne die ansonsten erforderliche Vorversicherungszeit von fünf Jahren – generell Anspruch auf Beitragsbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung. Sofern ihr Beitrag zur Krankenversicherung nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert ist, nämlich bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII, vermindert sich der zu zahlende Beitrag auf 50 Prozent des Höchstbeitrages. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall gilt in diesem Fall eine Beitragsbegrenzung auf 50 Prozent des halben Höchstbeitrages. Ausgangsbasis ist hier also nicht der auf 40 Prozent reduzierte Höchstbeitrag der PPV. Für Hilfebedürftige zahlt der Sozialhilfeträger unter Umständen einen Zuschuss zum Beitrag in Höhe des Betrages, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Das waren im Jahr 2010 gemäß § 57 Abs. 1 SGB XI 18,28 Euro (Vorjahr: 17,91 Euro). Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur PPV Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der Sozialhilfeträger an der Beitragszahlung im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird (§ 110 Abs. 2 Sätze 2 bis 6 SGB XI). Die Verpflichtung zur Beitragszahlung des Versicherten wird dadurch aber nicht weiter eingeschränkt. Umstritten ist, ob die Sozialhilfeträger bei Bedarf den vollen geminderten Beitrag zu PPV übernehmen müssen.

Studentenbeitrag,
Anwartschaftsversicherung

Der Beitrag für die über 25 Jahre alten und damit nicht mehr beitragsfreien Studenten (nur Tarifstufe PVN) wurde im Rahmen der Neukalkulation der PPV-Beiträge ab dem 1. Juli 2008 auf 16,10 Euro monatlich festgesetzt. Vom 1. Januar 2003 bis zum 1. Juli 2008 betrug er 13,30 Euro. Für die Anwartschaftsversicherung, die für Zeiten einer Versicherungspflicht in der SPV abgeschlossen werden kann, liegen die Beiträge seit dem 1. Juli 2008 bei 5,61 Euro monatlich in der Tarifstufe PVN (zuvor: 3,58 Euro). Die tatsächlich erhobenen Beiträge konnten wegen abweichender Kostensätze der Versicherungsunternehmen niedriger ausfallen.

Koalitionsvertrag
Anwartschaftsversicherung

Gesetzgebung zur Pflege

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode nennt für die Pflegeversicherung als Reformthemen

- Überprüfung und Entbürokratisierung der Rahmenbedingungen für Pflegende und Leistungsanbieter
- Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gemeinsam mit der Wirtschaft und im öffentlichen Dienst
- Steigerung der Attraktivität der Altenpflege als Beruf; neues Berufsgesetz

- Vereinfachungen beim Einsatz ausländischer Hilfskräfte für notwendige pflegerische Alltagshilfen
- Flexiblere Auswahlmöglichkeiten zwischen Sach- und Geldleistungen und Steigerung der Transparenz bei den Leistungsangeboten, deren Preis und Qualität
- Vorrang bei der Ergebnisqualität vor der Strukturqualität bei Qualitätsprüfungen
- Neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit für mehr Leistungsgerechtigkeit
- Ergänzung des Umlageverfahrens durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss
- dadurch Chance zur langfristigen Dynamisierung der Leistungen und zur Reform des Pflegebegriffs.

Eckpunkte der Koalition zur Pflegereform sind im Berichtszeitraum nicht vorgelegt worden.

Kapitalgedeckte Ergänzung der Pflegeversicherung

Zur kapitalgedeckten Ergänzung sieht der Koalitionsvertrag vor, dass eine interministerielle Arbeitsgruppe zeitnah einen Vorschlag ausarbeiten soll. Dieser ist bisher nicht vorgelegt worden. Gremien und Geschäftsführung des Verbandes haben sich intensiv mit dem Thema befasst. Dabei hat sich gezeigt, dass zunächst Vorgaben der Politik zu den geplanten Leistungen (Leistungsdynamisierung oder Ausgleich des demografiebedingten Beitragsanstiegs in der SPV oder Finanzierung der Kosten für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs etc.), zur Ausgestaltung der Beiträge, zur Art der Beitragsabführung und zu der Frage, ob ein Sozialausgleich erfolgen soll, benötigt werden. Da solche Vorgaben bislang fehlten, hat die PKV auf die Veröffentlichung konkreter Modellvorschläge verzichtet. Sie hat aber auch in diesem Zusammenhang wieder auf die Vorteile des Anwartschaftsdeckungsverfahrens gegenüber dem Umlageverfahren der Sozialversicherung hingewiesen. Der Aufbau der Rückstellungen, die von den Versicherten während ihrer aktiven Zeit für die Kosten der Pflege im Alter gebildet werden, bewirkt dabei, dass ein Teil der künftigen Belastungen durch die Pflege in die Gegenwart geholt wird und damit in einer Zeit vorfinanziert wird, in der die Bevölkerung in Deutschland noch relativ jung und leistungsfähig ist.

Ob die Koalition an der Verabredung über die Einführung einer kapitalgedeckten individualisierten Pflegezusatzversicherung festhält, ist nach Äußerungen von MdB Johannes Singhammer (CSU) im Januar, bei denen er Bedenken gegen hohe Beiträge und den Verwaltungsaufwand äußerte, ungewiss geworden. MdB Heinz Lanfermann (FDP) hatte allerdings der Presse daraufhin mitgeteilt, seine Partei halte an dem Vorhaben fest.

Keine Kapitalreserve im staatlichen Einflussbereich

Für den Fall dass die Bundesregierung den Aufbau einer Kapitalreserve im staatlichen Einflussbereich planen sollte, hat der Verband auf die damit verbundenen Risiken hingewiesen. Prof. Christian Rolfs von der Universität Köln hatte in einem Rechtsgutachten vom 4. November 2010 im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes festgestellt, dass bei Durchführung der ergänzenden kapitalgedeckten Pflegeversicherung als Annex zur öffentlich-rechtlich organisierten sozialen Pflegeversicherung, das heißt im Rahmen der Sozialversicherung durch die Pflegekassen, der verfassungsrechtliche Schutz der Ansprüche der Versicherten und der

durch die Beiträge der Versicherten angesammelten Kapitaldeckung durch die Eigentumsgarantie nach Art. 14 Abs. 1 GG sehr viel schwächer ausgeprägt ist, als dies bei einer Durchführung durch private Versicherungsunternehmen auf der Grundlage privatrechtlicher Versicherungsverträge der Fall wäre.

Referentenentwurf zum Krankenhaushygienegesetz

Die Bundesregierung hat am 10. Februar 2011 den Entwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze vorgelegt. Mit dessen Artikel 5 wird hinsichtlich der Beteiligung der privaten Krankenversicherung an Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen verbindlich geregelt, dass die Landesverbände der Pflegekassen dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Prüfaufträge im Umfang von 10 Prozent zusammen lassen aller Prüfaufträge zuzuweisen haben. Die Prüfquote bezieht sich dabei auf das Bundesgebiet und kann regional unterschiedlich sein. Eine Verpflichtung zur finanziellen Beteiligung besteht künftig nur noch anteilig bei Unterschreitung der Quote durch die PKV. Sie besteht auch nur dann, wenn die PKV oder ihr Prüfdienst die Unterschreitung zu vertreten haben. Als zwingend notwendig bezeichnet das Gesetz die bundesweite Einheitlichkeit des Prüfgeschehens. Näheres über die Zusammenarbeit soll die PKV mit dem GKV-Spitzenverband vereinbaren.

Mit dem Gesetzentwurf wird ein Anliegen der PKV aufgegriffen. Die vorgesehene Beteiligung der PKV am Prüfgeschehen wäre unter Wettbewerbsgesichtspunkten sinnvoll. Zu kritisieren ist allerdings die vorgesehene Verpflichtung des PKV-Prüfdienstes zur Berichterstattung an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (MDS), die fehlende Nennung der PKV als Empfänger der Ergebnisse der Prüfungen, insbesondere die zur Veröffentlichung vorgesehenen Daten (so genannte Transparenzberichte), auf die die PKV zur eigenständigen Information ihrer Versicherten angewiesen ist sowie die fehlende Gleichstellung mit dem GKV-Spitzenverband bei der Festlegung der Richtlinien für die Qualitätsprüfungen und in anderen Bereichen.

Klageverfahren gegen die Landesverbände der Pflegekassen

Die Regelungen sollen bei planmäßigem Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens Anfang Juli 2011 in Kraft treten. Mit ihr würde eine längere Auseinandersetzung der PKV mit der sozialen Pflegeversicherung beendet. Nach langwierigen und letztlich vollkommen aussichtslosen Verhandlungen mit den Verbänden der Pflegekassen über die Prüfbeteiligung der PKV nach § 114a SGB XI, die auch unter Vermittlung des Präsidenten des Bundesversicherungsamtes geführt worden waren, hatte der PKV-Verband im Dezember 2010 Klagen beim Sozialgericht Köln gegen alle Landesverbände der Pflegekassen erhoben. Die Verbände der Pflegekassen hatten die Prüfbeteiligung der PKV davon abhängig machen wollen, dass sich deren Prüfer in die Prüfteams der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung einordnen. Dem konnte die PKV aus rechtlichen und organisatorischen Gründen nicht zustimmen. Der PKV blieb nur der Klageweg, um wenigstens die Mitteilung der Prüftermine als Mindestvoraussetzung jeglicher Beteiligung zu erreichen.

Aufbau des Prüfdienstes der PKV

Von den geplanten 120 Stellen für Qualitätsprüfer konnte die PKV bis zum Februar 2011 rund 60 Stellen besetzen. Die PKV übernimmt dabei auch die theoretische und praktische Einarbeitung. Rund 60 Prozent der Prüfer wurden zudem zu



Auditoren (Prüfungsleitern) weitergebildet. Der Personalaufbau soll planmäßig bis zum dritten Quartal 2011 abgeschlossen werden, so dass die PKV dann auch in der Lage ist die auf sie entfallende Prüflast voll zu bewältigen. Als Ersatz für noch nicht vorhandene Prüfaufträge der Landesverbände der Pflegekassen wurden simulierte Qualitätsprüfungen in kooperierenden ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Das dabei angewendete Prüfverfahren entspricht in allen Einzelheiten den gesetzlichen Vorgaben und stellt für die Mitarbeiter damit eine geeignete Einarbeitungs- und Übungsmöglichkeit dar. Ergänzend fand eine Kooperation mit verschiedenen Heimaufsichtsbehörden statt, die in Einzelfällen auf die Fachkräfte des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung zurückgriffen.

Heimgesetze der Länder

Seit der Föderalismusreform im Jahre 2006 liegt die Zuständigkeit für das Heimrecht bei den Ländern. In Berlin trat zum 1. April 2010 das Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen – Wohnteilhabegesetz (WTG) in Kraft. Am 29. Mai 2010 trat in Mecklenburg-Vorpommern das Gesetz zur Förderung der Qualität in Einrichtungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung sowie zur Stärkung ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe – Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG M-V) in Kraft. Zum 21. Oktober 2010 ist in Bremen das Bremische Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeG) in Kraft getreten. Überwiegend ist auch die Einbindung der PKV in die zu bildenden Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Zusammenarbeit bei den Qualitätsprüfungen vorgesehen. In Sachsen-Anhalt liegt ein Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen im Alter, mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderungen in Einrichtungen und sonstigen Wohnformen – Bewohnerschutzgesetz vor. Der Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern (NHeimG) liegt für Niedersachsen sowie ein Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der

Betreuungs- und Wohnqualität im Alter, bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Freistaat Sachsen (SächsBeWoG) vor. Andere Ländergesetze hatten entsprechende Gesetze schon früher verabschiedet. Das bis zur Föderalismusreform bundesweit einheitliche Heimgesetz wird nach Abschluss der laufenden Gesetzgebungsverfahren nur noch in Hessen und Thüringen Anwendung finden.

Pflegeberatung in der PPV – COMPASS Private Pflegeberatung

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der COMPASS Private Pflegeberatung haben 2010 rund 63.000 Beratungsgespräche am Telefon und aufsuchend vor Ort geführt. Dies ist eine signifikante Steigerung im Vergleich zum Vorjahr. Dabei entfallen mehr als die Hälfte der Gespräche auf die aufsuchende Pflegeberatung vor Ort. Thematisch standen Fragen zu Ansprüchen aus der Pflegepflichtversicherung, zur Entlastung pflegender Angehöriger, zu Hilfsmitteln und Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung sowie zur Organisation der häuslichen Pflege im Vordergrund der Beratungsgespräche.

Nach der Start- und Aufbauphase des jungen Unternehmens lag im Jahr 2010 der Fokus auf der Etablierung und Vernetzung der Pflegeberatung in den einzelnen Regionen des bundesweiten und flächendeckenden Pflegeberatungsangebotes. Dazu wurden zum einen bestehende Kontakte weiter ausgebaut und neue Netzwerkpartner hinzugewonnen. Zum anderen wurden verschiedene Maßnahmen initiiert, um das noch neue Angebot der Pflegeberatung bei Multiplikatoren und Versicherten bekannter zu machen. Um eine qualitativ hochwertige Pflegeberatung sicherzustellen, wurden Fort- und Weiterbildungen der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater durchgeführt. Ein wichtiger Baustein der Bildungsplanung war die Weiterbildung von insgesamt 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu zertifizierten Case Managern, die anschließend als Multiplikatoren in ihren Teams wirken. Ziel der Weiterbildung war es, den Pflegeberatern Sicherheit in komplexen Fallsteuerungen zu geben sowie ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, ihre Ressourcen und Netzwerke optimal zu nutzen und ihnen Grundkenntnisse auf dem Gebiet der Systemsteuerung zu vermitteln. Die Weiterbildung fand in Zusammenarbeit mit der Hans Weinberger Akademie statt. Organisatorisch stand die Weiterentwicklung der Flächenstruktur sowie der automatisierten Dokumentation und Auswertung von Kennzahlen im Mittelpunkt.

Seit 2010 bietet COMPASS auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Empfänger von Pflegegeld an. Dieses die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ergänzende Leistungsangebot wird von den Versicherten gut angenommen. Insgesamt wurden im ersten Jahr rund 3.000 Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern durchgeführt. Aus den Beratungseinsätzen entwickeln sich im Anschluss häufig umfassende Pflegeberatungen.

Im April 2010 stellte COMPASS in Berlin eine breit angelegte Versichertenbefragung zur Pflege vor. Dazu wurden 6.218 Privatversicherte zu ihren Wünschen und Erwartungen an eine qualitativ gute Pflege befragt. Die wissenschaftsbasierte Umfrage wurde in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei von der Charité-Universitätsmedizin durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung konnten in verschiedenen Leitmedien platziert und den fachpolitischen Entscheidungsträgern vorgestellt werden.

COMPASS hat 2010 erstmals eine Auszeichnung für bürgerschaftlichen Engagement in der Pflege ausgelobt. Im Dezember wurden bundesweit insgesamt vier Preisträger für ihr langjähriges Engagement ausgezeichnet. Die

Steigerung der Inanspruchnahme

Aktivitäten

Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Versichertenbefragung

COMPASS-Pflegepreis 2010

Schirmherrschaft für den COMPASS-Pflegepreis war regional organisiert und wurde von den Landessozialministern in Hamburg, Sachsen-Anhalt und Bayern übernommen. Über den COMPASS-Pflegepreis und die Preisträger haben die jeweiligen Regionalmedien umfassend berichtet.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) sind die Pflegekassen und Krankenkassen verpflichtet worden, nach näherer Bestimmung durch die Länder gemäß § 92c SGB XI Pflegestützpunkte einzurichten. Der nachstehenden Übersicht ist die Anzahl der geplanten und bislang eröffneten Pflegestützpunkte zu entnehmen.

Geplante und bislang eröffnete Pflegestützpunkte in den Bundesländern

Bundesland	Geplant	Realisiert
Baden-Württemberg	50	26
Bayern	60	0
Berlin	36	26
Brandenburg	18 – 36	16
Bremen	3	3
Hamburg	9	9
Hessen	26	11
Mecklenburg-Vorpommern	18	0
Niedersachsen	47	23
Nordrhein-Westfalen	159	52
Rheinland-Pfalz	135	135
Saarland	8	8
Sachsen	0	0
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	15	10
Thüringen	4	0

R10/3502

Der GKV-Spitzenverband hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung erstellten Bericht über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung vorzulegen. In gleicher Weise wird die COMPASS Private Pflegeberatung über ihre Erfahrungen berichten.

Regelungen zur Qualität der Pflege

Die Kriterien für die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität wurden durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen und dem GKV-Spitzenverband am 11. November 2008 für die stationäre Pflege und am 17. Dezember 2008 für die ambulante Pflege vereinbart (so genannte

Transparenzvereinbarungen). Die PKV, die hierbei lediglich ein Beteiligungsrecht hat, setzt sich insbesondere mit Blick auf ihre künftige Rolle bei den Qualitätsprüfungen dafür ein, dass ihr eine gleichberechtigte Mitwirkung als Vertragspartner ermöglicht wird. Im Juni 2010 ist eine wissenschaftliche Evaluation der Transparenzvereinbarungen von Prof. Dr. Martina Hasseler und Dr. Karin Wolf-Ostermann durchgeführt worden, die die Basis für eine Überarbeitung bildete. Die Neufassung konnte wegen des Widerstands einiger Pflegeeinrichtungsverbände aber nicht in Kraft treten. Die Bundesregierung hat deshalb einen Gesetzentwurf vorgelegt, wonach die Konfliktlösung der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI übertragen wird.

Bewertungsunterschiede in den Ländern

In den Ländern hat die Anwendung der bundeseinheitlichen Transparenzvereinbarungen zum Teil zu stark unterschiedlichen Ergebnissen geführt. Bei Erhebungen im März 2010 ergaben sich die besten Durchschnittsnoten in Baden-Württemberg (ambulant: 1,1, stationär: 1,2). Die schlechtesten Werte wurden in Schleswig-Holstein ermittelt (ambulant: 2,7, stationär: 2,9). Der Bundesdurchschnitt lag bei 2,4 bzw. 2,1. Im Dezember 2010 lagen die Durchschnittsnoten in Schleswig-Holstein von ambulanten Pflegeeinrichtungen bei 2,3 (Bundesdurchschnitt 2,1) und im stationären Bereich bei 1,9 (Bundesdurchschnitt 1,7). Die Frage, ob der Grund für die divergierenden Bewertungen im März in der Durchführung der Prüfungen durch die unterschiedlich organisierten Medizinischen Dienste (MDK) oder in objektiven Qualitätsunterschieden lag, hat die Beteiligten intensiv beschäftigt. Von erheblichem Interesse wird sein, zu welchen Ergebnissen künftig der bundesweit einheitlich organisierte Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung kommen wird.

Zum Teil dürfte die insgesamt zu beobachtende Verbesserung der Noten auf eine Anpassung der Pflegeeinrichtungen an das Bewertungsverfahren zurückzuführen sein. Nahezu alle Einrichtungen setzen sich intensiv mit den Anforderungen auseinander. Größere Einrichtungsträger prüfen regelmäßig, ob festgestellte Mängel auch in ihren anderen Häusern, bzw. Pflegediensten vorliegen. Bei einigen wenigen Fragestellungen haben die Medizinischen Dienste auch ihren Ermessensspielraum im Rahmen des eigenen Qualitätsmanagements objektiviert. Diese Analyse wird auch weiterhin durchgeführt und weiterentwickelt. Durch eine Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses in Schleswig-Holstein ein Monitoring erstellt, das ein Frühwarnsystem enthält, um bei einer Verschlechterung der Durchschnittsnoten sofort Maßnahmen ergreifen zu können.

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sind die Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 SGB XI bis zum 31. März 2009 zur Anpassung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verpflichtet worden. Der PKV-Verband hat zu den vorgelegten Entwürfen gemäß § 113 Abs. 1 SGB XI Stellung genommen. Da auch hier keine Einigung zwischen den Beteiligten erzielt wurde, sind die Maßstäbe und Grundsätze durch die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI, der auch Vertreter des Verbandes angehören, im Februar 2011 festgesetzt worden. Dabei geht es unter anderem um Anforderungen an die Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation von Prüfinstitutionen und von den unabhängigen Sachverständigen nach § 114 Abs. 4 SGB XI sowie um die methodische Zuverlässigkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren.

Forschungsprojekt zur Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben das Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld (IPW) und das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH, Köln (ISG) im Rahmen eines Forschungsprojekts Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe

entwickelt und erprobt. Begleitet wurde die Arbeit der Wissenschaftler durch einen vom Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Beirat, dem auch Vertreter des PKV-Verbandes und der Medicproof GmbH angehören. Die Bundesregierung erhofft sich von der Untersuchung zuverlässige und praxistaugliche Indikatoren für die Beurteilung der Ergebnisqualität als wissenschaftliche Grundlage für neue Regelungen zu Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen. Der Abschlussbericht lag bis Ende Februar 2011 nicht vor.

Recht der Versicherungsleistungen

Wohnumfeldverbesserung

Das Sozialgericht Dortmund hat mit Urteil vom 12. März 2010 (Az. S 39 KN 98/08 P) entschieden, dass die Einrichtung einer Terrassentür als Wohnumfeldverbesserung zu werten ist. Sie verbessert die Selbstständigkeit der Lebensführung und versetzt den Pflegebedürftigen in die Lage, ohne fremde Hilfe mit seinem Rollstuhl die Terrasse zu erreichen. Die Terrasse wird – entgegen der Auffassung des Bundessozialgerichts – vom Sozialgericht Dortmund zum individuellen Wohnumfeld gerechnet.

Umbaukosten als außergewöhnliche Aufwendungen

In einem Urteil des Bundesfinanzhofs vom 22. Oktober 2009 (Az. VI R 7/09) wurde entschieden, dass ausschließlich behinderungsbedingte Umbaukosten zu den außergewöhnlichen Aufwendungen im Sinne des § 33 Absatz 1 EStG zu zählen sind und diese Aufwendungen auch nicht durch einen gewährten Behinderten- und Pflegepauschbetrag abgegolten sind.

Berücksichtigungsfähiger Hilfebedarf für die Rentenversicherungspflicht

Zur Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen hat das Bundessozialgericht am 5. Mai 2010 (Az. B 12 R 6/09 R) entschieden, dass dafür nur derjenige Hilfebedarf zu berücksichtigen ist, der für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung erforderlich ist. Weitergehende bzw. andere Pflegeleistungen, etwa die Zeit, die für Betreuungsleistungen aufgewendet wird, sind bei der Ermittlung der Pflegezeit nicht zu berücksichtigen.

Verjährung von Rentenversicherungsbeiträgen

Zur Verjährung von Rentenversicherungsbeiträgen hat das Sozialgericht Stuttgart mit Urteil vom 23. Juli 2008 (Az. S 5 R 305/05) entschieden, dass die Ansprüche der Deutschen Rentenversicherung Bund gegenüber dem Versicherungsunternehmen vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind, verjähren. Für die Entscheidung über die Versicherungspflicht und die Höhe der Beiträge ist die Deutsche Rentenversicherung Bund zuständig.

Erfüllung der Vorversicherungszeit durch ein Adoptivkind

Die Vorversicherungszeit gilt auch als erfüllt, wenn bei einem Adoptivkind der adoptierende Elternteil die Vorversicherungszeit erfüllt. Dies hat das Sozialgericht Gelsenkirchen bereits mit Urteil vom 18. Dezember 2003 (Az. S 9 KN 20/03 P) entschieden. Hätte der Gesetzgeber Adoptivkinder abweichend behandeln wollen, hätte es einer entsprechenden Regelung im Gesetz bedurft.

Vereinbarung mit der Deutschen Rentenversicherung zur Beitragszahlung und dem Meldeverfahren für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen zahlen die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach § 4 Absatz 14 MB/PPV 2010 (§ 44 SGB XI) Rentenversicherungsbeiträge. Einzelheiten werden gemäß § 44 Absatz 3 Satz 2 SGB XI durch eine Vereinbarung zwischen der Deutschen Rentenversicherung und dem PKV-Verband geregelt. Im Jahr 2010 wurde die bestehende Vereinbarung neu gefasst. Dabei ging es im Wesentlichen um das Verfahren zur elektronischen Datenübermittlung. Die neue Vereinbarung trat zum 1. Juli 2010 in Kraft und ersetzte die Vereinbarung vom 1. Januar 2005.

Eine ähnliche Vereinbarung besteht mit der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke (ABV). Diese soll ebenfalls überarbeitet werden.

Medizinische Begutachtung der Antragsteller (Medicproof)

MEDICPROOF GmbH

Die Begutachtungen für die private Pflegepflichtversicherung werden von der MEDICPROOF GmbH - Gesellschaft für medizinische Gutachten mit Sitz in Köln - durchgeführt. Es handelt sich dabei um ein Tochterunternehmen des PKV-Verbandes. Die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erfolgt bundesweit durch freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte, die vor Antritt ihrer Tätigkeit geschult und anschließend in regelmäßigen Intervallen in den spezifischen Belangen der Pflegeversicherung weitergebildet werden.

Die Bewertung des Hilfe- und Pflegebedarfs erfolgt auf der Grundlage der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) in der jeweils geltenden Fassung. Die Bewertungsmaßstäbe der Begutachtungs-Richtlinien stellen für die freien Mitarbeiter der MEDICPROOF GmbH eine verbindliche Anleitung dar. In der Beurteilung medizinischer und pflegerischer Sachverhalte sind die Gutachter der MEDICPROOF GmbH nicht weisungsgebunden.

Freie Mitarbeiter

Anders als es in § 18 Absatz 7 SGB XI für die Träger der sozialen Pflegeversicherung geregelt ist, erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 6 Absatz 2 der Musterbedingungen der privaten Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010) durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt. Darüber hinaus kann ein ärztliches Gutachten durch eine pflegfachliche Stellungnahme ergänzt werden, wenn es um die Klärung spezifischer pflegerischer Sachverhalte geht. Pflegefachliche Stellungnahmen werden durch Pflegefachkräfte erbracht. Daneben führen die Pflegefachkräfte der MEDICPROOF GmbH auch die als Ver-



sicherungsleistung unter § 4 Absatz 15 MB/PPV 2010 aufgeführte „Schulung pflegender Angehöriger“ durch.

Mit Stand vom 1. Dezember 2010 waren 855 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig, 779 Ärzte und 76 Pflegefachkräfte.

Die Zahl der externen Gutachter richtet sich nach dem Aufkommen von Begutachtungen. Um der perspektivischen Fallzahlsteigerung unter Einhaltung der gesetzlich festgelegten Bearbeitungsfrist gewachsen zu sein, ist es erforderlich, den derzeitigen Gutachterstamm auszubauen. Bei der Auswahl der freien Mitarbeiter kommt es neben der erforderlichen Fachkompetenz vor allem auf die Fähigkeit an, die Bedürfnisse und Bedarfe chronisch kranker, behinderter und älterer Menschen adäquat zu erfassen und zu beschreiben.

Der Anteil und die Aufteilung der Facharztqualifikationen ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Allgemeinmedizin	24 %
Innere Medizin	15 %
Arbeitsmedizin	14 %
Chirurgie, Orthopädie	5 %
Öffentliches Gesundheitswesen	8 %
Neurologie, Psychiatrie	4 %
Pädiatrie	4 %
Sonstige Fachärzte	7 %
Praktische Ärzte	20 %

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31.12.2010)

R10/3604

Zum Vertragsabschluss mit freien Mitarbeitern kommt es erst nach der erfolgreichen Teilnahme an einem zweieinhalb Tage umfassenden Einführungsworkshop zur Pflegebegutachtung.

Darüber hinaus finden überregionale Aufbauseminare mit speziellen Themenschwerpunkten sowie Regionaltreffen statt. Letztere dienen dem Erfahrungsaustausch in Fragen der Pflegebegutachtung mit Fallbesprechungen.

Als Wissenstransfer und Informationsaustausch zwischen der MEDICPROOF-Zentrale und den freien Mitarbeitern dient seit Mitte 2009 ein neues Gutachterportal mit eigens für die Begutachtung in der privaten Pflegepflichtversicherung eingerichteter Wissensdatenbank und speziell darauf abgestimmten E-Learning Sequenzen. Es handelt sich dabei um einen mit persönlichem Kennwort geschützten Bereich der MEDICPROOF-Internet-Seite.

Mit 120.895 gutachterlich bearbeiteten Aufträgen kam es 2010 gegenüber dem Vorjahr (116.702) zu einem Anstieg um fast 4 Prozent. Einschließlich Stornos waren täglich rund 520 Aufträge zu bearbeiten. Davon entfielen 26 Prozent auf die stationäre, 74 Prozent auf die ambulante Pflege.

Gutachterschulung

Extranet

Aufträge der privaten
Pflegepflichtversicherung

Als Ergebnis der gutachterlichen Feststellung ergaben sich für das Jahr 2010 folgende Einstufungen:

Begutachtungsergebnisse

	ambulante Pflege in Prozent	stationäre Pflege in Prozent
Erstbegutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit	26,0	10,4
Pflegestufe I	51,8	42,8
Pflegestufe II	18,8	36,8
Pflegestufe III	3,4	10,0
Alle Begutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit	17,9	5,0
Pflegestufe I	44,2	27,8
Pflegestufe II	29,1	45,3
Pflegestufe III	8,8	21,9

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31.12.2010)

R10/3604

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erweiterte sich der Leistungsanspruch von Personen, die aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung einen regelmäßigen und dauerhaften Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf haben. Der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen besteht bereits, wenn der Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung noch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht und setzt sich zusammen aus einem Grundbetrag (für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) und einem erhöhten Betrag (für Personen, deren Alltagskompetenz in erhöhtem Maße eingeschränkt ist). Bei den so genannten zusätzlichen Betreuungsleistungen handelt es sich um zweckgebundene Zuschüsse bei Sach- und Erstattungsleistungen, die speziell der Entlastung von Pflegepersonen dienen, womit dem erheblichen Versorgungs- und Betreuungsaufwand, den pflegende Angehörige und Lebenspartner gerade bei gerontopsychiatrisch veränderten, geistig behinderten oder psychisch kranken Menschen leisten, Rechnung getragen werden soll. Zusätzliche Betreuungsleistungen dienen also nur der Erstattung von Aufwendungen, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Angeboten (z. B. Alzheimergruppen, Helferinnenkreise) entstehen. Im vollstationären Bereich erhalten Pflegeeinrichtungen Vergütungszuschläge für eine zusätzliche Betreuungskraft, wenn sie 25 Bewohner mit mindestens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz pflegen und betreuen. Die Beurteilung der Alltagskompetenz erfolgt im Rahmen jeder Pflegebegutachtung.

Die nachfolgende Tabelle liefert eine Übersicht über die Verteilung des Grades der Einschränkung bei den im Jahr 2010 durchgeführten Einstufungen (100.702 Begutachtungen):

Pflege- stufe	Einschränkung der Alltagskompetenz					
	ambulant			stationär		
	nein	erheb- lich	in erhöh- tem Maße	nein	erheb- lich	in erhöh- tem Maße
0	82 %	11 %	7 %	70 %	19 %	11 %
1	73 %	13 %	14 %	52 %	24 %	24 %
2	59 %	16 %	25 %	29 %	27 %	44 %
3	44 %	17 %	39 %	16 %	27 %	57 %

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31.12.2010)

R10/3604

Entsprechend § 36 SGB XI MB/PPV können die Pflegekassen „in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III“ weitere Leistungen bis zu einem Maximalwert gewähren, „wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Gemäß Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelung (Härtefall-Richtlinien-HRi) vom 10. Juli 1995, geändert durch Beschluss vom 28. Oktober 2005, ist das der Fall, wenn Hilfeleistungen in der Grundpflege mindestens sechs Stunden, davon mehrmals in der Nacht erforderlich sind. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen. Des Weiteren handelt es sich um einen außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand wenn die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam – zeitgleich – erbracht werden kann.

Ein solch außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand kann insbesondere im Endstadium von degenerativen neurologischen Krankheitsbildern, bei schweren Hirnschädigungen durch Sauerstoffmangel nach Reanimation oder Schädel-Hirn-Verletzungen sowie bei ausgeprägten Demenzerkrankungen aber auch im Endstadium von AIDS, Krebserkrankungen und bei hohen Querschnittslähmungen auftreten.

Seit Einführung der Pflegeversicherung sind in der privaten Pflegeversicherung bis zum 31. Dezember 2010 insgesamt 3.491 Versicherte als Härtefall anerkannt worden

Den gesetzlichen Vorgaben entsprechend (§ 36 SGB XI bzw. § 43 SGB XI) ist der Anteil der Härtefälle bei ambulanter Pflege auf 3 Prozent der Pflegestufe III und bei stationärer Pflege auf 5 Prozent der Pflegestufe III zu begrenzen. Am Stichtag 31. Dezember 2010 belief sich der Anteil der als schwerstpflegebedürftig eingestuften Versicherten mit einem erstmalig festgestellten außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand im ambulanten Bereich auf 2,0 Prozent, im stationären Bereich auf 4,0 Prozent. Die Merkmale für einen außergewöhnlich hohen

Härtefälle

Pflegeaufwand bedingen allerdings nur die Anerkennung als Härtefall, wenn zur Deckung des Pflegebedarfs zusätzliche Kosten aufgebracht werden müssen. Im stationären Bereich ist das z. B. nur dann der Fall, wenn sich die vollstationäre Pflegeeinrichtung konzeptionell auf einen Personenkreis mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand spezialisiert hat und einen Pflegesatz berechnet, der dem personellen Mehraufwand von vornherein Rechnung trägt und deutlich über den Pflegesätzen der Pflegestufe III liegt.

Bearbeitungsdauer

Die Zeit zwischen Eingang des Antrags auf Pflegeversicherungsleistungen bis zur Mitteilung des Leistungsanspruchs an den Antragsteller soll nach § 18 Absatz 3 SGB XI nicht mehr als fünf Wochen betragen. Wenngleich die Verfahrensregeln des § 18 SGB XI im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung nicht unmittelbar Anwendung finden, ist der MEDICPROOF GmbH daran gelegen, die für die soziale Pflegeversicherung vorgegebenen Bearbeitungsfristen ebenfalls einzuhalten. 2010 betrug die durchschnittliche Zeit zwischen dem Eingang des Begutachtungsauftrages bei der MEDICPROOF GmbH bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens 23 Tage bei ambulanter und 19 Tage bei stationärer Pflege.

Soll ein Antragsteller aus stationärer Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation in ein Pflegeheim oder in häusliche Pflege entlassen werden, erfolgt innerhalb von zwei Tagen eine vorläufige gutachtliche Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage ohne Einschaltung externer Gutachter. Mit dieser sehr kurzfristigen Prüfung der Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit und einer vorläufigen Pflegestufenzuordnung dient dieses Verfahren der Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung eines Antragstellers. Bei beabsichtigter häuslicher Pflege und eindeutiger Aktenlage können auch einige der gängigsten Hilfsmittel (z. B. Pflegebett, Toilettstuhl) zur Erleichterung der Pflege empfohlen werden. Bei geplanter Verlegung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung werden die dafür notwendigen Kriterien erfragt. Das Verfahren findet darüber hinaus Anwendung, wenn nahe Angehörige für die Pflege eines Versicherten kurzfristig (bis zu zehn Tagen) von ihrer Arbeit freigestellt werden möchten und die Pflegebedürftigkeit des Versicherten noch nicht festgestellt wurde.

Die verkürzte Begutachtungsfrist betrifft auch Fälle, in denen eine ambulante oder stationäre Palliativ-Versorgung beantragt wurde. Zwar handelt es sich bei der Palliativ-Versorgung nicht um eine Leistung der privaten Pflegepflichtversicherung. Die Erkrankungen, die eine Palliativ-Versorgung erforderlich machen, gehen jedoch häufig mit einem vermehrten Pflegebedarf einher, so dass beide Sachverhalte durch die MEDICPROOF GmbH bzw. einen ihrer Gutachter überprüft werden können.

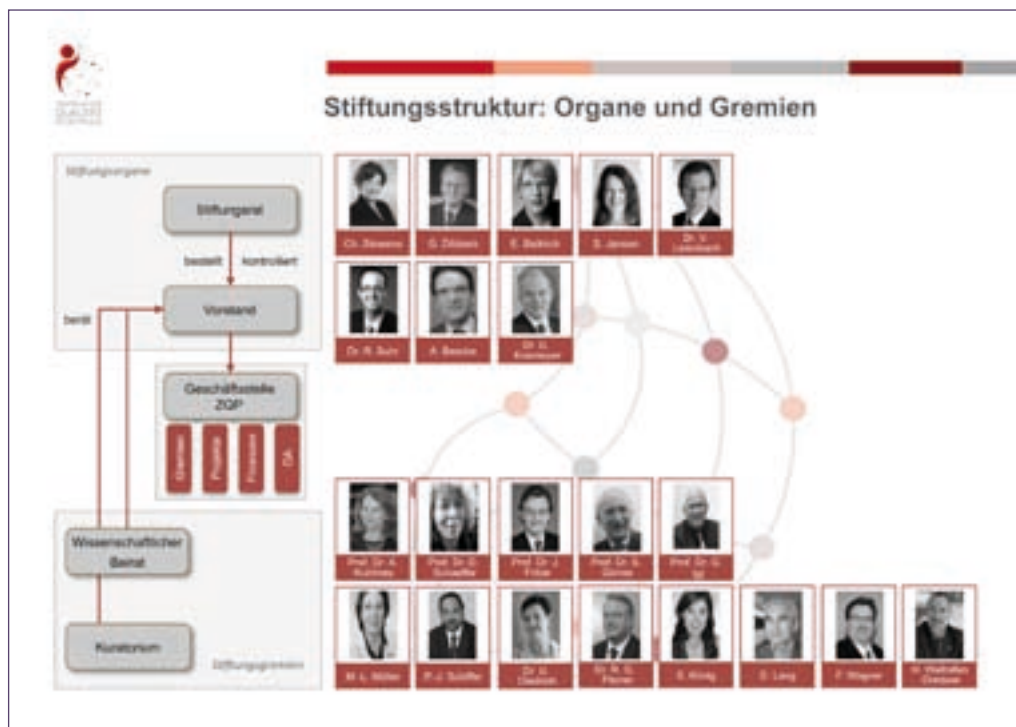
Qualitätskontrolle

Die zur Erhebung der Ergebnisqualität notwendigen Qualitätskontrollen konzentrieren sich zunächst ausschließlich auf formale Vorgaben. In der Beurteilung medizinischer und pflegerischer Sachverhalte sind die beauftragten Ärzte und Pflegefachkräfte unabhängig. Allerdings werden formal auffällige Gutachten zusätzlich einer Plausibilitätsprüfung durch die hauptamtlich tätigen Ärzte der MEDICPROOF GmbH unterzogen. Systematische Qualitätskontrollen erfolgten bei allen Begutachtungen von neu hinzugekommenen freien Mitarbeitern sowie bei allen Gutachten, die bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erstellt wurden. Die Qualitätskontrollen der Gutachten und die Supervision der freien Mitarbeiter dienen der Qualitätssicherung der Gutachtenerstellung, lassen Schwachstellen erkennen und beseitigen und bilden damit die Grundlage für Schulungskonzepte.

Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Das Zentrum für Qualität in der Pflege, die im November 2009 durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. errichtete gemeinnützige Stiftung zur Verbesserung der Qualität der Pflege, wurde im Juni 2010 nach operativem Aufbau der Stiftung unter großer Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik und der Pflege-Fachszene eröffnet.

Für die Stiftungsorgane und beratenden Gremien des ZQP gelang es, neben der Fachkompetenz von Verbrauchervertretern und der Selbsthilfe auch Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens sowie führende Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis einzubinden. Als Vorsitzende des Stiftungsrats wurde die frühere bayerische Sozialministerin Christa Stewens gewonnen.



In der ZQP-Geschäftsstelle in der Mitte Berlins arbeiten derzeit fünf Vollzeitkräfte. Neben dem hauptamtlichen Vorstandsmitglied entwickeln und bewerten wissenschaftliche Mitarbeiter Projektideen und wählen geeignete Partner zur Projektrealisation aus. Administrative Kräfte steuern die Stiftungsprozesse gemäß Satzung, führen die Stiftungsfinanzen und unterstützen die Kommunikation zur Pflegeszene und zur Politik.

Ziel der Arbeit des ZQP sind die Bewertung, Wissenschaftsbasierung und strukturelle Weiterentwicklung der Qualität in der Versorgung älterer, hilfebedürftiger und behinderter Menschen. Die Stiftung initiiert hierzu wissenschaftliche Forschungsvorhaben, publiziert Informationsschriften zu Einzelthemen der Qualitätsdebatte in der Pflege und unterstützt den Dialog zwischen den relevanten Akteuren des Gesundheitswesens.

Eröffnung im Juni 2010

Stiftungsorgane und Gremien

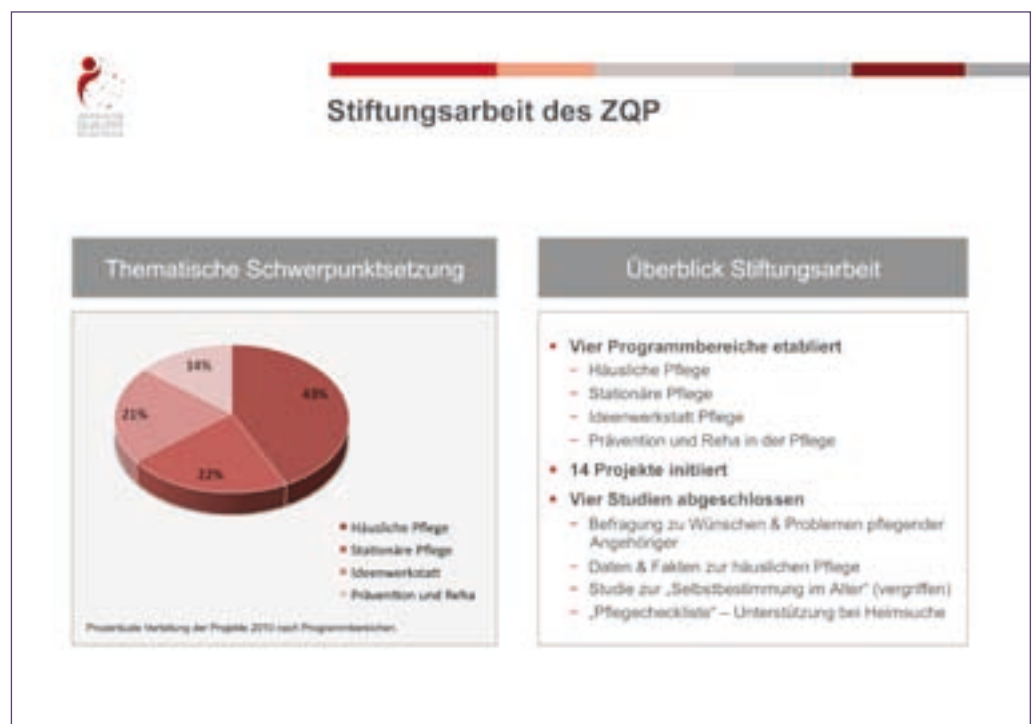
Geschäftsstelle

Stiftungszweck



Projekte

Im Jahr 2010 initiierte das ZQP vierzehn umfangreiche Studien. Fünf dieser Stiftungsprojekte wurden bereits abgeschlossen und veröffentlicht. Thematisch ist die Arbeit hierbei breit aufgestellt – von aktuellen pflegepolitisch oder pflegeökonomisch relevanten Fragestellungen bis zu empirischer Sozialforschung zur Organisation von Pflege im vertrauten Wohnumfeld sowie der Erarbeitung von praxisorientierten Instrumenten zur Qualitätssicherung der Pflegeberatung. Ein aktueller Schwerpunkt der Stiftungsarbeit ist die wissenschaftliche Untersuchung von bisher unzureichend geklärten Fragestellungen rund um das häusliche Versorgungsgeschehen.



Die Forschungsergebnisse stellt das ZQP als gemeinnützige Stiftung der Öffentlichkeit kostenlos zur Verfügung. Eine erste Zielgruppenanalyse zeigt hierbei auf, dass es mit den ersten Stiftungsarbeiten gelungen ist, in besonderem Maße Pflegepolitik, Pflegeverbände sowie die Pflegefachszene zu erreichen.

Beziehungen zu den Leistungserbringern

Als Folge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28. Mai 2008 waren auch im Jahre 2010 noch zahlreiche Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI anzupassen. Der Verband der privaten Krankenversicherung war daran gemäß § 75 Absatz 1 Satz 1 SGB XI beteiligt.

Neu gefasst wurden dabei insbesondere die Regelungen über eine vorübergehende Abwesenheit des Pflegebedürftigen in der Pflegeeinrichtung. Die Verträge sehen dabei Kürzungen der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der Zuschläge nach § 92b SGB XI vor. Die Kürzung beträgt zum Beispiel in Rheinland-Pfalz 40 Prozent, im Saarland 100 Prozent bei Weiterzahlung des Entgeltes für Unterkunft und Reduzierung des Entgeltes für Verpflegung um kalendertäglich 4 Euro. In Thüringen beträgt sie 30 Prozent.

Neu aufzunehmen waren auch Regelungen zur Beteiligung ehrenamtlich tätiger Personen und Organisationen an der Betreuung Pflegebedürftiger (§ 75 Absatz 2 Nr. 9).

In Baden-Württemberg konnte der neue Rahmenvertrag für die ambulante Pflege erst nach einer Entscheidung durch die Schiedsstelle abgeschlossen werden. Auch in Sachsen sind die Verhandlungen abgeschlossen worden, jedoch erfolgte aufgrund der noch fehlenden Regelungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI noch keine Unterschrift durch die Verbände der Leistungserbringer. In Thüringen wurde zunächst ein Nachtrag zum Leistungskomplex-System im Rahmenvertrag vereinbart. In Rheinland-Pfalz und im Saarland wurden neue Rahmenverträge zur vollstationären und in Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern zur teilstationären Pflege abgeschlossen.

Neuverhandlungen zu ambulanten Rahmenverträgen werden in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt und zur teilstationären Pflege in Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt geführt. Zur Kurzzeitpflege laufen in Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Hessen Rahmenvertragsverhandlungen. Zur vollstationären Pflege finden sie in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen statt. Mit dem Abschluss ist im Laufe des Jahres 2011 zu rechnen. Im Saarland erfolgte die Kündigung der Rahmenverträge zur Kurzzeitpflege und zur teilstationären Pflege, mit der Folge, dass auch hier Neuverhandlungen aufgenommen wurden.

In den Schiedsstellen nach § 76 SGB XI bereitet die Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes weiterhin Schwierigkeiten. Das in den Entscheidungen vom 29. Januar 2009 (B 3 P 6/08 u.a.) vorgegebene zweistufige Verfahren, bei dem in der ersten Stufe eine Plausibilitätsprüfung hinsichtlich der geltend gemachten prospektiv kalkulierten Kostenansätze vorzunehmen ist und in der zweiten Stufe eine Prüfung auf wirtschaftliche Betriebsführung zu erfolgen hat, führte zu unterschiedlichen Auslegungen auf Seiten der Kostenträger sowie der Leistungserbringer. Divergierende Auffassungen liegen beispielsweise zum Umfang der vorzulegenden Unterlagen bzw. Nachweise seitens der Pflegeeinrichtungen zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung durch die Kostenträger

Rahmenverträge

Verhandlungen der
Schiedsstellen zu den
Vergütungen

vor. Eine weitere Schwierigkeit der Schiedsstellen, wie auch der Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung nach §§ 85 und 89 SGB XI besteht in der Prüfung der wirtschaftlichen Betriebsführung. Insbesondere bei einer Tarifgebundenheit der Pflegeeinrichtung führt die Zahlung von Tariflöhnen zu wirtschaftlichen Kostenansätzen, die jedoch im Rahmen des externen Vergleiches, also einem Vergleich mit anderen Pflegeeinrichtungen, auf ein geringeres Niveau reduziert werden können. Zusammengefasst lässt sich jedoch festhalten, dass auf Basis der plausiblen Gestehungskosten nunmehr Vergütungsverhandlungen stattfinden, die zu einer transparenten und nachvollziehbaren Vergütungsgestaltung führen.

Auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 45c Abs. 6 SGB XI in Verbindung mit § 45d Abs. 3 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. haben zahlreiche Länder ihre Verordnungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen überarbeitet. Dies ist in Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern erfolgt. In Baden-Württemberg, Berlin, Sachsen und Hessen sollen entsprechende Entwürfe im Laufe des Jahres 2011 in Kraft treten. Die neuen Verordnungen enthalten jetzt auch Bestimmungen, wonach für die Förderentscheidung im Bereich der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, der ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, der sich an der Finanzierung beteiligt, herzustellen ist. Für Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Hessen wurden bilaterale Abstimmungen über die Herstellung des Einvernehmens mit dem PKV-Verband getroffen.

Im Jahr 2010 wurden aus den Fördermitteln der PKV bundesweit 1,092 Mio. Euro (Vorjahr: 1,074 Mio. Euro) abgerufen. Für die neu eingeführte Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe erfolgte ein Abruf von Fördergeldern im Umfang von 243.112,93 Euro durch die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Brandenburg.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist in § 72 Abs. 2 SGB XI die Möglichkeit geschaffen worden, einen einheitlichen Versorgungsvertrag für mehrere selbständig wirtschaftende Einrichtungen eines Pflegeeinrichtungsträgers abzuschließen, wenn diese örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind. Ein solcher Gesamtversorgungsvertrag, dessen Abschluss die herkömmlichen Einzelversorgungsverträge ersetzt, kann sowohl ambulante als auch stationäre Pflegeeinrichtungen umfassen. Dabei kann zum Beispiel die leitende Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung) für mehrere Einrichtungen eingesetzt werden. Für den Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages sind für die Landesverbände der Pflegekassen beispielsweise die Gesamtplatzzahl, die Anzahl der Standorte oder der örtliche Verbund der Standorte entscheidend. Muster für Gesamtversorgungsverträge sind zum Beispiel in Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen erarbeitet worden.

Niedrigschwellige
Betreuungsangebote und
Modellvorhaben, Förderung
ehrenamtlicher Strukturen
sowie der Selbsthilfe

Abruf der Fördermittel

Gesamtversorgungs-
verträge



4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen



4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen

Rechengrößen 2011

Die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2011 legt die für das Jahr 2011 maßgebenden Rechengrößen fest. Es ergibt sich daraus eine Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für 2011 von unverändert gegenüber dem Vorjahr 66.000 Euro jährlich bzw. 5.500 Euro monatlich in den alten Bundesländern und von 57.600 Euro jährlich bzw. 4.800 Euro monatlich (Vorjahr: 55.800 Euro jährlich bzw. 4.650 Euro monatlich) in den neuen Bundesländern. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit Abs. 6 SGB V 49.500 Euro jährlich bzw. 4.125 Euro monatlich (Vorjahr: 49.950 Euro jährlich bzw. 4.162,50 Euro monatlich). Sie gilt für das Neugeschäft seit 1. Januar 2003. Für diejenigen, die am Tag vor dem Inkrafttreten des Beitragssatzicherungsgesetzes (BGBl. I 2002, S. 4637), also am 31. Dezember 2002, wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und in einer privaten substitutiven Krankenversicherung versichert waren, beträgt gemäß § 6 Abs. 7 SGB V die Jahresarbeitsentgeltgrenze 2011 jährlich 44.550 Euro bzw. 3.712,50 Euro monatlich (Vorjahr: 45.000 Euro jährlich bzw. 3.750 Euro monatlich). Die Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung betragen für das Jahr 2011 ebenfalls 44.550 Euro jährlich bzw. 3.712,50 Euro monatlich (Vorjahr: 45.000 Euro jährlich bzw. 3.750 Euro monatlich).

Nach den vorgegebenen Rechengrößen beträgt die Bezugsgröße 2011 gemäß § 18 SGB IV 30.660 Euro jährlich bzw. 2.555 Euro monatlich in den alten und 26.880 Euro jährlich bzw. 2.240 Euro monatlich in den neuen Bundesländern. Zu beachten ist, dass Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der GKV vorsieht, dass auch die Bezugsgröße West, soweit sie für den Kranken- und Pflegeversicherungsbereich relevant ist, für das ganze Bundesgebiet gilt. Die Bezugsgröße ist maßgebend für folgende Werte:

Jahresarbeitsentgeltgrenze

Bezugsgröße



Familienversicherung in
GKV und SPV

Ein Siebtel der Bezugsgröße und damit im Jahr 2011 bundeseinheitlich monatlich 365 Euro (Vorjahr: 365 Euro) beträgt die Einkommensgrenze für die Einbeziehung des Ehegatten, des Lebenspartners und der Kinder in die Familienversicherung in der GKV nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V und in der SPV nach § 25 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI.

Mindestbeitrag freiwilliger
GKV-Mitglieder

Ein Drittel der Bezugsgröße und damit 851,67 Euro (Vorjahr: 851,67 Euro) monatlich macht die dem Beitrag freiwilliger GKV-Mitglieder nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zugrunde zu legende Mindesteinnahme aus. Für hauptberuflich selbständig erwerbstätige freiwillige GKV-Mitglieder gelten nach § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V als beitragspflichtige Einnahmen auf den Monat umgerechnet mindestens drei Viertel der Bezugsgröße und damit 1.916,25 Euro (Vorjahr: 1.916,25 Euro).

Beitragszuschuss für
ALG II-Bezieher

Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, zahlt der zuständige Träger für einen im Basistarif Versicherten den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist (§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG). Als beitragspflichtige Einnahmen gelten bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der dreißigste Teil des 0,3450fachen der monatlichen Bezugsgröße (§ 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Unter Zugrundelegung des reduzierten Beitragssatzes von 14,9 Prozent (Beitragssatz für Versicherte, die kein Krankengeld beziehen) ergibt sich für 2011 daraus ein Zuschuss in Höhe von 131,34 Euro. Für die private Pflegepflichtversicherung gelten als beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße (§ 110 Abs. 2 Satz 4 i.V.m. § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Der Zuschuss beträgt damit 2011 bei einem Beitragssatz von 1,95 Prozent 18,04 Euro.

Diesbezüglich hat das Bundessozialgericht mit Entscheidung vom 18. Januar 2011 – Az.: B 4 AS 108/10R – jedoch festgestellt, dass eine Begrenzung des Zuschusses für eine private Krankenversicherung auf den vorgenannten Betrag rechtswidrig ist (siehe hierzu auch Seite 111 f. dieses Rechenschaftsberichts). Die Bundesagentur für Arbeit hat daraufhin den Zuschuss für laufende Leistungsfälle ab dem 18. Januar 2011 auf die Höhe des zu zahlenden Beitrags, höchstens jedoch auf die Höhe des halben Beitrags im Basistarif (287,72 Euro) erhöht.

Beitragszuschuss für
landwirtschaftliche
Altenteiler

Schließlich ist die Bezugsgröße für den Zuschuss für befreite landwirtschaftliche Altenteiler zum Beitrag zur PKV gemäß §§ 4 Abs. 3, 59 Abs. 3 KVLG 1989 maßgebend, der ein Zweiundzwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße und damit 2011 117 Euro monatlich (Vorjahr: 117 Euro) ausmacht. In den neuen Bundesländern hat dieser Beitragszuschuss keine Bedeutung.

Nicht erwerbsmäßig tätige
Pflegerpersonen

Nach § 166 Abs. 2 SGB VI errechnet sich in dort bestimmter Weise aus der Bezugsgröße die beitragspflichtige Einnahme rentenversicherungspflichtiger, nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegerpersonen, nach der sich die Höhe des zu ihren Gunsten zu entrichtenden Beitrags zur gesetzlichen Rentenversicherung richtet.

Versicherungsfreie
geringfügige Beschäftigung

Die Arbeitsentgeltgrenze nach §§ 8 Abs. 1 Nr. 1, 8a SGB IV für die nach § 7 SGB V krankenversicherungsfreien unbefristeten geringfügigen Beschäftigungen beträgt 400 Euro.

Rechengrößen für 2011 in Euro
 (bisherige Werte in Klammern)

Alte Bundesländer Neue Bundesländer

Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung	jährlich	66.000 (66.000)	57.600 (55.800)
	monatl.	5.500 (5.500)	4.800 (4.650)
Beitragsbemessungsgrenze Kranken-, Pflegeversicherung	jährlich	44.550 (45.000)	44.550 (45.000)
	monatl.	3.712,50 (3.750)	3.712,50 (3.750)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	49.500 (49.950)	49.500 (49.950)
	monatl.	4.125 (4.162,50)	4.125 (4.162,50)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	44.550 (45.000)	44.550 (45.000)
	monatl.	3.712,50 (3.750)	3.712,50 (3.750)
Bezugsgröße	jährlich	30.660 (30.660)	26.880 (26.040)
	monatl.	2.555 (2.520)	2.240 (2.170)
Geringfügigkeitsgrenze		400	400
Einkommensgrenze für Familienversicherung		365 (365)	365 (365)
Allgemeiner Beitragssatz der GKV		15,5 % (14,9%)	15,5 % (14,9%)
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		271,01 (262,50)	271,01 (262,50)
Höchstbeitrag PVN	einzel	72,40 (73,12)	72,40 (73,12)
	Ehegatten (150 %)	108,60 (109,68)	108,60 (109,68)
	Ehegatten (75 %)	54,30 (54,84)	54,30 (54,84)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	36,20 (36,56)	36,20 (36,56)
Höchstbeitrag PVB	einzel	28,96 (29,25)	28,96 (29,25)
	Ehegatten (150 %)	43,44 (43,88)	43,44 (43,88)
	Ehegatten (75 %)	21,72 (21,94)	21,72 (21,94)
	Basistarif	36,20 (36,56)	36,20 (36,56)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	18,10 (18,28)	18,10 (18,28)
Zuschuss zur PPV		36,20 (36,56)	36,20 (36,56) in Sachsen 17,63 (17,81)
Höchstbeitrag Basistarif		575,44 (bis 30.6.: 581,25; ab 1.7.: 590,03)	575,44 (bis 30.6.: 581,25; ab 1.7.: 590,03)
Höchstbeitrag Standardtarif		553,17 (581,25)	553,17 (581,25)
Zuschuss zur Krankenversicherung für ALG II-Empfänger		131,34 (126,05) 287,72**	131,34 (126,05) 287,72**
Zuschuss zur Pflegeversicherung für ALG II-Empfänger		18,04 (18,04)	18,04 (18,04)

* Siehe hierzu auch den Bericht über die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. Januar 2011, Az.: B 4 AS 108/10R (S. 111 f.).

** Die Bundesagentur für Arbeit hat aufgrund der vorgenannten Entscheidung des Bundessozialgerichts den Zuschuss für laufende Leistungsfälle ab dem 18. Januar 2011 auf die Höhe des zu zahlenden Beitrags, höchstens jedoch auf die Höhe des halben Beitrags im Basistarif (287,72 Euro) erhöht.

GKV-Finanzierungsgesetz

Der Bundestag hat am 12. November 2011 dem Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) zugestimmt. Das Gesetz wurde im Bundesgesetzblatt I, Jahrgang 2010, Seite 2309 verkündet. Für die private Krankenversicherung sind die im Folgenden dargestellten Regelungen bedeutsam.

Wegfall der Dreijahresfrist

Nach dem GKV-Finanzierungsgesetz wird, bezogen auf die Regelungen zur Versicherungspflicht von Angestellten, die Rechtslage wieder hergestellt, die vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes galt:

Angestellte werden mit Ablauf des Jahres versicherungsfrei, in welchem ihr Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, sofern ihr Gehalt voraussichtlich auch im Folgejahr oberhalb der dann geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen wird. Weil die neuen Regelungen bereits am 31. Dezember 2010 in Kraft traten, schieden Ende 2010 auch Arbeitnehmer aus der Versicherungspflicht aus, deren Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze erstmalig 2010 überschritten hat (§ 6 Abs. 4 SGB V i.d.F. von Art. 1 Nr. 2 GKV-FinG).

Nicht erforderlich ist insoweit, dass der Arbeitnehmer in dem Jahr, in welchem sein regelmäßiges Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, tatsächlich ein Gehalt dieser Höhe erzielt hat. Ausreichend ist vielmehr, dass sein Jahresgehalt im Laufe eines Jahres die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet. Dies folgt auch aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 7. Dezember 1989 – 12 RK 19/87). Danach wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze bei einer Erhöhung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts mit Beginn des Zeitraums überschritten, für den das erhöhte Entgelt erstmals zu zahlen ist. In dem zu entscheidenden Fall überstieg das Gehalt des Klägers aufgrund verbindlicher tarifvertraglicher Regelungen die Jahresarbeitsentgeltgrenze. Der Kläger schied daher mit Ablauf des Jahres aus der Versicherungspflicht aus.

Berufsanfänger, Wechsel ins Angestelltenverhältnis, Arbeitgeberwechsel

Berufsanfänger sowie Personen, die erstmals in Deutschland eine Beschäftigung mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufnehmen, unterfallen nicht der Versicherungspflicht in der GKV (Art. 1 Nr. 3 GKV-FinG zu § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V).

Gleiches gilt, wenn ein Selbständiger in ein Angestelltenverhältnis wechselt sowie für Arbeitnehmer, die den Arbeitgeber wechseln, sofern ihr Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Denn die Vorschrift des § 6 Abs. 4 SGB V (i.d.F. Art. 1 Nr. 2 lit. b) GKV-FinG), wonach die Versicherungspflicht mit Ablauf des Jahres endet, in dem die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird, gilt nur bei einer Erhöhung des Gehalts über die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Rahmen einer laufenden Beschäftigung.

Eltern- und Pflegezeit

Ab dem 31. Dezember 2010 gilt für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, dessen Arbeitszeit auf maximal die Hälfte vergleichbarer Vollbeschäftigter begrenzt ist und welches bei Vollbeschäftigung mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze vergütet würde, dass sie sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreien lassen können. Weitere Voraussetzung ist, dass der Arbeitnehmer seit mindestens fünf Jahren versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze war. Zeiten des Bezugs von

Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit werden insoweit angerechnet.

Die Mindestbindungsfrist für einige Wahltarife gemäß § 53 SGB V wurde durch das GKV-Finanzierungsgesetz von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt (Art. 1 Nr. 3c lit. b) GKV-FinG). Nach der Verwaltungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen gilt diese Mindestbindungsfrist nicht nur dann, wenn der Versicherte die gesetzliche Krankenkasse wechseln will, sondern auch für den Fall des Wechsels in die PKV. Für Wahltarife, die Versicherungsschutz mit

- Beitragsrückerstattung
- Kostenerstattung oder
- einer Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

bieten, gilt ab dem 2. Januar 2011 nur noch eine einjährige Mindestbindungsfrist. Für Wahltarife, die Selbstbehalte vorsehen sowie Krankengeld-Wahltarife beträgt die Mindestbindungsfrist weiterhin drei Jahre.

Der Höchstbeitrag im Basistarif ergibt sich seit dem 1. Januar 2011 aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze. Hinzugerechnet wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a Abs. 2 SGB V (i.d.F. von Art. 1 Nr. 19 GKV-FinG). Die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für das Jahr 2011 hat das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt gegeben (Art. 1 Nr. 19 GKV-FinG zu § 242a Abs. 2 S. 2 SGB V). Er hat eine Höhe von 0,- Euro. Der Höchstbeitrag im Basistarif beträgt damit seit dem 1. Januar 2011 575,44 Euro.

Beitragszuschuss für ALG II-Bezieher

Das Bundessozialgericht entschied mit Urteil vom 18. Januar 2011 – Az. B 4 AS 108/10R –, in welchem Umfang der Träger der Grundsicherung nach dem SGB II die Beiträge für eine private Krankenversicherung zu übernehmen hat.



Bindungsfristen für
Wahltarife gem. § 53 SGB V

Höchstbeitrag im Basistarif

Das zuständige Jobcenter hatte dem Kläger lediglich den Betrag als Zuschuss gewährt, der auch für einen Bezieher von ALG II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Weil dieser Betrag geringer war als der vom Kläger zu zahlende Beitrag für seine Krankenversicherung, entstand eine Deckungslücke in Höhe von rund 80,- Euro. Das Bundessozialgericht hat insoweit ausgeführt, es bestehe eine gesetzesimmanente Regelungslücke im Sinne einer planwidrigen Unvollständigkeit der gesetzlichen Vorschriften. Den Gesetzesmaterialien zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ließen sich keine ausreichenden Anhaltspunkte dafür entnehmen, dass der Gesetzgeber den privat krankenversicherten Beziehern von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II bewusst und gewollt einen von ihnen finanziell nicht zu tragenden Beitragsanteil belassen wollte. Vielmehr enthielten die Gesetzesmaterialien Hinweise auf einen „bezahlbaren“ Basistarif, der sicherstellen solle, dass „die Betroffenen finanziell nicht überfordert würden“. Für eine Regelungslücke spreche weiterhin, dass für den Fall, dass Hilfebedürftigkeit durch die Zahlung des auf die Hälfte reduzierten Beitrags im Basistarif entstehe, der Grundsicherungsträger sich im erforderlichen Umfang an den Kosten der Krankenversicherung beteiligt. Schließlich wäre das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum privat versicherter SGB II-Leistungsempfänger betroffen, wenn die von ihnen geschuldeten Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht vom Träger der Grundsicherung übernommen würden. Die Regelungslücke sei durch Verpflichtung des Trägers der Grundsicherung zu schließen, einen höheren Zuschuss als den gesetzlich normierten zu zahlen.

Nach diesen Maßgaben ist auch die von einigen Sozialhilfeträgern vorgenommene Kürzung auf den Betrag, der für gesetzlich versicherte Bezieher von ALG II zu tragen ist, als rechtswidrig zu bewerten.

Versicherungspflicht von ehemaligen Mitgliedern der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Postbeamtenkrankenkasse

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 12. Januar 2011 – Az. B 12 KR 11/09 R – entschieden, dass nicht krankenversicherte ehemalige Angehörige der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), die vor der Mitgliedschaft in der KVB zuletzt gesetzlich versichert waren, der Versicherungspflicht in der GKV gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a) SGB V unterliegen. § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a) SGB V sei dergestalt auszulegen, dass auf der Tatbestandseite an die letzte Krankenversicherung entweder in der GKV oder PKV angeknüpft werden solle. Dem stehe nicht entgegen, dass zwischenzeitlich eine Versicherung in der KVB bestanden habe, denn hierbei handele es sich nicht um eine Krankenversicherung in der PKV.

Personen, die zuletzt in der KVB versichert waren, unterliegen damit wegen der Versicherungspflicht in der GKV nicht der Pflicht zur Versicherung in der PKV gemäß § 193 Abs. 3 VVG, wenn vor der Mitgliedschaft in der KVB zuletzt eine gesetzliche Versicherung bestand. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts findet gleichermaßen auf ehemalige Angehörige der Postbeamtenkrankenkasse Anwendung. Damit besteht für diesen Personenkreis auch kein Zugangsrecht in den Basistarif.

4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft

Tarifstrukturzuschlag

Das Bundesverwaltungsgericht hatte im Jahr 2010 über eine Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zu entscheiden, nach der von Versicherten bei einem Tarifwechsel kein pauschaler Risikozuschlag verlangt werden darf (BVerwG, Urteil vom 23. Juni 2010 – Az.: 8 C 42/09). Hintergrund der Entscheidung ist, dass ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung neue Tarife anbot, die im Gegensatz zu den bisher bestehenden Tarifen eine niedrigere Grundprämie und eine strengere Risikoprüfung vorsehen. Von Versicherungsnehmern, die aus den bestehenden (anders kalkulierten) Tarifen in den neuen Tarif wechseln wollten, verlangte das Versicherungsunternehmen einen pauschalen Risikozuschlag, den Tarifstrukturzuschlag, um die unterschiedliche Bemessung des Grundbeitrages auszugleichen.

Das Gericht bestätigte die Untersagungsverfügung der BaFin. Die Erhebung eines Tarifstrukturzuschlages verstoße gegen § 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bzw. § 203 Abs. 1 VVG. Der Versicherungsnehmer erwerbe mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages das Recht, dass der vom Versicherer bei Vertragsbeginn festgestellte Gesundheitszustand im Fall eines Tarifwechsels für die Risikoeinstufung im neuen Tarif maßgeblich bleibe. § 204 Abs. 1 S. 1 VVG regle die Zuschlagserhebung bei Tarifwechsel abschließend und lasse keine anderen als die gesetzlich vorgesehenen Zuschläge zu. Insbesondere stelle § 204 Abs. 1 S. 1 VVG keine Rechtsgrundlage für einen Sonderzuschlag wie den Tarifstrukturzuschlag dar. Eine andere Bewertung ergebe sich auch nicht aus dem systematischen Zusammenhang mit § 203 Abs. 1 VVG. Zuschläge aus Anlass des Tarifwechsels dürften nur in Form von Risikozuschlägen wegen Mehrleistungen im Zieltarif erhoben werden. Dies setze eine individuelle Risikoprüfung voraus, da der Risikozuschlag einem erhöhten Risiko Rechnung tragen solle, das in der Person des Versicherungsnehmers liege. Der Tarifstrukturzuschlag werde allerdings durch das Versicherungsunternehmen erhoben, um die Differenz der Grundprämie im Herkunftstarif zu einem neuen Tarif infolge einer Inkompatibilität der Tarife auszugleichen.

Beihilfe des Bundes und der Länder

Im Berichtszeitraum haben sich einige Änderungen in den Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder und den zugrunde liegenden Gesetzen ergeben. Im Folgenden werden die wichtigsten dargestellt:

Beihilfe des Bundes

Am 13. Oktober 2010 beschloss die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zur Übertragung ehebezogener Regelungen im öffentlichen Dienstrecht auf Lebenspartnerschaften. Bislang werden Lebenspartner nur in Teilbereichen des öffentlichen Dienstrechts des Bundes berücksichtigt, insbesondere sind sie keine bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen im Sinne der Bundesbeihilfeverordnung. Mit dem Gesetzentwurf werden insbesondere

- im Bundesbeamtengesetz Lebenspartner in die Vorschrift über die Beihilfe aufgenommen,

- im Gesetz über den Auswärtigen Dienst die Vorschriften über die Fürsorge des Auswärtigen Amtes gegenüber den Ehepartnern der ins Ausland entsandten Beamten auf Lebenspartner ausgedehnt,
- im Beamtenversorgungsgesetz des Bundes und im Soldatenversorgungsgesetz Lebenspartner in die Regelungen zur Hinterbliebenenversorgung einbezogen,
- im Bundesbesoldungsgesetz die ehebezogenen Regelungen zum Familienzuschlag und zur Auslandsbesoldung auf Lebenspartnerschaften erstreckt.

Außerdem werden die für verheiratete Beamte, Soldaten, Richter und Versorgungsempfänger des Bundes bereits bestehenden Informationspflichten auf Besoldungs- und Versorgungsempfänger in Lebenspartnerschaften ausgedehnt. Dabei handelt es sich vor allem um die Angaben, die bei der Begründung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft oder bei der Einstellung erforderlich sind, um festzustellen, ob sich die Begründung, das Bestehen oder die Aufhebung einer Lebenspartnerschaft auf den Leistungsanspruch auswirkt.

Laut Gesetzentwurf sollen die entsprechenden Änderungen überwiegend rückwirkend zum 1. Januar 2009 wirksam werden. Hintergrund der Rückwirkung ist, dass die Übertragung der ehebezogenen Regelungen im öffentlichen Dienstrecht auf Lebenspartnerschaften bereits 2009 in der Koalitionsvereinbarung festgelegt wurde. Auch in den meisten Bundesländern (Bayern, Brandenburg, Bremen, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Hessen, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen) können Beihilfeleistungen für Lebenspartner in Anspruch genommen werden.

Der Gesetzentwurf sieht ferner vor, den Betroffenen vom 1. Januar 2009 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes einen Schadensersatzanspruch einzuräumen, da sie mit der Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe in einen günstigeren beihilfekonformen PKV-Tarif hätten wechseln können.

Die Einbeziehung von Lebenspartnern in ehebezogene Vorschriften des öffentlichen Dienstrechts auf der Ebene von Rechtsverordnungen erfolgt zum Beispiel mit dem Entwurf einer zweiten Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV). Der Entwurf regelt außerdem das Verfahren hinsichtlich des Einreichens der Arzneimittelbelege, die nach § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel zu Prüfzwecken benötigt werden. Danach sollen Beihilfeberechtigte bei der Antragstellung nur noch Kopien oder Duplikate einreichen, die nach Berücksichtigung vernichtet und nicht mehr an die Beihilfeberechtigten zurück gesandt werden, um den unverhältnismäßig hohen Aufwand, der bei einer Rücksendung der Originalbelege entsteht, zu vermeiden. Das genaue Verfahren im Zusammenhang mit der Geltendmachung von Arzneimittelrabatten soll in einer Verwaltungsvorschrift geregelt werden.

Beihilfe der Länder

Am 28. Oktober 2010 hat der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg entschieden, dass der Ausschluss der Beihilfe für Landesbeamte, die ihrer Verpflichtung, eine ergänzende (private) Krankenversicherung abzuschließen, nicht nachkommen, rechtswidrig ist. Mit dem Urteil hat der Verwaltungsgerichtshof ein gleichlautendes Urteil des Verwaltungsgerichts Stuttgart bestätigt.



Nach Auffassung des Verwaltungsgerichtshofs verstößt der in § 1 Abs. 5 Satz 1 BVO BW für den Fall der Nichterfüllung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht aus § 193 Abs. 3 VVG geregelte Ausschluss von Beihilfeansprüchen gegen den parlamentarischen Gesetzesvorbehalt. § 1 Abs. 5 BVO sei nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 101 LBG gedeckt, da der Ordnungsgeber mit dieser Bestimmung keine beihilferechtlichen Ziele verfolge. Außerdem fehle dem Landesgesetzgeber die Gesetzgebungskompetenz, um im Falle der Nichterfüllung der Versicherungspflicht Sanktionen auszusprechen und die Beihilfe zu versagen; insbesondere die Fürsorgepflicht des Dienstherrn berechtige das Land hierzu nicht. Die Gesetzgebungskompetenz für die Normierung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht liege beim Bund, der mit der Vorschrift des § 193 VVG von seiner konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG in einer Weise Gebrauch gemacht habe, die landesgesetzliche Erzwingungsmaßnahmen ausschließe.

Selbst wenn man eine landesrechtliche Regelungskompetenz unterstellen würde, verstoße der Beihilfeausschluss gegen den Gleichheitssatz. Die Beihilfeverordnung treffe nur für die Beihilfeberechtigten eine zusätzliche belastende Regelung, um die Befolgung der Versicherungspflicht zu gewährleisten. Für die anderen der Landesgesetzgebung in Baden-Württemberg unterliegenden Bürger würden dagegen ausschließlich bundesrechtliche Sanktionen gelten. Ein sachlicher Differenzierungsgrund sei für eine solche einseitige Zusatzbelastung der Beihilfeberechtigten nicht ersichtlich. Auch bedeute es keine Unterstützung gesetzwidrigen Verhaltens, wenn die normale Beihilfe trotz Nichterfüllung der (ergänzenden) Versicherungspflicht weiter gewährt werde.

Nach dem Erlass der Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen vom 5. November 2009 (Beihilfenverordnung NRW – BVO) wurden am 25. Mai 2010 die entsprechenden Verwaltungsvorschriften (Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen – VVzBVO) verkündet. Die Änderungen betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- Mehraufwendungen für Zahnverblendungen
- Leistungen für die Tätigkeit eines Gebärdendolmetschers
- Leistungen im Rahmen der sog. Palliativversorgung

Beihilfe des Landes
Schleswig-Holstein

- Aufwendungen für Komplextherapien
- Eigenanteile bei orthopädischen Maßschuhen
- Aufwendungen für Neurodermitis-Overalls und Allergiebettbezüge
- Unterkunft- und Verpflegungskosten in Pflegeheimen
- Beihilfen bei mobiler Rehabilitation
- Behandlungsdauer bei ambulanter Rehabilitation
- Beihilfen für Rehabilitationssport und Funktionstraining.

Am 21. Juni 2010 wurde die Landesverordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung verkündet. Damit ist die bislang in Schleswig-Holstein geltende Beihilfeverordnung insbesondere an die Änderungen im Pflegeversicherungsbereich angepasst worden.

Beihilfe des Landes Bayern

Laut Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen vom 23. August 2010 wurden die Ergänzenden Bestimmungen zum Vollzug der Bayerischen Beihilfeverordnung (ErgBBayBhV) vom 13. August 2009 geändert. Danach werden nunmehr bei der beihilferechtlichen Abrechnung von Organisations- sowie Flugtransportkostenpauschalen im Jahr 2010 folgende Vergütungen berechnet:

- eine Organisationspauschale je transplantiertem Organ in Höhe von 8.319 Euro und
- bei extrarenalen Organen (zurzeit Herz, Leber, Lunge, Pankreas und Darm) zusätzlich eine Pauschale für Flugkosten von 6.179 Euro je transplantiertem Organ, für das ein eigenständiger Flug durchgeführt wurde.

Beihilfe des Saarlandes

Zum 1. Januar 2011 wurden das Saarländische Beamten-gesetz und die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfeverordnung - BhVO SL) geändert. Insbesondere ist im Saarländischen Beamten-gesetz mit § 47 Abs. 4 eine Rechtsgrundlage zur Einführung einer Kostendämpfungspauschale geschaffen worden. Die Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlungen fällt weg, Sehhilfen werden nur noch für Kinder bzw. für Erwachsene in Ausnahmefällen erstattet. In der Saarländischen Beihilfeverordnung wurden die entsprechenden Folgeänderungen verankert, wie zum Beispiel der Wegfall der von den Beihilfeberechtigten selbst zu tragenden Eigenanteile bei Arznei- und Verbandmitteln, stationären Aufenthalten und Fahrtkosten.

4.3 Rechnungslegung

Exposure Draft „Insurance Contracts“ des IASB

Nach jahrelanger Vorarbeit hat das International Accounting Standards Board (IASB) am 30. Juli 2010 den Standardentwurf zur Bilanzierung von Versicherungsverträgen (ED/2010/8) veröffentlicht, vgl. http://www.ifrs.org/NR/rdonlyres/508B3E26-4355-46E6-ACCF-248E76AD3457/0/ED_Insurance_Contracts_Standard_WEB.pdf.

Zielsetzung und Kernelement des Standardentwurfs

Die geplanten Neuregelungen sehen ein einheitliches Konzept für alle bislang unter IFRS 4 abgebildeten Versicherungsverträge vor. Es ist geplant, den von vornherein nur als Übergangslösung konzipierten IFRS 4 durch die im ED/2010/8 enthaltenen Bestimmungen zu ersetzen. Hierzu hat das IASB einen prinzipienorientierten Standardentwurf entwickelt, der unter anderem auf einem einheitlichen Bewertungsmodell für alle Versicherungsverträge aufbaut.

Measurement-Modell grundsätzlich zu begrüßen

Es ist hervorzuheben, dass das vorgeschlagene Bewertungsmodell von der Annahme ausgeht, dass Versicherer ihre Verpflichtungen gegenüber dem Kunden im Normalfall vertragsgemäß erfüllen (sog. Fulfillment Value). Danach sind Versicherungsverträge auf Grundlage des Erwartungswerts der prognostizierten Cashflows unter Berücksichtigung von Zinseffekten zu bewerten. Ergänzt wird diese Methodik durch eine Risiko- und Residualmarge, die einen anfänglichen Gewinnausweis im Rahmen der Zugangsbewertung verhindert. Damit wich der IASB von zwischenzeitlichen Überlegungen, Verpflichtungen aus Versicherungsverträgen mit einem fiktiven Marktwert anzusetzen (sog. Current Exit Value, wie unter Solvency II), ab. Konzeptionell entspricht das Measurement-Modell nicht dem Solvency-II-Konzept, eine grundsätzliche Angleichung scheint jedoch möglich (zum Beispiel Cost-of-Capital-Ansatz der Risikomarge bei Solvency II als eine Methode unter IFRS).

Aus Sicht der PKV in Übereinstimmung mit der deutschen Versicherungswirtschaft sind materielle Verbesserungen in folgenden Teilbereichen erforderlich, damit das Geschäftsmodell der Versicherungen sachgerecht abgebildet wird:

- **Regelungen zur Folgebewertung von Versicherungsverträgen**

Derzeit ist vorgesehen, dass Erhöhungen von Schadenrückstellungen grundsätzlich erfolgswirksam vorzunehmen sind und damit zu einem Verlust führen, selbst wenn der Vertrag noch über eine entsprechende Gewinnmarge verfügt. Überzeugender erscheint aus ökonomischer Sicht eine entsprechende Belastung der Gewinnmarge, womit die Erhöhung erfolgsneutral bliebe.

- **Übergangsvorschriften**

Bedenklich erscheint zudem, dass im Zeitpunkt des Übergangs auf den neuen Standard das Gewinnpotenzial im Versicherungsbestand erfolgsneutral in das Eigenkapital eingestellt werden soll. Bei einem noch mehrere Jahre (/Jahrzehnte) laufenden PKV-Versicherungsvertrag würde dies bedeuten, dass bis zum Vertragsende keine Gewinne mehr vereinnahmt würden. Ein Erfolgsausweis in der Gewinn- und Verlustrechnung könnte nur noch aus dem Neugeschäft resultieren.

- **Darstellung in der Gewinn- und Verlustrechnung**

Im Hinblick auf die Gewinn- und Verlustrechnung sollen nur noch die Margen des Geschäfts und deren Veränderungen gezeigt werden. Traditionelle Kennziffern wie Beiträge oder Schadenaufwendungen ließen sich nur noch mit Hilfe von Anhang-Angaben ermitteln.

- **Abstimmung mit den IASB-Vorschlägen zur Bilanzierung von Finanzinstrumenten erforderlich**

Für die Versicherungswirtschaft ist auch der Zusammenhang mit der Überarbeitung des Bilanzierungsstandards für Finanzinstrumente IAS 39 / IFRS

9 von erheblicher Relevanz. Eine der Hauptforderungen der Versicherer an das IASB ist es deshalb, die Konsequenzen der vorgeschlagenen Regelungen vergleichbar den Auswirkungsstudien bei Solvency II einem Feldtest zu unterziehen.

- **Konvergenz mit US-GAAP**

Im Interesse der internationalen Vergleichbarkeit der Jahresabschlüsse von Versicherungsunternehmen ist eine möglichst weitgehende Konvergenz der IASB-Bilanzierungsstandards mit den US-amerikanischen Vorgaben von Bedeutung. Ein erster Vergleich des IASB-Standardentwurfs mit den Vorstellungen des FASB zeigt durchaus Übereinstimmungen. Ein wesentlicher Unterschied besteht jedoch darin, dass der US-Standardsetzer im Rahmen des Building-Block-Approaches den Ansatz einer einzelnen Gesamtmarge, das heißt eine Zusammenfassung von Risiko- und Residualmarge (= composite margin), bevorzugt.

4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement

Fünfte Auswirkungsstudie zu Solvency II (QIS5)

Die EU-Kommission hat vom 1. Juli bis zum 31. Oktober 2010 die fünfte quantitative Auswirkungsstudie (QIS5) zu Solvency II durchgeführt. In der QIS5 sollten die voraussichtlichen Auswirkungen der neuen Eigenkapitalvorschriften für Versicherungsunternehmen in der Europäischen Union abschließend vor dem geplanten Inkrafttreten von Solvency II zum 1. Januar 2013 getestet werden. Das umfangreiche QIS5-Testprogramm ist unter den nachfolgenden Links abrufbar:

- http://ec.europa.eu/internal_market/insurance/solvency/index_en.htm#qis5
- http://www.bafin.de/cln_161/nn_724178/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Unternehmen/VersichererUndPensionsfonds/Solvency_20II/sc_100716_qis5_va.html .

Nationale Anleitung für die PKV

Unter http://www.bafin.de/cln_161/SharedDocs/Downloads/DE/Unternehmen/VersichererUndPensionfonds/Solvency__II/qis5/inflationsneutrale__bewertung__kv,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/inflationsneutrale_bewertung_kv.pdf hat die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) den deutschen QIS5-Teilnehmern eine nationale Anleitung mit der Bezeichnung „Inflationsneutrales Bewertungsverfahren“ für die Neubewertung der versicherungstechnischen Rückstellungen der PKV unter Solvency II zur Verfügung gestellt. Dieses Verfahren wurde in den vergangenen Jahren entwickelt und verfeinert.

Inflationsneutrales Bewertungsverfahren

Das inflationsneutrale Bewertungsverfahren wird seit dem Jahr 2004 von der BaFin und dem PKV-Verband in Abstimmung mit der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) entwickelt und beschreibt eine mögliche sowie unverbindliche Umsetzung der Neubewertung der versicherungstechnischen Rückstellungen in der nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Krankenversicherung unter Solvency II. Grundidee dieses Verfahrens ist, dass die Erwartungswertrückstellung durch eine Bewertung der möglichen Zahlungsströme, die den Verpflichtungen

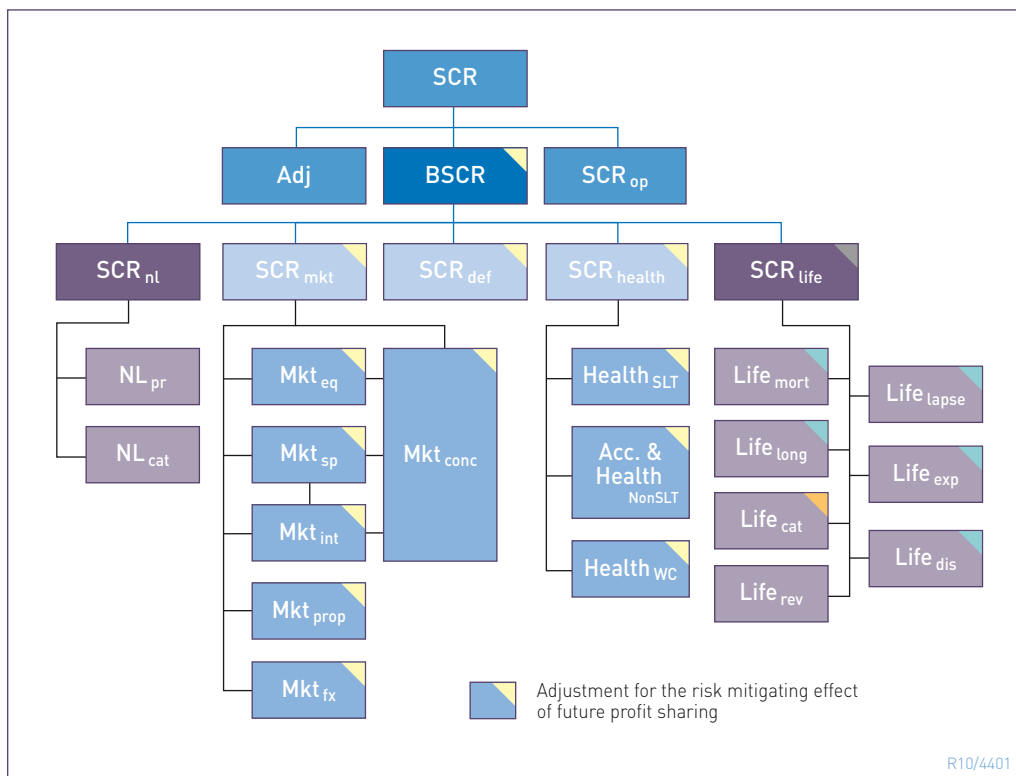
zuzurechnen sind, ermittelt wird. Dabei werden die Vorschriften der Überschussverordnung berücksichtigt. Sofern erforderlich, kann im Verfahren auch eine Rechnungszinsabsenkung modelliert werden. Ferner können die Auswirkungen der Stressszenarien für die versicherungstechnischen Risiken berechnet werden. Für die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung kann davon ausgegangen werden, dass sich die zusätzlich ausgehenden Zahlungsströme aufgrund der Krankheitskosteninflation und die zusätzlich eingehenden Zahlungsströme durch Beitragsanpassungen langfristig ausgleichen.

Risikostruktur der PKV unter Solvency II

Zu den ökonomischen Risiken der PKV zählen insbesondere:

- das Marktänderungsrisiko (mkt),
- das versicherungstechnische Risiko (health) und
- das Operationale Risiko (op).

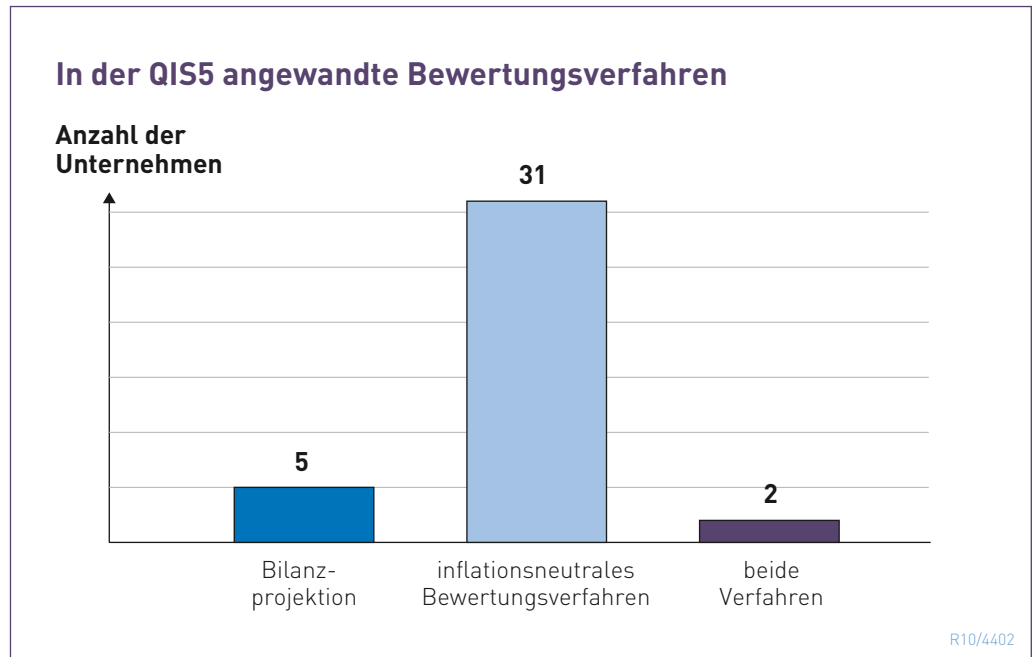
Für alle Risikokomponenten wird das erforderliche Solvabilitätskapital (Solvency Capital Requirement (SCR)) einzeln berechnet und anschließend über Korrelationen unter Berücksichtigung von Risikoausgleichseffekten zunächst das Basis-SCR (BSCR), und in einem nächsten Schritt das gesamte SCR berechnet. Eine Übersicht zur Struktur des SCR enthält die nachfolgende Abbildung, vgl. Solvency-II-Rahmenrichtlinie, 2009/138/EC, Art. 103-104:



Beteiligungsquote und Bewertungsmethoden in der QIS5

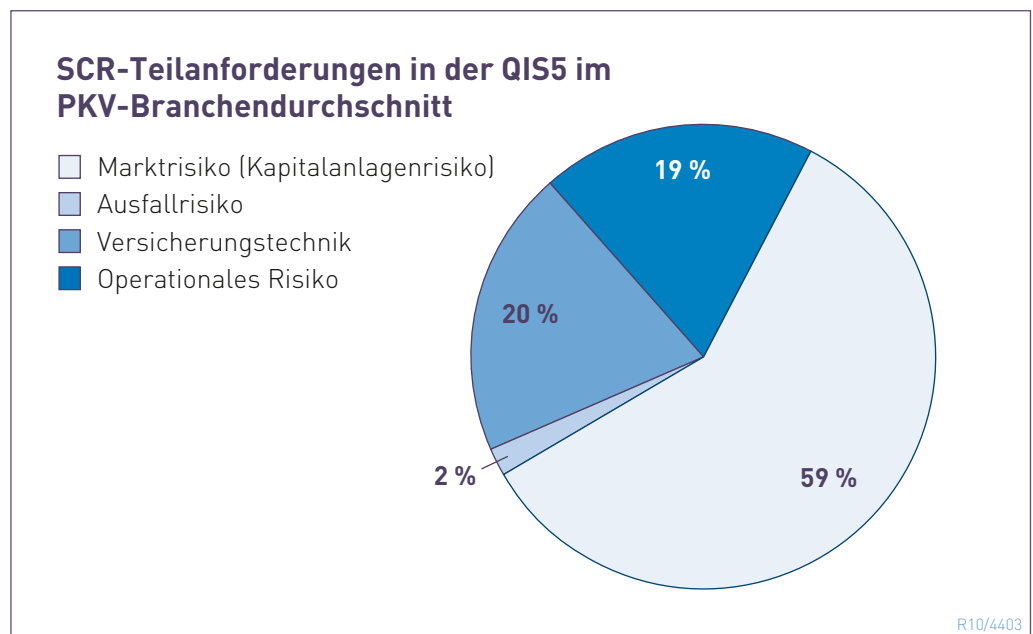
An der QIS5 haben sich 36 private Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland beteiligt. Die QIS5-Teilnehmer haben dabei gemessen an den versicherungstechnischen Rückstellungen gemäß Handelsgesetzbuch (2009) einen Marktanteil von mehr als 99 Prozent. In der QIS5-Testanleitung standen den Teilnehmern grundsätzlich mehrere Bewertungsverfahren zur Berechnung der

Erwartungswertrückstellung zur Verfügung. Welches Verfahren von den QIS5-Teilnehmern angewendet wurde, ist nachfolgend dargestellt:



Struktur der Kapitalanforderungen (SCR, vor Diversifikation) und der QIS5-Bedeckungsquoten (Zwischenstand: 28. Februar 2011)

Die SCR-Teilanforderungen sehen in der QIS5 im PKV-Branchenschnitt vor Diversifikation folgendermaßen aus:



Somit bleibt im QIS5-Modell erwartungsgemäß das Marktrisiko (= Kapitalanlagenrisiko) das Risiko mit dem größten Gewicht für die PKV. In der Branche liegt der Median der QIS5-Bedeckungsquote (= vorhandene Solvenzmittel geteilt durch erforderliche Solvenzmittel) bei 170 Prozent.

Im Zusammenhang mit den QIS5-Ergebnissen sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

- In der QIS5 vorgegebene Bewertungsprinzipien und -formeln sollten nicht als endgültige Regeln zu Solvency II missverstanden werden. Es handelt sich vielmehr um zu Testzwecken entwickelte Prinzipien und Formeln. Die getestete Kalibrierung der Risikofaktoren ist vorläufig und wird erst im Rahmen der weiteren Arbeiten und nach genauer Analyse der QIS5-Ergebnisse abschließend festgelegt werden können.
- Die Unternehmen rechneten mit Daten und Marktwerten des Bilanzjahres 2009.
- Die Bewertungen erfolgten mit der CEIOPS-QIS5-Zinsstrukturkurve, die auf den Stichtag vom 31. Dezember 2009 aufsetzt.
- Die Bedeckungsquoten sind vor allem gegenüber Kapitalmarktzinsänderungen schwankungsanfällig.
- Unternehmensindividuelle Ergebnisse können von den durchschnittlichen Branchenwerten merklich abweichen.
- Die oben genannten Ergebnisse haben den Auswertungsstand 28. Februar 2011 und sind insofern noch nicht abschließend qualitätsgesichert.

Weiterer Zeitplan von Solvency II

Die weiteren Meilensteine von Solvency II für die nächsten Jahre lassen sich wie folgt darstellen:

- März/April 2011:** Veröffentlichung des finalen QIS5-Berichts durch die EU-Kommission
- Sommer 2011:** Vorschläge der Europäischen Kommission zu den Durchführungsbestimmungen (Level II)
- In 2011:** Finalisierung der Durchführungsbestimmungen und Aufsichtsleitlinien
- Bis Ende 2011:** Erlass der endgültigen Durchführungsbestimmungen
- 2011/2012:** Umsetzung in nationales Recht (VAG, HGB)
- 1. Januar 2013:** Erstanwendung von Solvency II mit Übergangsvorschriften von maximal 3 bis 10 Jahren.

4.5 Internationale Zusammenarbeit

PKV-Verband mit eigenem Büro in Brüssel vertreten

Die Gesundheitspolitik wird auf europäischer Ebene ein immer wichtigeres Thema. Deswegen ist der PKV-Verband seit November 2010 mit einem eigenen Büro in Brüssel präsent, um direkt vor Ort PKV-relevante Entwicklungen in der Europäischen Politik zu bewerten und eigene Interessen in die politischen Entscheidungsprozesse einfließen zu lassen. Neben der Gesundheitspolitik entdecken die europäischen Institutionen auch mehr und mehr den Bereich des Sozialrechts als neues Handlungsfeld. Die Entwicklung auf europäischer Ebene in den vergangenen Jahren zeigt, dass in diesem Bereich vielfältige Aktionen der EU zu verzeichnen sind, die je nach den allgemeinen politischen Rahmenbedingungen eine zunehmende Intensität aufweisen. Diverse Arbeitskontakte zu den Brüsseler Institutionen, insbesondere zur Europäischen Kommission, zum

Europäischen Parlament, zum Ministerrat sowie zum Ausschuss der Regionen sollen eine wirkungsvolle Darstellung des PKV-Verbands ermöglichen und die PKV im Bewusstsein der europäischen Entscheidungsträger verankern.

Europäisches Antidiskriminierungsrecht

Auf europäischer Ebene wird weiterhin der von der Europäischen Kommission am 8. Juli 2008 vorgelegte Vorschlag für eine Antidiskriminierungsrichtlinie (KOM [2008] 426) diskutiert. Dieser soll das EU-Antidiskriminierungsrecht auf die Merkmale Religion, Weltanschauung, Behinderung, Alter und sexuelle Ausrichtung ausdehnen. Der PKV-Verband setzt sich für die Stärkung einer Sonderregelung zugunsten der Versicherungswirtschaft ein, wonach die Mitgliedstaaten bei der Bereitstellung von Finanzdienstleistungen verhältnismäßige Ungleichbehandlungen zulassen können, wenn die Berücksichtigung des Alters oder einer Behinderung ein zentraler Faktor bei der auf relevanten und exakten versicherungsmathematischen oder statistischen Daten beruhenden Risikobewertung für das fragliche Produkt ist (Artikel 2 Abs. 7 der geplanten Richtlinie). Aufgrund dessen beteiligt sich der PKV-Verband an Arbeitskreisen und entsprechenden Stellungnahmen des Comité Européen des Assurances (CEA).

Im Rahmen einer von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebenen Studie über die möglichen Auswirkungen der geplanten Richtlinie stellte die deutsche private Krankenversicherung eines der zentralen Untersuchungsfelder dar. In diesem Zusammenhang gaben der PKV-Verband sowie einige seiner Mitgliedsunternehmen Stellungnahmen ab. Im Juli 2010 wurde die Studie veröffentlicht. Leider gibt die Studie aufgrund erheblicher methodischer und inhaltlicher Defizite kein angemessenes Bild von der Praxis der PKV wieder. Gegenüber der Europäischen Kommission ist der PKV-Verband dem entgegengetreten.

Vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) war 2010 ein Verfahren anhängig, in dem die Vereinbarkeit von Artikel 5 Abs. 2 der Richtlinie 2004/113/EG (Gleichbehandlungsrichtlinie) mit europäischem Primärrecht in Frage steht (Rs. C-236/09; „Test Achats“). Artikel 5 Abs. 2 der Gleichbehandlungsrichtlinie erlaubt es den Mitgliedstaaten, proportionale Unterschiede bei den Prämien und Leistungen im Bereich des Versicherungswesens zuzulassen, wenn die Berücksichtigung des Geschlechts bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung ein bestimmender Faktor ist. Der deutsche Gesetzgeber hat diese Regelung in § 20 Abs. 2 S. 1 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) umgesetzt. Aufgrund dieser Regelung können die Versicherungsunternehmen der privaten Krankenversicherung wegen statistisch belegter Unterschiede von Frauen und Männern ihre Tarife geschlechtsspezifisch kalkulieren.

Die zuständige Generalanwältin Juliane Kokott stellte in ihren am 30. September 2010 vorgelegten Schlussanträgen die bisherige Praxis der Tarifierung von Versicherungsprodukten in Frage. Sie hält Artikel 5 Abs. 2 der Gleichbehandlungsrichtlinie für unvereinbar mit dem Grundsatz der Gleichbehandlung von Männern und Frauen. Bei Zugrundelegung von Statistiken für Männer und Frauen würde pauschal unterstellt, dass die unterschiedliche Lebenserwartung von männlichen und weiblichen Versicherten und ihre unterschiedliche Neigung zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen maßgeblich auf ihr Geschlecht zurückzuführen seien. Tatsächlich würden zahlreiche andere Faktoren eine wichtige Rolle für die Bewertung von Versicherungsrisiken spielen: Etwa hänge die Lebenserwartung von Versicherten stark von wirtschaftlichen

und sozialen Gegebenheiten sowie von den Lebensgewohnheiten jedes Einzelnen ab, zum Beispiel Art und Umfang der ausgeübten Berufstätigkeit, familiäres und soziales Umfeld, Ernährungsgewohnheiten, Konsum von Genussmitteln. Mit Urteil vom 1. März 2011 schloss sich der EuGH der Rechtsauffassung der Generalanwältin an. Damit wird ein seit Jahrzehnten bewährtes Prinzip der privaten Krankenversicherung – die getrennte Kalkulation von Frauen und Männern – in Frage gestellt. Es muss nun sichergestellt werden, dass eine sachgerechte und praktikable Anschlussregelung auch für die Bestandsverträge erfolgt.

Europäische Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Bereits im Juli 2008 legte die Europäische Kommission den Vorschlag für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (KOM [2008] 414) vor. Die Richtlinie bezweckt die Schaffung eines gemeinschaftsrechtlichen Rahmens für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen: Patienten sollen – regelmäßig ohne Genehmigung – im Ausland dieselben Leistungen in Anspruch nehmen können wie im Inland, wobei die Behandlungskosten im Inland erstattet werden. Daneben beinhaltet die Richtlinie Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die medizinische Versorgung sowie eine enge Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten. Der vertragliche Versicherungsschutz privat vollversicherter Personen in Deutschland erstreckt sich bereits ohne Genehmigungsvorbehalt auf die Europäische Union bzw. die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft. Nach Auffassung des PKV-Verbands fällt die private Krankenversicherung in Deutschland nicht in den Anwendungsbereich der Richtlinie. Diese umfasst Personen, die unter dem Krankenversicherungsschutz der staatlichen Sozialversicherungssysteme oder unter den von gesetzlichen Krankenversicherungen angebotenen privaten Zusatzversicherungen stehen. Am 19. Januar 2011 hat das Europäische Parlament die Richtlinie verabschiedet. Dem waren insbesondere vor der zweiten Lesung im Europäischen Parlament umfangreiche Verhandlungen vorausgegangen. Die Richtlinie, die im Februar 2011 vom Ministerrat formal angenommen wurde, wird 20 Tage nach ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Union in Kraft treten und muss von den EU-Mitgliedstaaten innerhalb der folgenden 30 Monate in nationales Recht umgesetzt werden.

Weißbuch zu Insolvenzversicherungssystemen für Versicherungen

Die Europäische Kommission beabsichtigt, bis Ende 2011 einen Legislativvorschlag zu Insolvenzversicherungssystemen für Versicherungen auf nationaler Ebene vorzulegen. Sie hat hierzu im Juli 2010 ein Weißbuch zur Konsultation gestellt. Sicherungssysteme für Versicherungen schützen Verbraucher, indem sie ihnen eine Entschädigungszahlung zusprechen oder indem sie das Fortbestehen ihres Versicherungsvertrags gewährleisten. Anders als im Banken- und im Wertpapiersektor gibt es im Versicherungssektor bisher keine europäischen Rechtsvorschriften oder Sicherungssysteme. Derzeit verfügen zwölf Mitgliedstaaten über ein oder mehrere Sicherungssysteme für Lebens- und/oder Nichtlebensversicherungen, darunter Deutschland mit der MEDICATOR AG für die private Krankenversicherung. Im europäischen Vergleich bestehen zwischen den verschiedenen Sicherungssystemen nicht nur Unterschiede hinsichtlich Deckungsumfang und Zulässigkeit von Ansprüchen, sondern auch beispielsweise in Bezug auf den

Zeitpunkt der Intervention und die Art der Finanzierung. In dem Weißbuch stellt die Kommission verschiedene Optionen vor, wie zum einen ein fairer und umfassender Verbraucherschutz in der EU sichergestellt und zum anderen verhindert werden kann, dass die Kosten des Zusammenbruchs einer Versicherungsgesellschaft dem Steuerzahler aufgebürdet werden. Es wird vorgeschlagen, dass alle Mitgliedstaaten über ein Sicherungssystem für Versicherungen verfügen und diese Systeme gewisse Mindestanforderungen erfüllen. Die Kommission neigt dabei zu einer Vorfinanzierung der Sicherungsmittel („ex-ante“ – Finanzierung). Der PKV-Verband hat sich an der Konsultation der Europäischen Kommission beteiligt. Er spricht sich in Übereinstimmung mit der Position der Bundesregierung dafür aus, dass die substitutive Krankversicherung in Deutschland nicht in den Anwendungsbereich der geplanten Richtlinie fällt. Zum Jahresende wird der Kommissionsvorschlag für eine Richtlinie erwartet.

Neue Gruppenfreistellungsverordnung für die Versicherungswirtschaft

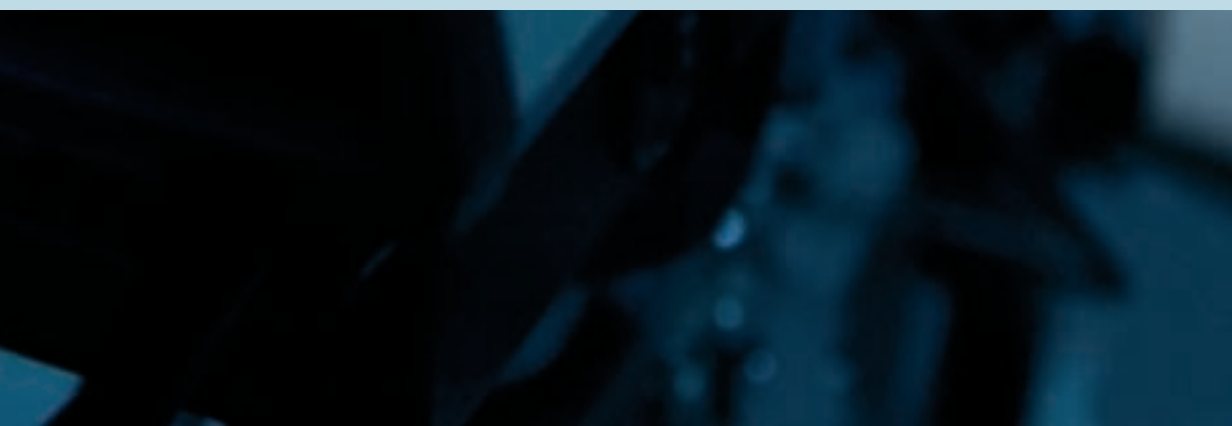
Am 1. April 2010 ist die neue Versicherungs-Gruppenfreistellungsverordnung (GVO) der EU-Kommission in Kraft getreten (Verordnung (EU) Nr. 267/2010). Durch eine Gruppenfreistellungsverordnung werden bestimmte Gruppen von wettbewerbsbeschränkenden Vereinbarungen zwischen Unternehmen, Beschlüssen von Unternehmensvereinbarungen und abgestimmten Verhaltensweisen von Unternehmen oder Unternehmensvereinigungen unter bestimmten, in der Verordnung festgelegten Voraussetzungen vom Kartellverbot des Artikel 101 Abs. 1 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) ausgenommen. Die alte Versicherungs-GVO enthielt vier freigestellte Gruppen von Vereinbarungen. In der neuen GVO werden nur zwei Formen der Zusammenarbeit, nämlich gemeinsame Erhebungen, Tabellen und Studien sowie die gemeinsame Deckung bestimmter Arten von Risiken (Versicherungsgemeinschaften) erneut freigestellt.

Dagegen wurden in der neuen GVO die zwei anderen Freistellungen der bisherigen GVO, Vereinbarungen über Muster allgemeiner Versicherungsbedingungen (AVB) und Vereinbarungen über Sicherheitsvorkehrungen, nicht beibehalten. Hinsichtlich der Nichtverlängerung der GVO im Bereich der allgemeinen Versicherungsbedingungen hat die EU-Kommission ihre Entscheidung damit begründet, dass AVB keine Besonderheiten des Versicherungssektors seien, sondern auch in vielen anderen Sektoren, wie etwa dem Bankensektor, üblich seien, und es daher in diesem Bereich keiner sektoralen Sonderregelung für die Versicherungswirtschaft bedürfe.

Gleichzeitig hat die EU-Kommission klargestellt, dass die Zusammenarbeit in den nichtverlängerten Bereichen auf der Basis des allgemeinen Kartellrechts fortgesetzt werden könne. Für die Verbandsarbeit bedeutet dies, dass die Zusammenarbeit im Bereich der Musterbedingungen nunmehr statt an der GVO an Artikel 101 AEUV zu messen ist. Eine Orientierungshilfe bei der Anwendung des allgemeinen Kartellrechts geben die von der EU-Kommission ebenfalls neu erlassenen Horizontalleitlinien (2011/C 11/01).



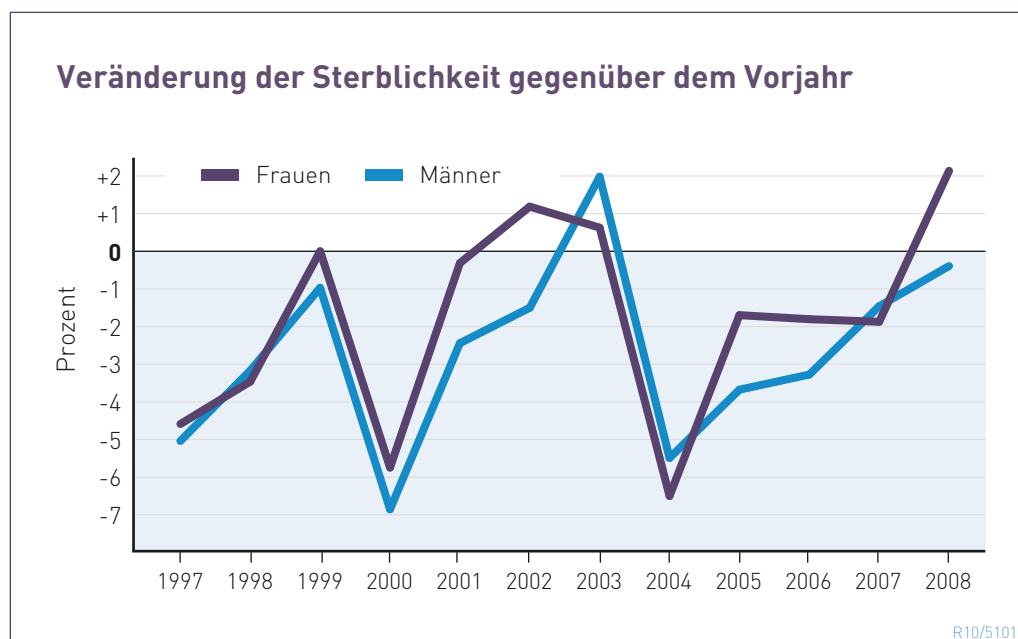
5. Aktuarielle Schwerpunkte

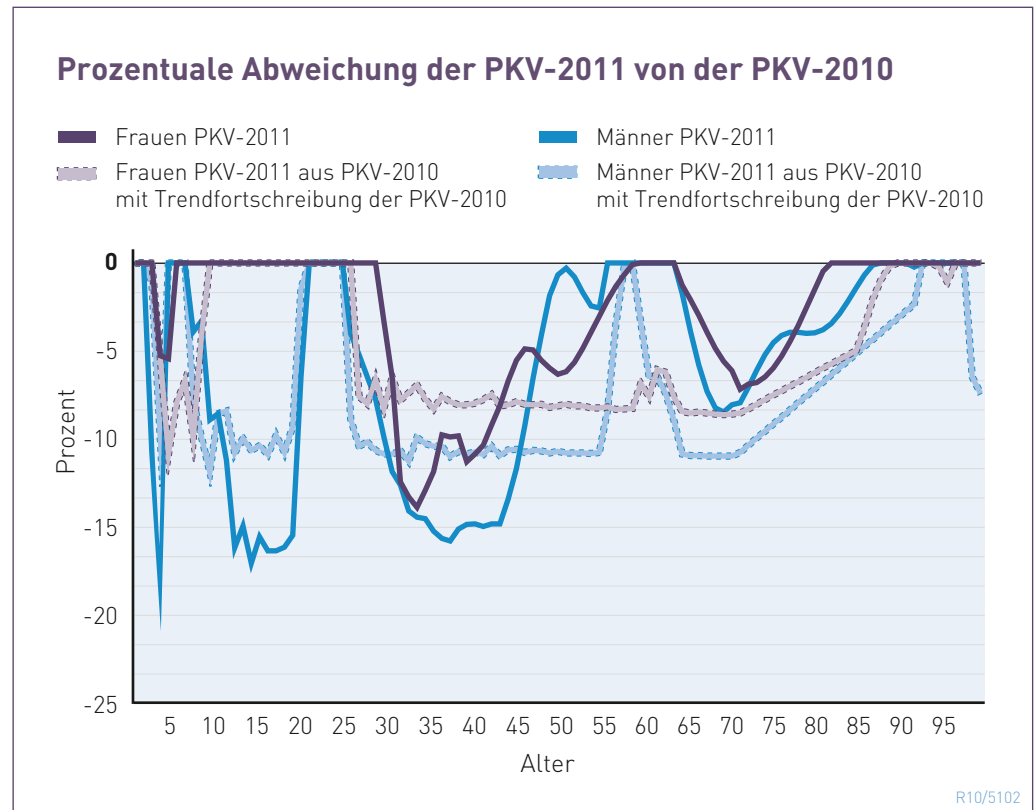


5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2011“

In der privaten Krankenversicherung werden seit 1996 Sterbetafeln verwendet, die nicht aus allgemeinen Bevölkerungsstatistiken, sondern aus den vom Verband erhobenen Todesfall-Statistiken der Mitgliedsunternehmen abgeleitet werden. Die Erhebung dieser Daten erfolgt jährlich. Ebenfalls jährlich wird untersucht, inwieweit sich Abweichungen ergeben und ob die für die PKV gültige Sterbetafel erneuert werden muss. Die im Jahr 1996 erstmals verwendete PKV-eigene Sterbetafel wurde allgemein als PKV-2000 bezeichnet und basierte auf den Todesfall-Statistiken der Jahre 1992 bis 1994. Sie enthielt zur Berücksichtigung der weiteren Erhöhung der Lebenserwartung eine Projektion auf das Jahr 2000. Seitdem gab es mit den Sterbetafeln PKV-2001, PKV-2004, PKV-2007, PKV-2008, PKV-2009 und PKV-2010 sechs weitere Aktualisierungen. Die zuletzt genannte Tafel PKV-2010 basiert auf den Statistiken der Jahre 1996 bis 2007 und enthält eine Projektion auf das Jahr 2014. Die Untersuchung der Sterblichkeitsdaten des Jahres 2008 führte zu dem Ergebnis, dass im Vergleich zu den Vorjahren die Sterblichkeit wieder etwas zugenommen hat. Der Trend für die Extrapolation wurde daher leicht reduziert. Zusätzlich war nun die Projektion auf das Jahr 2015 vorzunehmen, um die neue Sterbetafel PKV-2011 zu erstellen. Diese Tafel wurde für die Beitragsanpassungen ab 1. Januar 2011 zur Verfügung gestellt.

Die folgende Grafik zeigt die Veränderung der Sterblichkeit seit 1996. Dazu wird für jedes Jahr das Verhältnis aus der Anzahl der gemeldeten Todesfälle und der Anzahl der auf der Basis der Sterbetafel PKV-2011 ermittelten „rechnungsmäßigen Todesfälle“ gebildet. Der Quotient aus diesen Verhältnissen zweier aufeinander folgender Jahre wird dabei als Veränderung der Sterblichkeit betrachtet. Die Werte der Jahre 2002 und 2003 machen deutlich, dass nach Erhebung der Daten aus diesen Kalenderjahren eine Aktualisierung der Sterbetafel nicht erforderlich war. Die Entwicklung in 2004 begründete dagegen eine Neuberechnung, die zur Sterbetafel PKV-2007 führte. Nach der deutlichen Reduktion der Sterblichkeit im Jahr 2004 hat sich die Abnahme der Sterbewahrscheinlichkeiten kontinuierlich verringert. Für Frauen ist im Jahr 2008 die Sterblichkeit sogar wieder angestiegen.





Das Verfahren zur Berechnung der PKV-Sterbetafeln wurde in folgenden Veröffentlichungen mathematisch ausführlich dargestellt:

- Norbert Bleckmann und Jürgen Mnich, Erstellung der Sterbetafel PKV 95 für die Private Krankenversicherung, Blätter der DGVM, Band XXII (1996), Heft 3, Seite 591 - 621,
- Antonius Gartmann, Aktualisierung der Sterbetafel für die deutsche Private Krankenversicherung, Blätter der DGVM, Band XXVI (2004), Heft 3, Seite 483 - 500

Auch für die Ermittlung der Sterbetafel PKV-2011 wurde das Verfahren unverändert durchgeführt. Es besteht aus folgenden Schritten:

- Erhebung der Ausgangsdaten
- Ermittlung der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten
- Ausgleich über die Alter nach Whittaker-Henderson,
- Ausgleich über die Jahre 1996 bis 2008 mit logarithmisch-linearem Ansatz
- Berücksichtigung des statistischen Schwankungsrisikos
- linearer Ausgleich der Trendfaktoren in Abschnitten
- Projektion um sieben Jahre
- Restriktion auf die Vorläufer-Tafel

Als Ausgangsdaten dienen die Statistiken der Jahre 1996 bis 2008. Grundsätzlich bleiben Personen in der Statistik unberücksichtigt, die zu Beginn des jeweiligen Auswertungsjahres noch keine zwei Jahre privat krankenversichert sind. Eine Ausnahme hiervon bilden nur die Zugänge durch Geburten. Die Sterbetafel soll die Sterbewahrscheinlichkeiten aller PKV-versicherten Personen darstellen. Der Wechsel einer Person von einem PKV-Unternehmen zu einem anderen ist daher in der Summe über alle Unternehmen genauso zu erfassen, als hätte

der Wechsel nicht stattgefunden. Es spielt auch keine Rolle, ob die Person in der PKV voll- oder zusatzversichert ist. Durch die Eliminierung der Neuzugänge zur PKV erhält man einen simuliert geschlossenen Bestand, welcher sich nur noch durch Geburten, Todesfälle und Storno verändert. Die rohen Sterbewahrscheinlichkeiten ergeben sich als Division der Todesfälle durch die Bestände je Alter, Geschlecht und Beobachtungsjahr. Die so ermittelten Rohdaten werden zuerst je Geschlecht und Beobachtungsjahr über die Alter mit dem Whittaker-Henderson-Verfahren ausgeglichen, um die Schwankungen in den statistischen Rohdaten zu glätten. Durch den Ausgleich je Geschlecht über die Jahre, der über einen logarithmisch-linearen Ansatz vorgenommen wird, werden die statistischen Schwankungen der einzelnen Jahre ausgeglichen. Aus diesem Ausgleich über die Jahre erhält man je Alter und Geschlecht Trend-Faktoren. Diese weisen allerdings in Abhängigkeit vom Alter ebenfalls starke Schwankungen auf, so dass auch sie wieder (über die Alter) ausgeglichen werden müssen. Mit den so ausgeglichenen Trend-Faktoren erfolgt nun die Extrapolation auf das Jahr 2015. Vorher werden noch – um das Schwankungsrisiko zu berücksichtigen – Sicherheitsabschläge vorgenommen, die in Abhängigkeit von den Beständen festgesetzt werden. Der Abschlag aufgrund des statistischen Schwankungsrisikos spielt im Vergleich zum berücksichtigten Trend aber nur eine untergeordnete Rolle. Die so ermittelten Werte werden noch auf die Vorläufer-Tafel (PKV-2010) beschränkt, da Sterblichkeitsverschlechterungen aus Sicherheitsgründen auch in einzelnen Altern nicht zugelassen werden.



Der neu berechnete Trend in der Berechnung der PKV-2011 gegenüber der PKV-2010 führt bei der Projektion auf das Jahr 2015 zu stärkeren Veränderungen, als wenn die Tafel PKV-2010 mit den dort verwendeten Trend-Werten lediglich um ein Jahr weiter projiziert worden wäre. Die folgende Grafik zeigt diesen Unterschied über die prozentualen Abweichungen der Tafel PKV-2011 bzw. der weiter extrapolierten Tafel PKV-2010 von der Tafel PKV-2010. Trotz dieses allgemein stärkeren Trends liegen die neuen Werte in einigen Altern über denen der Tafel PKV-2010. Aufgrund der aus Vorsichtsgründen vorgenommenen Restriktion auf die Vorläufer-Tafel wirken sich bei der Aktualisierung jedoch nur Absenkungen aus. In der Grafik ist dies daran zu sehen, dass hier die Kurven exakt auf der Null-Linie liegen.

Aus der folgenden Tabelle lassen sich die Veränderungen in den Rest-Lebenserwartungen bei einzelnen Altern ansehen. Dabei sind nicht nur die Lebenserwartungen der Tafeln PKV-2009, -2010 und -2011 dargestellt, sondern auch die aus der allgemeinen Sterbetafel der Bevölkerung (Quelle: Statistisches Bundesamt), die aus den Daten der Jahre 2006 bis 2008 berechnet wurde.

Restliche Lebenserwartung in Jahren								
Alter	Frauen				Männer			
	Bevölkerung	PKV-2008	PKV-2009	PKV-2010	Bevölkerung	PKV-2008	PKV-2009	PKV-2010
0	82,40	87,14	87,28	87,34	77,17	83,64	83,85	83,97
10	72,76	77,25	77,38	77,44	67,58	73,75	73,97	74,08
20	62,85	67,34	67,47	67,53	57,74	63,89	64,10	64,20
30	52,99	57,46	57,60	57,66	48,06	54,12	54,32	54,43
40	43,20	47,59	47,72	47,77	38,44	44,30	44,50	44,59
50	33,71	37,88	37,99	38,04	29,27	34,67	34,85	34,94
60	24,71	28,49	28,59	28,64	20,93	25,46	25,64	25,72
70	16,25	19,46	19,56	19,60	13,54	16,80	16,98	17,06
80	8,97	11,27	11,33	11,34	7,65	9,45	9,55	9,59
90	4,15	5,39	5,39	5,39	3,84	4,51	4,57	4,57
100	2,10	2,17	2,17	2,17	1,98	2,13	2,13	2,13

Quelle: Statistisches Bundesamt

R10/5103

Modellrechnungen haben ergeben, dass die geringe Änderung der Sterbetafel von PKV-2010 auf PKV-2011 auch nur einen sehr geringen Einfluss auf die Beiträge hat.

5.2 Beitragsanpassungen im Standard- und Basistarif

Da in der privaten Krankenversicherung ein großes Änderungsrisiko hinsichtlich der Krankheitskosten besteht, müssen die Versicherungsunternehmen regelmäßig überprüfen, ob die Beiträge der Versicherten noch den gegebenen Verhältnissen entsprechen. Eine Beitragsanpassung stellt eine einseitige Vertragsänderung dar, die in § 12 b Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt wird. Danach müssen die Versicherer mindestens einmal jährlich für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif für jede Beobachtungseinheit die erforderlichen mit den kalkulierten (rechnungsmäßigen) Versicherungsleistungen vergleichen. Diese Gegenüberstellung muss dem mathematischen Treuhänder und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegt werden. Falls die erforderlichen und die rechnungsmäßigen Leistungen einer Beobachtungseinheit eines Tarifs um einen in den Versicherungsbedingungen festgelegten Prozentsatz, maximal 10 Prozent, voneinander abweichen, müssen die Prämien dieser Beobachtungseinheit überprüft werden. Ist diese Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen, sind die Beiträge

mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders anzupassen. Außerdem müssen für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif für die Beobachtungseinheiten Männer und Frauen jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten verglichen werden. Ergibt hier die dem Treuhänder und der BaFin vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, muss das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Diese jährliche Überprüfung der Beiträge sowie Sterbewahrscheinlichkeiten findet auch im Standard- und Basistarif statt. Da diese Tarife per Gesetz Einheitstarife der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der PKV sind, erfolgt auch die Beobachtung gemeinsam. Um die Rechnungsgrundlagen jährlich zu überprüfen, melden die einzelnen Unternehmen die erforderlichen Daten, das heißt die beobachteten Leistungen und Bestände, gemäß Poolvertrag des Standardtarifs bzw. des Basistarifs an den PKV-Verband, der unter anderem die Beitragskalkulationen für die Tarife durchführt. Die erforderlichen und die rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen müssen für alle Beobachtungseinheiten getrennt gegenüber gestellt werden. Zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Beitragsanpassung dient der so genannte Auslösende Faktor. Ein Verfahren zur Berechnung des Auslösenden Faktors wird in der Kalkulationsverordnung (KalV) beschrieben, wobei auch äquivalente Verfahren zulässig sind. Ebenfalls in der KalV wird das Verfahren zur Gegenüberstellung der kalkulierten mit den zuletzt veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten, das heißt die Berechnung des Auslösenden Faktors Sterblichkeit beschrieben. Die Vorgehensweise zur Berechnung der Auslösenden Faktoren für den Standardtarif bzw. den Basistarif wird in den entsprechenden Technischen Rechnungsgrundlagen festgelegt.

Im Standardtarif für Beihilfeberechtigte STB (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach der Auslösende Faktor in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen an. Deshalb wurde zum 1. Juli 2010 eine Beitragsanpassung durchgeführt. Im Standardtarif für Nicht-Beihilfeberechtigte STN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach der Auslösende Faktor in den Beobachtungseinheiten der Männer und der Frauen an. Zum 1. Juli 2010 fanden daher dort Beitragsanpassungen statt.

Im Basistarif für Beihilfeberechtigte BTB (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach der Auslösende Faktor in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen an. Deshalb wurde auch hier zum 1. Juli 2010 eine Beitragsanpassung notwendig.

Im Basistarif für Nicht-Beihilfeberechtigte BTN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach der Auslösende Faktor in allen Beobachtungseinheiten an. Zum 1. Juli 2010 fanden Beitragsanpassungen in den Beobachtungseinheiten der Männer und der Frauen statt. Eine Beitragsüberprüfung in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen führte in Absprache mit dem Treuhänder zu dem Ergebnis, dass keine Beitragsanpassung notwendig war.

In keiner Beobachtungseinheit des Standardtarifs oder des Basistarifs lag der Auslösende Faktor Sterblichkeit absolut über 5 Prozent.

Die Beiträge wurden gemäß den in § 10 der KalV vorgeschriebenen Grundsätzen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet. Dabei

erfolgte die Berechnung getrennt nach den Beobachtungseinheiten Männer und Frauen, Kinder (Alter 0 bis einschließlich 15) sowie männliche und weibliche Jugendliche (jeweils Alter 16 bis einschließlich 20) sowie in Abhängigkeit vom Eintrittsalter. Die Kalkulation wurde bis auf die Verteilung der Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft geschlechtsabhängig durchgeführt, da die maßgeblichen Rechnungsgrundlagen (Kopfschäden, Sterbetafel, Stornowahrscheinlichkeiten) für Männer und Frauen signifikante Unterschiede aufweisen.

Beitragsanpassungen im Standardtarif zum 1. Juli 2010 (STB Kinder und Jugendliche und STN Männer und Frauen)

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge im Standardtarif bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2011 mit Projektion auf das Jahr 2015. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der BaFin des Jahres 2008 abgeleitet.

Die Basis für die Berechnung der rechnungsmäßigen Kopfschäden bildeten zum einen die Beobachtungswerte aus dem Tarif und zum anderen die Daten von ausgewählten Stütztarifen. Stütztarife wurden bei den Kindern und Jugendlichen im STB sowie in den unteren Altersbereichen im STN – da dort keine ausreichenden Bestände für eine Kalkulation vorhanden sind – zur Kalkulation herangezogen.

Es wurde bei den Beobachtungswerten des Standardtarifs berücksichtigt, dass sich aufgrund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aus dem Jahr 2007 die Multiplikatoren der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erhöht haben. Bei den Daten der Stütztarife wurden die reduzierten GOÄ/GOZ-Faktoren sowie die übrigen Leistungseinschränkungen der GKV gegenüber normalen PKV-Tarifen beachtet.

Da der STB in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen keine ausreichenden Bestände aufweist, konnten die Daten des STB nicht zur Kalkulation herangezogen werden. Deshalb bildeten die Daten der Beihilfe-Tarife der PKV-Kopfschadenstatistik der Jahre 2006 bis 2008, welche mittels geeigneter Korrekturfaktoren an das Leistungsniveau des Standardtarifs angepasst wurden, die Grundlage für die Berechnung der Jahresnettobeiträge. Die Kalkulation wurde getrennt für den nicht-stationären Teil (Arzneien und Verbandmittel, Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung sowie übrige ambulante Leistungen) und für den stationären Teil (allgemeine Krankenhausleistungen) bei einem Erstattungssatz von 100 Prozent ermittelt. Diese Trennung ist hier vorzunehmen, da der eigentliche Tarif eines Versicherten auf dessen Beihilfeeinstufung abgestellt sein muss. Die Beihilfe leistet in einigen Bundesländern unterschiedliche Anteile im ambulanten und stationären Bereich, so dass der STB hier auch unterschiedliche ergänzend prozentuale Erstattungen vorsehen muss.

Im STN bildeten zunächst die beobachteten Kopfschäden des STN der Jahre 2006 bis 2008 die Grundlage für die Kalkulation der Jahresnettobeiträge. Da ausreichende Daten nur in den höheren Altersbereichen zur Verfügung standen, wurden für die jüngeren Alter die beobachteten Kopfschäden von Stütztarifen der Jahre 2006 bis 2008 herangezogen und an das Leistungsniveau des Standardtarifs angepasst. Die Daten von geeigneten Stütztarifen wurden durch eine Umfrage unter den PKV-Mitgliedsunternehmen ermittelt, und die Auswertung erfolgte getrennt für die Leistungsarten ambulant, stationär und Zahn. Die aus der Summe der Leistungsarten resultierenden Rohkopfschäden



der Stütztarife sowie die Rohdaten des STN (jeweils ohne Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen) wurden mit dem Whittaker-Henderson-Verfahren unter Gewichtung des jeweiligen Bestandes des Jahres 2008 ausgeglichen. Die aus den ausgeglichenen Daten des STN und der Stütztarife ermittelten Teil-Basiskopfschadenreihen wurden geeignet verbunden. Zum Schluss wurden die ausgeglichenen geschlechtsunabhängigen Teilkopfschäden für Schwangerschaft und Mutterschaft je Alter sowohl bei Männern als auch bei Frauen addiert.

Die Kostenzuschläge wurden vom PKV-Verband nur beispielhaft und für den Zweck des Poolausgleichs anhand von Branchenzahlen festgesetzt. Die Mitgliedsunternehmen legen den eigenen Kostenansatz jeweils selbst fest. Zur Ermittlung des rechnungsmäßigen Bedarfs an mittelbaren Abschlusskosten, Schadenregulierungskosten und Verwaltungskosten in der Krankheitskostenvollversicherung wurden die Beobachtungen der Geschäftsjahre 2006 bis 2008 der Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes herangezogen.

Für Einzelpersonen ist der monatlich insgesamt zu zahlende Beitrag auf die Höhe des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt auf 150 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt, begrenzt (Kappung). Der durchschnittliche Höchstbeitrag der GKV bemisst sich nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 SGB V) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V) und betrug im Jahr 2010 581,25 Euro. Für Personen mit Beihilfeanspruch sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige ist der zu zahlende Beitrag auf den durch den Beihilfesatz für ambulante Leistungen nicht gedeckten Prozentsatz des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV begrenzt.

In der nachfolgenden Tabelle sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2010 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschließlich des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 % bis Alter 60) und die zuletzt gültigen Prämien

des Standardtarifs für Nicht-Beihilfeberechtigte sowie der durchschnittliche Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2010 aufgeführt, jeweils bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes.

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien mit gesetzlichem Zuschlag STN							
Alter	Männer			Frauen			Höchst- beitrag der GKV 2010
	1.7. 2010	1.1. 2009	Verände- rung	1.7. 2010	1.1. 2009	Verände- rung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	201,49	196,48	2,55	249,69	237,49	5,14	581,25
25	230,09	219,35	4,89	276,58	261,16	5,91	581,25
30	264,59	243,78	8,54	307,60	285,04	7,91	581,25
35	296,64	271,06	9,44	335,86	311,22	7,92	581,25
40	331,02	304,70	8,64	364,39	339,92	7,20	581,25
45	372,26	344,80	7,97	394,70	367,51	7,40	581,25
50	420,06	390,48	7,58	425,93	395,36	7,73	581,25
55	472,10	438,12	7,76	457,82	424,40	7,87	581,25
60	476,00	445,63	6,82	447,58	413,09	8,35	581,25
65	524,28	493,24	6,29	483,04	441,33	9,45	581,25
70	575,72	548,72	4,92	521,88	470,75	10,86	581,25
75	627,05	592,33	5,86	564,41	501,89	12,46	581,25
80	659,22	628,61	4,87	606,89	534,71	13,50	581,25
85	667,81	652,38	2,37	626,79	567,52	10,44	581,25
90	668,45	663,22	0,79	627,69	590,56	6,29	581,25
95	668,45	663,22	0,79	627,69	603,77	3,96	581,25
100	668,45	663,22	0,79	627,69	616,75	1,77	581,25

* Die Werte in den farbig markierten Feldern liegen über dem durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV und werden auf diesen begrenzt.

R10/5201

Wie man der Tabelle entnehmen kann, sind die Beiträge gegenüber der letzten Beitragsanpassung zum 1. Januar 2009 zum Teil deutlich gestiegen.

Da Versicherte erst nach zehn Jahren Vorversicherungszeit Zugang in den Standardtarif erhalten, liegen die tatsächlichen Prämien der im Standardtarif Versicherten im Allgemeinen deutlich niedriger als die Brutto-Neugeschäftsprämien. Eine Ausnahme bilden die Beiträge von Kindern und Jugendlichen, bei denen noch keine Alterungsrückstellung gebildet wird. Kinder und Jugendliche erhalten als Angehörige von im Standardtarif Versicherten ebenfalls Zugang zum Standardtarif.

In der nachfolgenden Tabelle sind die ab 1. Juli 2010 gültigen Brutto-Neugeschäftsprämien für Kinder sowie Jugendliche im Tarif STB (100 Prozent Erstattung) dargestellt.

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien STB100

	Alter	1.7.2010 in Euro	1.1.2008 in Euro	Veränderung in Prozent
Kinder	0-15	124,99	127,29	-1,81
Jugendliche (männlich)	16-20	114,49	123,64	-7,40
Jugendliche (weiblich)	16-20	148,97	151,00	-1,34

R10/5202

Beitragsanpassungen im Basistarif zum 1. Juli 2010 (BTB Kinder und Jugendliche, BTN Männer und Frauen)

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge des Basistarifs bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2011 mit Projektion auf das Jahr 2015, allerdings ohne Begrenzung auf die Vorgängertafel PKV-2010. Um die Morbidität der zu erwartenden Klientel, die sich aus dem modifizierten Standardtarif ableiten ließ, darzustellen, wurden die Sterbewahrscheinlichkeiten mit Korrekturfaktoren multipliziert. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der BaFin des Jahres 2008 abgeleitet. Gemäß § 5 Abs. 2 KalV dürfen bei Gewährung von Versicherung im Basistarif außer den Sterbewahrscheinlichkeiten und dem Abgang zur gesetzlichen Krankenversicherung keine weiteren Abgangswahrscheinlichkeiten berücksichtigt werden.

Die Herleitung der Kopfschäden erfolgte auf Basis der rechnungsmäßigen Kopfschäden des jeweiligen Standardtarifs. Der Berechnung der tariflichen Kopfschäden der Tarifstufe BTN (Männer und Frauen) lagen somit die rechnungsmäßigen Kopfschäden des STN, die sich aufgrund der Neukalkulation zum 1. Juli 2010 ergeben haben, zu Grunde. Die Basis für die rechnungsmäßigen Kopfschäden der Tarifstufe BTB (Kinder und Jugendliche) bildeten die Kopfschäden des STB, die sich aufgrund der Neukalkulation zum 1. Juli 2010 ergaben. Dabei wurden die Kopfschadenreihen von STN und STB in die geschlechtsabhängigen Kopfschäden und die geschlechtsunabhängigen Teilkopfschäden für Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen aufgeteilt, denn nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) müssen diese auf beide Geschlechter gleichmäßig verteilt werden. Die Leistungsabweichungen zwischen Basistarif und Standardtarif wurden durch geeignete Umrechnungsfaktoren abgebildet. Außerdem wurde die gesetzliche Bestimmung, Mehraufwendungen für Vorerkrankungen auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen (§ 12 g Abs. 1 Satz 3 VAG), umgesetzt. Mittels eines mathematischen Verfahrens wurden die Leistungen für Vorerkrankungen aus den Kopfschäden des Standardtarifs eliminiert und über einen allgemeinen geschlechts- und altersunabhängigen Zuschlag gedeckt.

Wegen der am 28. Januar 2010 getroffenen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem PKV-Verband im Einvernehmen mit den Beihilfekostenträgern bezüglich der Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte wurde bei der Kalkulation der 1,2-fache GOÄ-Satz für persönliche Leistungen sowie der 1,0-fache GOÄ-Satz für technische Leistungen angesetzt. Bei zahnärztlichen Leistungen

erfolgte die Kalkulation mit dem im Gesetz vorgesehenen 2,0-fachen GOZ-Satz für persönliche Leistungen. Um den reduzierten GOÄ-Satz für ärztliche Leistungen in den Kopfschäden abzubilden, wurden entsprechende Faktoren aus den Häufigkeitsverteilungen von GOÄ-Vielfachen je Leistungsposition der Jahre 2003-2005 des PKV-Verbandes und den Anteilen an den Gesamtkopfschäden aus BaFin-Profilen des Jahres 2008 berechnet.

Da die Versicherten der Tarifstufe BTN unter bestimmten Voraussetzungen nach 42 Tagen Karenzzeit Anspruch auf ein Krankentagegeld haben, wurden für diese Leistung aus BaFin-Profilen des Jahres 2008 Teilkopfschäden für die Alter von 21 bis 67 hergeleitet.

Gemäß § 12 Abs. 1 a Satz 3 VAG muss den Versicherten im Basistarif die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte in Höhe von 300, 600, 900 und 1.200 Euro zu vereinbaren. Die in den üblichen PKV-Tarifen enthaltene Risikosteuerung durch die Vereinbarung von Selbstbehalten, welche zur separaten Kalkulation der Beiträge der Selbstbehaltsstufen des einzelnen Tarifs führen, ist im Basistarif nicht gegeben. Es ist davon auszugehen, dass sich im Basistarif vor allem die Versicherten in höheren Altern in niedrigeren Selbstbehaltsstufen versichern werden. Aus diesem Grund ist für diese Alter bei der Kalkulation ein einheitlicher Selbstbehalt anzusetzen, um den korrekten Aufbau von Alterungsrückstellung zu gewährleisten. Es muss also von einem einzigen Risikokollektiv über alle



Selbstbehalte gesprochen werden. Daher wurde die für die Alterungsrückstellung relevante Kalkulation ohne Einrechnung eines Selbstbehaltes, das heißt für die niedrigste Selbstbehaltsstufe 0 Euro, durchgeführt. Um die Beiträge für die vom Gesetz vorgeschriebenen Selbstbehaltsstufen in Abhängigkeit von den kalkulierten Bruttoprämien zu erhalten, wurden aus BaFin-Profilen des Jahres 2008 alters- und geschlechtsabhängige Abschläge hergeleitet, die sich mit steigendem Alter erhöhen, und somit zwangsläufig zu sinkenden Zahlbeiträgen bei steigendem Alter führen. Um Bagatelländerungen im Beitrag zu verhindern, wurden diese Abschläge auf 0,50 Euro gerundet.

Die Kostenzuschläge wurden vom PKV-Verband für den Zweck des Poolausgleichs anhand von Branchenzahlen festgesetzt. Die Mitgliedsunternehmen müssen für die unternehmensspezifischen Beiträge eigene Kostennachweise und -festlegungen vornehmen. Zur Ermittlung des rechnungsmäßigen Bedarfs an mittelbaren Abschlusskosten, Schadenregulierungskosten und Verwaltungskosten in der Krankheitskostenvollversicherung wurden die Beobachtungen der Geschäftsjahre 2006 bis 2008 der Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes herangezogen.

Nach § 12 Abs. 1 c VAG darf der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag berechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze. Diese Festlegung erfolgt jährlich zum 1. Januar. Zusätzlich wird der Höchstbeitrag ab dem Jahr 2010 zum Stichtag 1. Juli jedes Jahres auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse des Vorjahres der gesetzlichen Krankenversicherung um den Prozentsatz angepasst, um den die Einnahmen des Gesundheitsfonds von einer vollständigen Deckung der Ausgaben des Vorjahres abweichen. Dadurch werden auch im Höchstbeitrag des Basistarifs die durchschnittlichen Zu- und Abschläge der gesetzlichen Krankenkassen berücksichtigt. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen tritt an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs im ambulanten Bereich entspricht. Für das erste halbe Jahr 2010 betrug der Höchstbeitrag der GKV 581,25 Euro, ab dem 1. Juli 2010 590,03 €. Bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch haben Versicherte nur die Hälfte des Zahlbeitrages zu entrichten. Dies gilt auch, wenn die Hilfebedürftigkeit nur durch die Zahlung des vollen Beitrages entstehen würde. Für die Deckung der Beitragskappungen im Basistarif ist gemäß § 12 g Abs. 1 VAG ein Zuschlag in die Bruttobeiträge aller Vollversicherungstarife einzurechnen, welcher sowohl für den Beihilfebereich als auch für den Nicht-Beihilfebereich mit 1,2 Prozent ermittelt wurde. Er wurde aus dem Anteil der Kappungsbeträge an den geschätzten Beitragseinnahmen der PKV im Jahr 2010 berechnet. Zur Schätzung des gesamten monatlichen Kappingsbedarfs wurde pro Alter und Geschlecht die Differenz zwischen dem Höchstbeitrag der GKV und dem in der niedrigsten Selbstbehaltsstufe zu zahlenden Beitrag berechnet, wobei die Altersverteilung vom Bestand des modifizierten Standardtarifs bei einem zu erwartenden Bestand im Basistarif von 80.000 Personen abgeleitet wurde. Es wurde angenommen, dass davon 35 Prozent Hilfebedürftige im oben genannten Sinn sind.

In der nachfolgenden Tabelle sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2010 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für die Tarifstufe BTN und der ab 1. Juli 2010 gültige Höchstbeitrag der

GKV aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde.

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt BTN							Höchst- beitrag der GKV ab 1.7. 2010
Alter	Männer			Frauen			in Euro
	1.7. 2010	1.1. 2009	Verände- rung	1.7. 2010	1.1. 2009	Verände- rung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	610,19	622,96	- 2,05	644,20	658,97	- 2,24	590,03
25	628,45	639,68	- 1,76	663,59	679,34	- 2,32	590,03
30	649,96	657,10	- 1,09	685,51	699,60	- 2,01	590,03
35	670,12	676,16	- 0,89	704,89	720,12	- 2,11	590,03
40	692,68	700,59	- 1,13	724,98	742,83	- 2,40	590,03
45	721,57	730,99	- 1,29	747,26	765,35	- 2,36	590,03
50	756,84	766,84	- 1,30	770,62	788,57	- 2,28	590,03
55	796,60	805,35	- 1,09	794,75	812,94	- 2,24	590,03
60	761,77	772,22	- 1,35	747,21	762,20	- 1,97	590,03
65	803,84	817,80	- 1,71	776,66	788,99	- 1,56	590,03
70	855,07	879,69	- 2,80	811,55	821,54	- 1,22	590,03
75	915,35	939,99	- 2,62	853,83	859,09	- 0,61	590,03
80	961,82	996,56	- 3,49	897,74	899,90	- 0,24	590,03
85	985,47	1.039,40	- 5,19	922,06	940,65	- 1,98	590,03
90	996,75	1.062,54	- 6,19	931,31	971,52	- 4,14	590,03
95	1.000,31	1.070,75	- 6,58	936,91	991,77	- 5,53	590,03
100	1.000,31	1.072,59	- 6,74	942,93	1.003,54	- 6,04	590,03

* Die Werte in den farbig markierten Feldern liegen über dem durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV und werden auf diesen begrenzt

R10/5203

Wie man der Tabelle entnehmen kann (farbige Markierung), wird im BTN in allen Altern der Beitrag auf den Höchstbeitrag der GKV begrenzt, das heißt der von den Versicherten zu zahlende Bruttobeitrag entspricht dem Höchstbeitrag der GKV. In den Fällen der Beitragsbegrenzung wird der gesetzliche Zuschlag gemäß § 12a VAG nur in der Höhe angespart, die sich aus der Differenz zwischen Höchstbeitrag und Brutto-Neugeschäftsprämie ohne den Zuschlag ergibt. Die Beitrags-senkung resultiert hauptsächlich aus der Senkung der Kopfschäden aufgrund der Einigung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen bei im Basistarif Versicherten.

Die ab 1. Juli 2010 gültigen Brutto-Neugeschäftsprämien im BTB (100 % und 20 % Erstattung) für Kinder und Jugendliche ohne Einrechnung eines Selbstbehaltes, jeweils bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes, sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt:

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien bei 0 Euro Selbstbehalt BTB

		100 % Erstattung			20 % Erstattung		
Alter		1.7.	1.1.	Verän-	1.7.	1.1.	Verän-
		2010	2009	derung	2010	2009	derung
		in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent
Kinder	0-15	231,52	271,22	-14,64	46,30	54,24	-14,64
Jugendliche (männlich)	16-20	232,29	281,28	-17,42	46,46	56,26	-17,42
Jugendliche (weiblich)	16-20	257,16	305,93	-15,94	51,43	61,19	-15,95

R10/5204

Auch hier resultiert die starke Beitragssenkung hauptsächlich aus der Senkung der Kopfschäden aufgrund der Einigung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen bei im Basistarif Versicherten. Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

5.3 Beitrags- und Leistungsausgleich in der Pflegepflichtversicherung

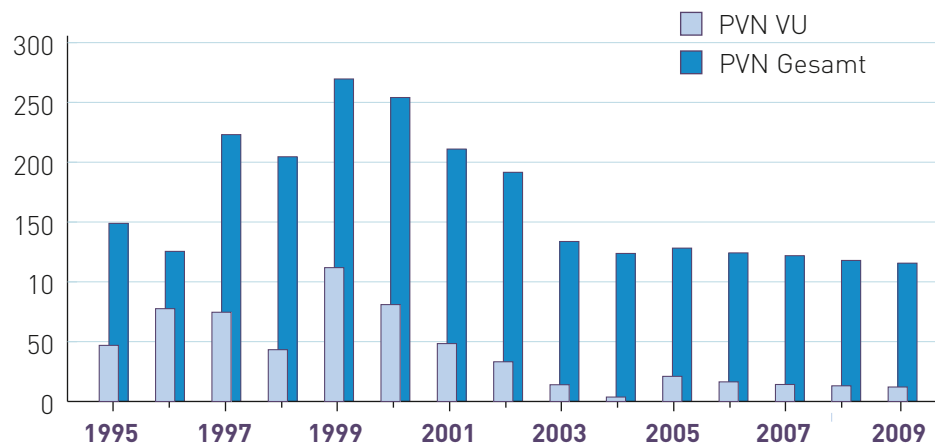
Nach Einführung der Pflegepflichtversicherung wurde eine Gesellschaft mit dem Namen „Pflege-Pool“ gegründet. Diese Gesellschaft hat u.a. die Aufgabe den finanziellen Ausgleich für die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 111 Abs. 1 SGB XI durchzuführen. Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ist zur Geschäftsführung und Vertretung der Gesellschaft berechtigt und verpflichtet. Gesellschafter sind die Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung im Sinne des SGB XI betreiben. Der Beitritt weiterer Gesellschafter erfolgt durch Unterzeichnung des Gesellschaftsvertrages. Besonders hervorzuheben ist die GPV (Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung nach dem PflegeVG vom 26. Mai 1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten), denn alle Mitgliedsunternehmen mit privater Pflegepflichtversicherung sind Anteilseigner an der GPV, in welcher Ende 2010 rund 846.000 Personen versichert waren. Jährlich werden ein Beitrags- und ein Leistungsausgleich durchgeführt. Diese Ausgleichs erfolgen getrennt für Versicherte des Normaltarifs und für Versicherte des Beihilfetarifs. Die Durchführung findet auf Grundlage der dem Verband der privaten Krankenversicherung von den Gesellschaftern zur Verfügung gestellten Daten statt.

Beitragsausgleich

Im Beitragsausgleich wird die Differenz zwischen Nettobedarfs- und Nettozahlbeiträgen pro Unternehmen berechnet. Bestimmte Merkmale von versicherten Personen verteilen sich ungleichmäßig auf die Unternehmen. Unterschiede gibt es durch unterschiedliche Altersstrukturen der bei den einzelnen Gesellschaftern versicherten Personen. Zudem gibt es in den Unternehmen nicht gleich verteilte Belastungen durch die beitragsfreie Mitversicherung für Kinder, die Limitierung der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner und durch die Höchstbeitragsgarantie. Eine weitere Ungleichheit entsteht durch die unterschiedliche Geschlechterzusammensetzung. Die GPV wird beim Beitragsausgleich wie ein Unternehmen behandelt, allerdings wird die hierfür nötige Umlagelast von allen Versicherten gleichermaßen getragen. Im Gegensatz zum Leistungsausgleich wird im Beitragsausgleich eine Vorabrechnung aus den Daten für die ersten sechs Monate eines Berichtsjahres erstellt. Die daraus resultierenden Zahlungen werden in der endgültigen Abrechnung berücksichtigt. Hier werden nur noch die Differenzen verrechnet. Die endgültige Abrechnung basiert auf den Gesamtjahresdaten eines Berichtsjahres. Als Qualitätssicherungsmaßnahme werden vor beiden Abrechnungen Datenabgleiche mit den Unternehmen durchgeführt. Insgesamt erhalten Unternehmen, deren Beitragseinnahmen unterhalb der Summe der kalkulierten Beiträge liegen, Zahlungen von Unternehmen, deren Beitragseinnahmen oberhalb der Summe der kalkulierten Beiträge liegen.

Vergleich von tatsächlich zwischen Unternehmen geflossenen Geldströmen und dem Umlageausgleich zwischen den Versicherten im Gesamtumfang der Tarifstufe PVN

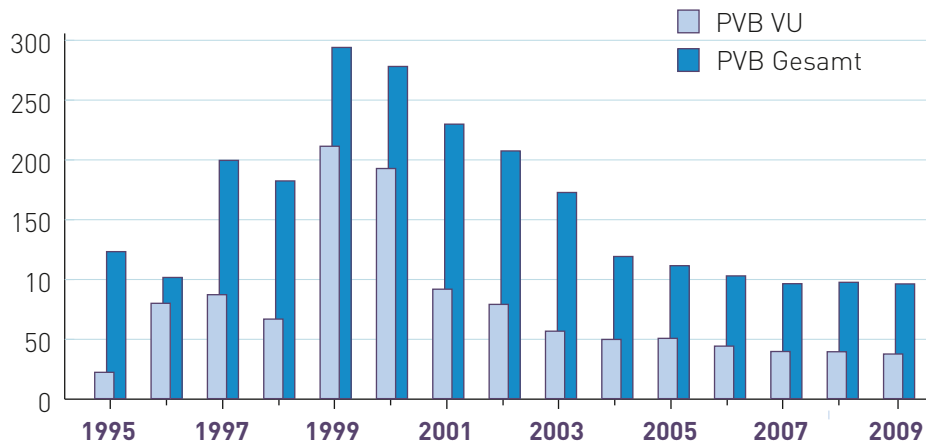
in Mio. Euro



R10/5102

Vergleich von tatsächlich zwischen Unternehmen geflossenen Geldströmen und dem Umlageausgleich zwischen den Versicherten im Gesamtumfang der Tarifstufe PVB

in Mio. Euro



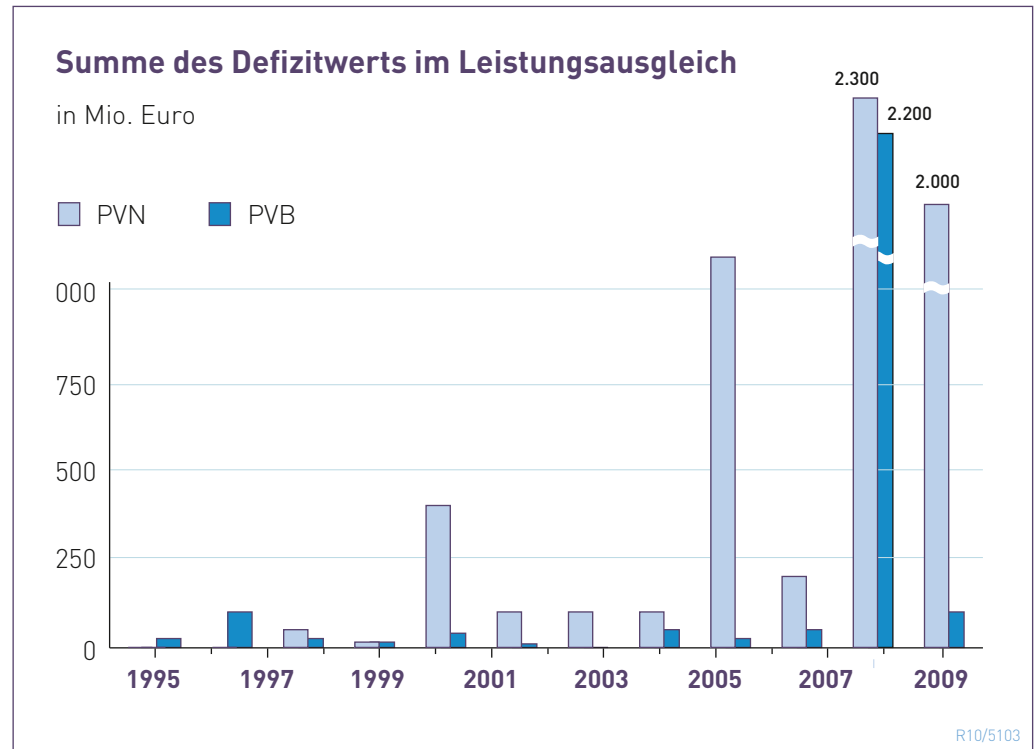
R10/5102

In den beiden vorstehenden Grafiken sind jeweils für die beiden Tarifstufen der Umlageausgleich zwischen den Versicherten im Gesamtumfang, sowie die tatsächlich zwischen den Unternehmen geflossenen Geldströme dargestellt. An den Abbildungen ist zu sehen, dass ein Großteil des Ausgleichs bereits innerhalb der Unternehmen stattfindet. Dies gilt besonders bei Nichtbeihilfeberechtigten. Der Effekt bei Beihilfeberechtigten ist wegen des hohen Umlagebedarfs der GPV geringer. In den Jahren 1995 bis 1998 schwanken die Ausgleichsbeträge. Im Jahr 1999 fand eine Beitragsanpassung statt. Die ursprünglich angesetzten Datengrundlagen wurden angepasst, da diese nur auf externen und z.T. sehr alten Statistiken beruhten. Dadurch stieg das Ausgleichsvolumen an. Seit dem Jahr 1999 ist ein sinkender Trend zu beobachten, da bei den Beitragsanpassungen hohe Beträge zur Umlagesenkung aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung eingesetzt wurden.

Leistungsausgleich

Beim Leistungsausgleich wird die ungleichmäßige Belastung der Unternehmen ausgeglichen, welche durch die unterschiedliche Risikostruktur der bei den einzelnen Gesellschaftern versicherten Personen entsteht. Eventuelle Risikozuschläge werden nicht in den Ausgleich einbezogen. Es wird der Unterschied der rechnungsmäßigen Schäden (ohne Sicherheitszuschlag und bei bestimmten Personengruppen abzüglich von zwei Monatsbeiträgen für die Gesamtabchlussvergütung) und der tatsächlich bedingungsgemäß gezahlten Aufwendungen für Versicherungsfälle ermittelt. Auf dieser Grundlage wird das weitere Verfahren durchgeführt. Bevor Ausgleichszahlungen stattfinden, wird ein Datenabgleich mit allen Gesellschaftern durchgeführt. Nach diesem Abgleich werden die Endabrechnungen verschickt. Als Resultat zahlt ein Teil der Versicherungsunternehmen mit niedrigeren Leistungsausgaben als den kalkulierten Ausgaben Beträge in den Pool ein. Von dort wird die eingegangene Summe entsprechend einem vorgegebenen Verfahren an andere Unternehmen verteilt, die höhere Leistungsausgaben als die kalkulierten Ausgaben haben. Bisher wurden die Ausgleichs-

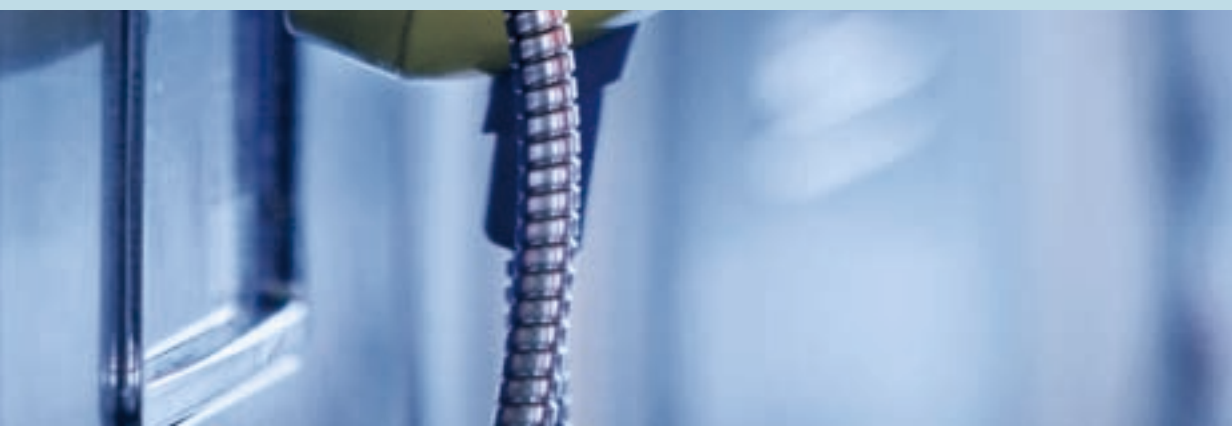
bis einschließlich des Versicherungsjahres 2006 durchgeführt. Es wurden die in Abbildung 3 ersichtlichen Defizitwerte ausgeglichen.



Im Vergleich zum Beitragsausgleich sind die Ausgleichsbeträge im Leistungsausgleich deutlich geringer und schwanken stärker.



6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)



Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) untersucht vor allem Fragestellungen im Spannungsfeld zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Im Mittelpunkt der Forschungstätigkeit stehen Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen, die Analyse der Beziehungen von Versicherungsunternehmen, Versicherten und Leistungserbringern sowie Aspekte der Versorgungsforschung. Ein besonderes Augenmerk legt das WIP auf den demografischen Wandel und die damit einhergehenden Herausforderungen an die Finanzierung der Gesundheitsleistungen. Forschungsergebnisse werden regelmäßig als Buch oder im Rahmen einer WIP-Diskussionspapierreihe sowie als Aufsätze in diversen Fachzeitschriften publiziert. Die Erkenntnisse des WIP bilden eine unverzichtbare Arbeitsgrundlage für die interne Verbandsarbeit.

Seit Oktober 2010 ist die Homepage des WIP - www.wip-pkv.de - in einem übersichtlicheren und benutzerfreundlicheren Design im Internet abrufbar. Hier kann der Interessent die Forschungsergebnisse des WIP abrufen und sich für einen Newsletter anmelden, der in regelmäßigen Abständen auf die neuen Studien des WIP hinweist und aktuelle Forschungsergebnisse aus Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung vorstellt.

Seit 2006 analysiert das WIP die Arzneimittelverordnungen von Privatversicherten. An diesem Projekt beteiligen sich mittlerweile zehn PKV-Unternehmen, bei denen fast 60 Prozent aller Privatversicherten versichert sind. Die teilnehmenden PKV-Unternehmen erhalten jährlich unentgeltlich eine umfangreiche unternehmensspezifische Auswertung ihrer Arzneimitteldaten, aus der sie über einzelne Kennzahlen auch einen Vergleich mit anderen PKV-Unternehmen vornehmen können. In einem weiteren Projekt wird die ambulante, wahlärztliche und zahnärztliche Versorgung von Privatversicherten untersucht. Hierzu wird eine Stichprobe von jährlich etwa 40.000 ambulanten Rechnungen analysiert, die der PKV-Verband von den 20 größten Mitgliedsunternehmen nach einem repräsentativen Erhebungsverfahren übermittelt bekommt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Forschungsergebnisse des WIP im Jahr 2010 vorgestellt.

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten

In der Studie untersucht das WIP umfassend einen der am stärksten wachsenden Ausgabenbereiche in der PKV. Datengrundlage der Untersuchung sind Arzneimittelverordnungsdaten aus dem Jahr 2008 von neun PKV-Unternehmen. Die Daten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stammen aus dem Arzneimittelverordnungsreport. Dargestellt wird die Entwicklung der Arzneimittelausgaben in der PKV und in der GKV von 2007 zu 2008. Gegenstand einer näheren Analyse sind die nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente, die generikafähigen Wirkstoffe sowie die neuen Wirkstoffe. Die Untersuchung zeigt, dass Privatversicherte im Vergleich zu gesetzlich Versicherten anteilig wesentlich häufiger das Original erhalten statt eines Nachahmerpräparats (Generikum). Es lässt sich jedoch auch bei der PKV ein Trend zu vermehrten Generikaverordnungen ausmachen. Mehr als ein Drittel aller Verordnungen in der PKV betrifft nicht-verschreibungspflichtige Medikamente. Damit spielen sie eine deutlich größere Rolle als in der GKV. Die Studie des WIP bestätigt zudem frühere Untersuchungen, wonach Privatversicherte anteilig häufiger innovative Medikamente erhalten als gesetzlich Versicherte.

Privatversicherte erhalten mehr Generika als im Vorjahr

Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Das WIP hat die Entwicklung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) in Deutschland in den nächsten Jahren berechnet.

Die SPV ist aufgrund der Umlagefinanzierung einer besonderen Belastung durch den demografischen Wandel ausgesetzt. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich bis 2060 von heute 2 Millionen auf 4 Millionen verdoppeln. Aufgrund des Bevölkerungsrückgangs zahlen gleichzeitig immer weniger Versicherte Beiträge in die SPV.

Im Rahmen der Studie wurden mehrere Varianten berechnet, die die Einflüsse verschiedener Parameter deutlich machen und eine Vorstellung über die finanziellen Risiken in der Pflegeversicherung vermitteln. So wurde in der ersten Variante eine Beitragssatzprognose für die SPV erstellt, die sich allein aufgrund des demographischen Wandels ergibt. Der Beitragssatz würde bis 2060 auf knapp 4,5 Prozent anwachsen und sich damit mehr als verdoppeln. Weitere Varianten berücksichtigten z. B. auch einen Einkommensanstieg der Mitglieder, Leistungsverbesserungen in der SPV oder den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Zusammenfassend zeigte sich, dass die demografische Entwicklung unweigerlich zu einem starken Anstieg der SPV-Ausgaben und damit zu einer Beitragssatzerhöhung führt.

Pflegeausgaben im internationalen Vergleich

Das WIP untersuchte die Absicherung des Pflegerisikos in ausgewählten Industriestaaten. Schwerpunkt der Studie war die Analyse der Pflegeversicherung in 13 OECD-Staaten hinsichtlich Finanzierung, Organisation, etc. Dabei musste berücksichtigt werden, dass keine international einheitliche Begriffsbestimmung der Pflegebedürftigkeit existiert. In vielen Ländern ist die Pflegeversicherung zudem in das Krankenversicherungssystem eingebunden. Im Rahmen der Länderporträts wurden auch die jeweiligen Pflegeausgaben des Jahres 2007 als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) dargestellt.

Da das Pflegerisiko altersabhängig ist, wird die Höhe der Pflegeausgaben maßgeblich von der demografischen Struktur eines Landes bestimmt. Im Vergleich zu den vorgestellten Ländern weist Deutschland neben Großbritannien und Spanien die niedrigsten Pflegeausgaben auf. In Schweden und den Niederlanden liegt der Anteil der Pflegeausgaben am BIP fast viermal höher als in Deutschland. Dies ist bemerkenswert, da alle untersuchten OECD-Staaten (bis auf Japan) eine jüngere Bevölkerung als Deutschland aufweisen.

Das Spannungsverhältnis von Äquivalenz und Einkommensumverteilung in der GKV

Die heute vielzitierte Einkommensumverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war zu deren Gründungszeit vom Gesetzgeber nicht vorgesehen. Das WIP zeigt anhand einer Auswertung historischer Originaldokumente, dass die bestehenden finanziellen Verteilungswirkungen innerhalb der GKV ohne planvolle Konzeption entstanden sind. Zudem stand die heute vielfach geforderte Einbeziehung von besser verdienenden Personengruppen in die GKV in den ersten Jahrzehnten nach ihrer Einführung nicht zur Diskussion. Vielmehr wurde Personen ab einer bestimmten Einkommenshöhe bewusst der Zugang

Demografische Entwicklung wird zu deutlichem Anstieg der Pflegeversicherungsbeiträge führen

Deutschland weist trotz alter Bevölkerung im internationalen Vergleich geringe Pflegeausgaben auf

Einkommensumverteilung ist kein originäres Merkmal der GKV



zur GKV verwehrt, da von diesen die eigenverantwortliche Absicherung des Krankheitsrisikos erwartet wurde.

Die Studie des WIP verdeutlicht, dass die GKV zunächst als ein Versicherungssystem angelegt war, in dem Angehörige bestimmter Berufsgruppen gemeinsam in geschlossenen Krankenkassen ihr kollektives Risiko trugen. So stand anfangs das Äquivalenzprinzip im Vordergrund, bei dem die erhobenen Versicherungsbeiträge und die Leistungsausgaben in einem direkten Wertverhältnis stehen. Erst im Zeitverlauf ergab sich in der GKV durch die zunehmende Vergrößerung und Vermischung der Versichertenkollektive eine immer stärkere Tendenz zur Einkommensumverteilung.

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor

Das WIP zeigt in dieser Studie, dass sich die Ausgabendifferenz zwischen PKV und GKV im Bereich Laborleistungen im Jahr 2008 im Vergleich zu den Vorjahren noch einmal deutlich vergrößert hat. Waren die Pro-Kopf-Laborkosten für Privatversicherte im Jahr 2004 bereits 4,2mal höher als die für Kassenpatienten, so hat sich dieses Missverhältnis in 2008 um 19 Prozent auf das 5-fache erhöht. Die Ausgaben der PKV je Versicherten stiegen in diesem Zeitraum von 100 auf 129 Euro, die der gesetzlichen Kassen dagegen nur von 24 auf 26 Euro. Die Unterschiede bei den Laborkosten zwischen PKV und GKV sind umso gravierender, da es sich hier um hoch technisierte, standardisierte und automatisierte Leistungen handelt, die keinen Zusatznutzen, wie beispielsweise mehr Service oder mehr Qualität, enthalten. Da rund 80 Prozent der Laborleistungen von den auftraggebenden Ärzten in eigener Praxis erbracht werden, ist ein Grund für dieses Ergebnis auch im ökonomischen Anreiz zur Mengenausweitung zu sehen. Insgesamt unterstreicht die WIP-Studie die dringende Reformbedürftigkeit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Privatversicherten zahlen das 5fache an Laborkosten im Vergleich zu Kassenpatienten

Mehrumsatz von
Privatversicherten stieg
gegenüber dem Vorjahr um
327 Millionen Euro

Der Mehrumsatz privat versicherter Patienten im Jahr 2008

Die aktuelle WIP-Studie zum Mehrumsatz der PKV ist eine Fortschreibung der entsprechenden Studien der Vorjahre. Sie zeigt, dass die Privatversicherten auch 2008 in wachsendem Maße zur Finanzierung des Gesundheitssystems beigetragen haben. Im Jahr 2008 haben die PKV-Versicherten (inklusive Beihilfeanteil und erfasste Selbstbehalte) rund 25,5 Milliarden Euro in das Gesundheitssystem gezahlt. Wären die PKV-Versicherten im selben Jahr in der GKV versichert gewesen, wären für sie nur 14,7 Milliarden Euro an Leistungsausgaben ins Gesundheitssystem geflossen. Somit betrug der Mehrumsatz im Jahr 2008 ca. 10,9 Milliarden Euro. Im Vergleich zum Jahr 2007 ergibt sich ein deutlicher Anstieg von 327 Millionen Euro.

Der Anstieg resultiert neben der Zunahme der Versichertenzahl in der PKV vor allem aus der Alterung der Versicherten. Dadurch, dass der Mehrumsatz pro Person mit dem Lebensalter im Durchschnitt wächst, führt allein die Alterung des Versichertenkollektivs zu einer Zunahme des Mehrumsatzes. Bei Betrachtung der einzelnen Leistungsbereiche wird deutlich, dass der Mehrumsatz vor allem im Bereich der Arzthonorare relativ stark gestiegen ist. Auch im zahnmedizinischen Bereich ist ein Zuwachs zu verzeichnen.



Anhang



Ehrenmitglieder des Verbandes

Generaldirektor i.R. Heinrich Frommknecht

ehemaliger Vorsitzender des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund

Generaldirektor i.R. Peter Greisler

ehemaliger Vorsitzender des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

I. Verbandsorgane

(Stand: 11.04.2011)

1.1 Hauptausschuss und Vorstand

Hauptausschuss

bestehend aus...

... von der Mitgliederversammlung gewählten Mitgliedern

1. **Reinhold Schulte – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
2. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
3. **Uwe Laue – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
4. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
5. **Dr. Maximilian Zimmerer – stellvertr. Vorsitzender** (seit 08.09.2010)
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
6. **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
7. **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHER Krankenversicherung a.G., Stuttgart
8. **Gerhard Glatz**
Sprecher des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
9. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
10. **Dr. Hans Olav Herøy** (seit 08.09.2010)
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg

11. Michael Kurtenbach

Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

12. Fritz Horst Melsheimer

Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg

13. Thomas Michels (seit 08.09.2010)

Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

14. Dr. Rainer Reitzler

Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

15. Peter Thomas (seit 15.06.2010)

Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim

...Mitgliedern mit Gaststatus

16. Dr. Harald Benzing

Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

17. Dr. Clemens Muth

Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Robert Baresel** (kooptiertes Mitglied) (bis 01.04.2011)
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“, Münster
- **Jörg Bork** (kooptiertes Mitglied) (bis 31.03.2011)
Vorstandsmitglied der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
- **Günter Dibbern** (bis 31.12.2010)
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Axel Kampmann** (bis 15.11.2010)
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
- **Dr. Joachim von Rieth** (bis 01.04.2011)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln

Vorstand

1. **Reinhold Schulte – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
2. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal
3. **Uwe Laue – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
4. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
5. **Dr. Maximilian Zimmerer – stellvertr. Vorsitzender** (seit 08.09.2010)
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
6. **Dr. Volker Leienbach – geschäftsführendes Vorstandsmitglied**
Verbandsdirektor, Köln
8. **Dr. Helmut Hofmeier**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
9. **Matthias Kreibich**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
10. **Klaus Michel**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
11. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
12. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal
14. **Eberhard Sautter**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg, und der HanseMerkur Spezial Krankenversicherung AG, Hamburg
15. **Alfons Schön**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
16. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
17. **Andrea Wozniak**
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

Gast

7. **Dr. Clemens Muth**
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

I.2 Sonderausschüsse

a) Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
2. **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
3. **Dr. Harald Benzing** (seit 06.04.2011)
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
4. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
5. **Dr. Markus Faulhaber** (seit 08.03.2011)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
6. **Frank-Henning Florian** (seit 08.03.2011)
Vorsitzender des Vorstandes der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
7. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Wilfried Johannßen** (bis 31.12.2010)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Wolfgang Reif** (bis 08.03.2011)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
- **Dr. Joachim von Rieth** (bis 01.04.2011)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht

(ehemals: Ausschuss für Leistungsfragen und Ausschuss für Krankenhaus- und Pflegeverhandlungen)

1. **Dr. Joachim von Rieth**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln (ausgeschieden zum 01.04.2011)
2. **Michael Baulig**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg

3. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
4. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Dr. Ulrich Knemeyer**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein a.G., Vechta, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta
7. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
8. **Silke Lautenschläger** (seit 08.03.2011)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
9. **Norbert Lessmann**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
10. **Thomas List**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
11. **Karl-Josef Maiwald**
Abteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
12. **Thomas Michels**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
13. **Christian Molt** (seit 08.03.2011)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
14. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
15. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
16. **Volker Schulz**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
17. **Andrea Wozniak** (seit 01.07.2010)
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
18. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Günter Dibbern** (bis 31.12.2010)
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Wilfried Johannßen** (bis 31.12.2010)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Dr. Hans Josef Pick** (bis 31.12.2010)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Joachim von Rieth** (bis 01.04.2011)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
- **Karl-Bernd Telger** (bis 30.06.2010)
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

c) Ausschuss Private Pflegepflichtversicherung

1. **Uwe Laue – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
2. **Dr. Karl-Josef Bierth – stellvertr. Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
3. **Dr. Jan Esser** (seit 08.03.2011)
Prokurist der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
4. **Dr. Christoph Helmich** (seit 15.06.2010)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Dr. Ulrich Knemeyer**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein a. G., Vechta, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta
7. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
8. **Thomas List**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
9. **Karl-Josef Maiwald**
Abteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
10. **Thomas Michels**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
11. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
12. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
14. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

15. **Daniela Rode**
Abteilungsleiterin der Central Krankenversicherung AG, Köln
16. **Dr. Rainer Wilmlink** (seit 01.07.2010)
verantwortlicher Aktuar der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Klaus Abt** (bis 30.06.2010)
Chefmathematiker der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Helfried Beer** (bis 08.03.2011)
Prokurist der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

d) Rechtsausschuss der PKV

1. **Wolfgang Reif – Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
2. **Dr. Horst Ayasse**
Prokurist der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
3. **Erik Cloppenburg**
Prokurist der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
4. **Dr. Jörg Etzkorn**
Prokurist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
5. **Christina Feldhaus**
Prokuristin der AXA Krankenversicherung AG, Köln
6. **Walter Gerhard** (seit 01.07.2010)
Handlungsbevollmächtigter der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
7. **Dr. Peter Görg**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
8. **Ursula Gramulla**
Prokuristin der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
9. **Dr. Bettina Haase-Uhländer** (seit 08.03.2011)
Gruppenleiterin der Abteilung Krankenversicherung, Vertrag und Leistung - Recht der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
10. **Bernhard Kalis**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
11. **Dr. Volker Marko**
Abteilungsleiter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
12. **Dr. Torsten Schulte**
Prokurist der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
13. **Heinz-Walter Stintmann**
Prokurist der Central Krankenversicherung AG, Köln
14. **Gerhard W. Stry**
Generalbevollmächtigter der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Diethelm Lahnstein** (bis 08.03.2011)
stellvertr. Direktor der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Karl-Bernd Telger** (bis 30.06.2010)
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Rolf Bauer – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
2. **Michael Baulig**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
3. **Alexander Brams**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
4. **Georg Hake**
Vorsitzender des Vorstandes des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein a.G., Vechta, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover
5. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Matthias Kreibich** (seit 08.03.2011)
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
8. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
9. **Christian Molt** (seit 08.03.2011)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
10. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
11. **Michael Petmecky**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
12. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
14. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

15. **Eberhard Sautter**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg, und der HanseMerkur Spezial Krankenversicherung AG, Hamburg
16. **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
17. **Hans-Jürgen Schrader**
Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversicherungs-AG, Hannover
18. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
19. **Jens Wieland** (seit 15.06.2010)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Wilfried Johannßen** (bis 31.12.2010)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Thomas Michels** (bis 31.12.2010)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Joachim von Rieth** (bis 01.04.2011)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
- **Prof. Dr. Markus Warg** (bis 16.09.2010)
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

f) Haushaltsausschuss

1. **Klaus Henkel – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
2. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
3. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

g) Vertriebsausschuss der PKV

1. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Oliver Brüß** (seit 01.07.2010)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
3. **Reiner Dittrich**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach

4. **Dr. Andreas Eurich**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
5. **Jens O. Geldmacher**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
6. **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Wolfgang Hanssmann**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
8. **Werner Heinrichs**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
9. **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
10. **Frank Kettner**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung a.G., Stuttgart
11. **Manuela Kiechle** (seit 08.03.2011)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
12. **Jürgen Lang**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
14. **Peter Ludwig**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
15. **Christian Molt**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
16. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
17. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Dr. Karsten Eichmann** (bis 30.06.2010)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
- **Axel Kampmann** (bis 15.11.2010)
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

h) Ausschuss „Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern“

1. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Nicola Ferrarese**
Bereichsleiter der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München
3. **Thomas Flemming**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
4. **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
5. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
6. **Dr. Ulrich Knemeyer**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein a.G., Vechta, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta
7. **Matthias Kreibich**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
8. **Ulrich Leitermann**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
9. **Dr. Stefan Lütticke** (seit 08.03.2011)
Fachbereichsleiter Rechnungswesen der Allianz Deutschland AG, München
10. **Jürgen Meisch**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
11. **Fritz Horst Melsheimer**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
12. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal
14. **Alf N. Schlegel**
Vorstandsmitglied der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim
15. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
16. **Dr. Markus Faulhaber** (seit 08.03.2011)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
17. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
18. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
19. **Dr. Helmut Hofmeier**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
20. **Bernhard Kalis**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
21. **Klaus Michel**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
22. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
23. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
24. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
25. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal
26. **Eberhard Sautter**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg, und der HanseMerkur Spezial Krankenversicherung AG, Hamburg
27. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
28. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Jörg Bork** (bis 31.03.2011)
Vorstandsmitglied der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
- **Günter Dibbern** (bis 31.12.2010)
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Wilfried Johannßen** (bis 31.12.2010)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Dr. Joachim von Rieth** (bis 01.04.2011)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln

i) Ausschuss Basistarif

1. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

- **Karl-Bernd Telger** (bis 30.06.2010)
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherung a.G., München

j) Rechnungsprüfer

Georg Hake

Vorsitzender des Vorstandes des ALTE
OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927
Versicherungsverein a.G., Vechta, der ALTE
OLDENBURGER Krankenversicherung AG,
Vechta, und Vorstandsmitglied der Provinzial
Krankenversicherung Hannover AG, Hannover

Gerhard Glatz

Sprecher des Vorstandes der uniVersa Kranken-
versicherung a.G., Nürnberg

- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka
Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Fritz Horst Melsheimer**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur
Krankenversicherung AG, Hamburg
- **Peter Thomas**
Vorsitzender des Vorstandes der INTER
Krankenversicherung aG, Mannheim
- **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskran-
kenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Weiteres Mitglied:

- **Dr. Volker Leienbach**
Verbandsdirektor, Köln

I.3 Vertreter der privaten Krankenversicherung in den Gremien des Gesamtverban- des der Deutschen Versiche- rungswirtschaft e.V.

a) Präsidium des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

- **Dr. h.c. Josef Beutelmann**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Reinhold Schulte**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des
DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein
a.G., Hamburg

b) Präsidialausschuss des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Mitglieder des Hauptausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

- **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit,
Stuttgart
- **Gerhard Glatz**
Sprecher des Vorstandes der uniVersa Kranken-
versicherung a.G., Nürnberg
- **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Nürnberg
- **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer
Krankenversicherung AG, Köln

Vertreter der privaten Krankenversicherung in Ausschüssen des Gesamt- verbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

c) Rechnungslegungsausschuss der Versicherungswirtschaft

- **Ulrich Leitermann**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversi-
cherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER
RING Krankenversicherungsverein a.G.,
Hamburg
- **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversi-
cherung a.G., Wuppertal

d) Steuerausschuss

- **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversi-
cherungsverein a.G., Koblenz
- **Manfred Hausmann**
Hauptabteilungsleiter der Barmenia Kranken-
versicherung a.G., Wuppertal

e) Vertriebsausschuss der Versicherungswirtschaft

- **Robert Baresel**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversiche-
rungs-AG mit Gesamtzuständigkeit für das
Geschäftsfeld „Krankenversicherung“, Münster
- **Dr. h.c. Josef Beutelmann** (Sprecher der PKV)
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversi-
cherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER
RING Krankenversicherungsverein a.G.,
Hamburg
- **Jürgen Lang**
Vorstandsmitglied der DKKV Deutsche Kranken-
versicherung AG, Köln

- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Reinhold Schulte**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

f) Ausschuss Betriebswirtschaft und Informationstechnologie

- **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G.
- **Michael Petmecky**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

g) Kapitalanlagenausschuss

- **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Ulrich Leitermann**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Jürgen Meisch**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

h) Rechtsausschuss der Versicherungswirtschaft

- **Erik Cloppenburg**
Prokurist der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
- **Olaf Schwickert**
Abteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

i) Ausschuss Risikomanagement

- **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
- **Ulrich Leitermann**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

I.4 Geschäftsführung

- Verbandsdirektor
Dr. Volker Leienbach
- Stellvertr. Verbandsdirektorin
Dipl.-Math. Helga Riedel
(Mathematik, Statistik)
- Stellvertr. Verbandsdirektor
Dr. Joachim Patt
(Leistung)
- Geschäftsführer
Dr. Timm Genett, M.A.
(Politik)
- Geschäftsführer
Dipl.-Betriebswirt Christian Hälker
(Zentrale Dienste, EDV)
- Geschäftsführer
Stefan Reker
(Kommunikation)
- Geschäftsführer
Dr. Florian Reuther
(Recht)
- Leitender Verbandsarzt
Prof. Dr. med. Jürgen Fritze

Abteilungsleiter

- **Assessor Andreas Besche**
(Leistung Pflege)
- **Holger Eich**
(Mathematik, Statistik)
- **Dipl.-Betriebswirt (FH) Markus Hessel**
(EDV)
- **Dipl.-Kfm. Wolfgang Hüdig**
(Leistung Krankenhaus)
- **Dipl.-Kfm. Michael Kreher**
(Revision)
- **Assessor Jürgen Miebach**
(Leistung ambulant)
- **Frank Schlerfer**
(Leistung Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen)
- **Dipl.-Betriebswirtin Jutta Wilms**
(Leistung Wahlleistung)

Referatsleiter

- **Assessor Dirk Cramer**
(Revision)
- **Assessor Christoph Cremer**
(Revision)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Stefan Klein**
(Zentrale Dienste)
- **Assessorin Maike Lamping, LL.M.**
(Ombudsmann)
- **Gerald Mörsberger, M.A.**
(Leistung Datenbanken)
- **RA René Neumann**
(Recht)
- **Dipl.-Kfm. Sascha Raithel**
(Recht)
- **Assessorin Barbara Schmitz**
(Leistung Krankenhaus)

- **Dipl.-Kfm. Jochen Scholl**
(Leistung Pflege)
- **Dr. Frank Schulze Ehring**
(Sozialpolitik)
- **Assessor Gerrit Taeger**
(Zentrale Dienste)
- **Peter Teister**
(Zentrale Dienste)
- **Gabriele Wosnitza**
(Zentrale Dienste)

Referenten

- **Dr. Ahmet Aker**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Kfm. Michael Backes**
(Revision)
- **Carolin Beer**
(Zentrale Dienste)
- **Bastian Biermann**
(Recht)
- **Stephan Caspary**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Oec. Andrea Engelhardt**
(Politik)
- **RA'in Anna Faßbender, LL.M.**
(Recht)
- **RA Nurettin Fenercioglu, LL.M.**
(Leistung ambulant)
- **Natalie Förster**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Gebeyehu Kenea Gobena**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Franziska Große**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Russ. Sabine Heche**
(Kommunikation)
- **Anne Hilpert**
(Revision)
- **Dipl.-Math. Doreen Jahnke**
(Mathematik, Statistik)
- **Dipl.-Math. Marco Kolbe**
(Mathematik, Statistik)
- **Assessorin Annette Köhr**
(Leistung Pflege)
- **Dr. Anne-Dorothee Köster**
(Sozialpolitik)
- **Dirk Lullies, M.A.**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Math. Gerald Meißner**
(Mathematik, Statistik)
- **RA'in Konstanze Meyer, LL.M.**
(Recht)
- **Dipl.-Math. Jürgen Mnich**
(Zentrale Dienste)
- **Claudia Moncada**
(Zentrale Dienste)
- **Dr. Marc-Pierre Möll, M.A.**
(Politik)
- **Assessor Norbert Neu**
(Revision)
- **Assessorin Isabella Osterbrink**
(Recht)
- **Dr. Thomas Philipp**
(Leistung Krankenhaus)
- **RA Axel Quaß**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Wirtsch.jur. Bernd Rademacher**
(Leistung Wahlleistung)
- **Dipl.-Volkswirtin Claudia Reuter**
(Leistung Krankenhaus)
- **Dipl.-Volkswirt Willi Roos**
(Leistung Krankenhaus)
- **Dipl.-Gesundheitsök. Anne-Katrin Roppel**
(Zentrale Dienste)
- **RA Nikolai Sauer**
(Ombudsmann)
- **RA'in Beate Schlimbach**
(Leistung Wahlleistung)
- **RA Jürgen Schmidt**
(Leistung Wahlleistung)
- **Dipl.-Betriebswirtin Verena Schönbein**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Volkswirt Benedikt Schult**
(Revision)
- **Olaf Schulze**
(Leistung ambulant)
- **Elke Schüller**
(Revision)
- **Dipl.-Pol. Oliver Stenzel**
(Kommunikation)
- **Assessorin Sandy Stephan**
(Ombudsmann)
- **Assessor Martin Stormberg**
(Ombudsmann)
- **Anne Timm**
(Kommunikation)
- **RA Jörg Uthmann**
(Leistung Pflege)
- **Dipl.-Kff. Meltem Uzunlar**
(Revision)
- **Sébastien Vion, LL.M.**
(Revision)
- **Assessorin Judith Vollmer**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Kff. Anja Weber**
(Revision)
- **Jens Wegner, M. A.**
(Kommunikation)
- **RA Constantin Wilde, LL.M.**
(Leistung Krankenhaus)

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

- **Dr. Frank Niehaus**
(Kommissarischer Institutsleiter)
- **Dr. Torsten Keßler**
(Projektleiter)
- **Dr. Frank Wild**
(Projektleiter)
- **Dipl.-Sozialwiss. Verena Finkenstädt**
(Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Verbandsbüro

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax (0221) 99 87-39 50
Postanschrift: Postfach 51 10 40, 50946 Köln
www.pkv.de · info@pkv.de

Büro Berlin

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89-0
Telefax (030) 20 45 89-33
berlin@pkv.de

I.5 Landesausschüsse

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Baden-Württemberg

Raiffeisenplatz 5 (Süddeutsche), 70736 Fellbach
Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach

Vorstand: Volker **Schulz**,
ordentl. Vorstandsmitglied der Süddeutsche
* Manfred **Benzinger**, Prokurist
(Süddeutsche, Telefon: 0711 / 57 78-0,
Telefax: -7 77)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Bayern

Wargauer Straße 30
(Bayerische Beamtenkrankenkasse),
81539 München
Postanschrift: Maximilianstraße 53,
81537 München

Vorstand: Wolfgang **Reif**,
ordentl. Vorstandsmitglied der Bayerische
Beamtenkrankenkasse und der UKV
* Dieter **Goldmann**, Hauptabteilungsleiter
(Bayerische Beamtenkrankenkasse,
Telefon: 089 / 21 60-23 00, Telefax: -83 79)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Berlin

Stresemannstraße 111 (DKV), 10963 Berlin

Vorstand: Axel **Fortmann**,
Abteilungsleiter der DKV
* Reinhard **Leben**, Prokurist
(DKV, Telefon: 030 / 85 02-22 90,
Telefax: -25 00)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Brandenburg

Stresemannstraße 111 (DKV), 10963 Berlin

Vorstand: Wolfgang **Lohmann**
* Reinhard **Leben**, Prokurist
(DKV, Telefon: 030 / 85 02-22 90,
Telefax: -25 00)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Bremen

Remberti-Ring 11a (Landeskrankenhilfe),
28195 Bremen

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm **Zachow**,
Vorstandsvorsitzender der Landeskrankenhilfe
* Gottfried **Glaser-Gallion**, Prokurist
(Landeskrankenhilfe, Telefon: 04131 / 7 25-2 07,
Telefax: 40 34 02)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Hamburg

Kapstadtring 5 - 8 (SIGNAL), 22297 Hamburg
Postanschrift: 22289 Hamburg

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**,
ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL und des
DEUTSCHER RING
* Monika **Möhlig-Doetsch**, Abteilungsleiterin
(SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Hessen

Frankfurter Straße 50 (AXA), 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65189 Wiesbaden

Vorstand: Klaus-Dieter **Dombke**,
Bereichsleiter Krankenversicherung der AXA
* Thomas **Kosch** (AXA, Telefon: 0611 / 3 63-1 27
86, Telefax: -5 51 27 86)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Mecklenburg-Vorpommern

Ludwig-Erhard-Straße 22 (DEUTSCHER RING),
20459 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg

Vorstand: Wolfgang **Lohmann**
* Christiane **Rabe**, Bereichsleiterin
(DEUTSCHER RING, Telefon: 040 / 35 99-0,
Telefax: -22 81)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Niedersachsen

Uelzener Straße 120 (Landeskrankenhilfe),
21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm **Zachow**,
Vorstandsvorsitzender der Landeskrankenhilfe
* Gottfried **Glaser-Gallion**, Prokurist
(Landeskrankenhilfe, Telefon: 04131 / 7 25-2 07,
Telefax: 40 34 02)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Nordrhein-Westfalen

Aachener Straße 300 (DKV), 50933 Köln
Postanschrift: Postfach 10 80 65, 50448 Köln

Vorstand: Axel **Fortmann**,
Abteilungsleiter der DKV
* Helmut **Hiller**, Handlungsbevollmächtigter
(DKV, Telefon: 0221 / 5 78-44 31,
Telefax: -46 56)

* Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Rheinland-Pfalz

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18 (Debeka),
56073 Koblenz
Postanschrift: 56058 Koblenz

Vorstand: Roland **Weber**,
ordentl. Vorstandsmitglied der Debeka
* Reinhard **Wüstenberg**, Abteilungsleiter
– zuständig für Krankenhaus-Fragen –
(Debeka, Telefon: 0261 / 4 98-23 00,
Telefax: -23 51)
* Monika **Möhlig-Doetsch**, Abteilungsleiterin
– zuständig für Heilbehandler-Fragen –
(SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Thüringen

Kolde-Ring 21 (LVM), 48126 Münster

Vorstand: Wolfgang **Lohmann**
* Dr. Achim Kramer, Abteilungsleiter
(LVM, Telefon: 0251 / 7 02-27 89,
Telefax: -19 45)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Saarland

Peter-Zimmer-Straße 2 (UKV),
66123 Saarbrücken
Postanschrift: Postfach 10 31 52,
66031 Saarbrücken

Vorstand: Wolfgang **Reif**,
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamten-
krankenkasse und der UKV
* Hans-Günter **Treib** (UKV,
Telefon: 0681 / 8 44-22 00, Telefax: -21 09)
* Hans-Georg **Stritter** (UKV,
Telefon: 0681 / 8 44-10 09)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen

Schützenhöhe 16 (INTER), 01099 Dresden
Korrespondenzanschrift:
Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim
E-Mail: la.sachsen@inter.de

Vorstand: Wolfgang **Lohmann**
* Thomas **List**, stellvertr. Vorstandsvorsitzender
der INTER
* Hans Stumpf, Prokurist
(INTER, Telefon: 0621 / 4 27-3 48,
Telefax: -9 44)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen-Anhalt

Ruhrallee 92 - 94 (Continental),
44139 Dortmund
E-Mail: pkv.lasa@continentale.de

Vorstand: Wolfgang **Lohmann**
* Klaus **Böcker**, Handlungsbevollmächtigter
(Continental, Telefon: 0231 / 9 19-23 82,
Telefax: -23 28)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Schleswig-Holstein

Kapstadtring 5 - 8 (SIGNAL), 22297 Hamburg
Postanschrift: 22289 Hamburg

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**,
ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL und des
DEUTSCHER RING
* Monika **Möhlig-Doetsch**, Abteilungsleiterin
(SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

* Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

I.6 Mitgliedsunternehmen

(Stand: April 2011)



Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München
Postanschrift: 80291 München
Tel.: (089) 67 85-0 / Fax: (089) 67 85-65 23
www.gesundheit.allianz.de
service.apkv@allianz.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: (04441) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein a.G.

Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: (04441) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München
Postanschrift: Postfach 82 01 73, 81801 München
Tel.: (089) 41 24-02 / Fax: (089) 41 24-25 25
www.arag.de
service@arag.de



AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Colonia-Allee 10 - 20, 51067 Köln
Postanschrift: 50592 Köln
Tel.: (01803) 55 66 22 / Fax: (0221) 1 48-3 62 02
www.axa-kranken.de
service@axa-kranken.de



Barmenia Krankenversicherung a.G.

Kronprinzenallee 12 - 18, 42119 Wuppertal
Postanschrift: 42094 Wuppertal
Tel.: (0202) 4 38-00 / Fax: (0202) 4 38-28 46
www.barmenia.de
info@barmenia.de



Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Warngauer Straße 30, 81539 München
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München
Tel.: (089) 21 60-0 / Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de
service@vkb.de



Central Krankenversicherung AG

Hansaring 40 - 50, 50670 Köln
Postanschrift: 50593 Köln
Tel.: (0221) 16 36-0 / Fax: (0221) 16 36-2 00
www.central.de
info@central.de



CONCORDIA Krankenversicherungs-AG

Concordia Krankenversicherungs-AG

Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover
Postanschrift: 30621 Hannover
Tel.: (0511) 57 01-0 / Fax: (0511) 57 01-19 05
www.concordia.de
kv@concordia.de



Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44118 Dortmund
Tel.: (0231) 9 19-0 / Fax: (0231) 9 19-29 13
www.continentale.de
info@continentale.de



Versichern und Bausparen

Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56073 Koblenz
 Postanschrift: 56058 Koblenz
 Tel.: [0261] 4 98-0 / Fax: [0261] 4 14 02
www.debeka.de
info@debeka.de

**DEUTSCHER RING****Krankenversicherungsverein a.G.**

Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg
 Postanschrift: 20449 Hamburg
 Tel.: [040] 35 99-77 33 / Fax: [040] 35 99-36 36
www.deutscherring.de
service@deutscherring.de

**DEVK Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft**

Riehler Straße 190, 50735 Köln
 Postanschrift: 50729 Köln
 Tel.: [0221] 7 57-0 / Fax: [0221] 7 57-22 00
www.devk.de
info@devk.de

**DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft**

Aachener Straße 300, 50933 Köln
 Postanschrift: 50594 Köln
 Tel.: [0221] 5 78-0 / Fax: [0221] 5 78-36 94
www.dkv.com
kunden-center@dkv.com

**DÜSSELDORFER VERSICHERUNG
Krankenversicherungsverein a.G.**

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
 Tel.: [0211] 35 59 00-0 / Fax: [0211] 35 59 00-20
www.duesseldorfer-versicherung.de
service@duesseldorfer-versicherung.de



Gut versichert. Besser Zusatzversichert.

ENVIVAS Krankenversicherung AG

Gereonswall 68, 50670 Köln
 Tel.: [01802] 58 96 32 / Fax: [0221] 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de

**ERGO Direkt Krankenversicherung AG**

Karl-Martell-Straße 60, 90344 Nürnberg,
 Tel.: [0911] 1 48-01 / Fax: [0911] 1 48-17 00
www.ergodirekt.de
info@ergodirekt.de

**FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr
und der Polizei VVaG**

Friedrich-Ebert-Anlage 3, 60327 Frankfurt
 Postanschrift: Postfach 11 07 52, 60042 Frankfurt
 Tel.: [069] 9 74 66-0 / Fax: [069] 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de

**Gothaer Krankenversicherung AG**

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
 Postanschrift: 50598 Köln
 Tel.: [0221] 3 08-00 / Fax: [0221] 3 08-1 03
www.gothaer.de
info@gothaer.de

**HALLESCHKE Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit**

Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart
 Postanschrift: 70166 Stuttgart
 Tel.: [0711] 66 03-0 / Fax: [0711] 66 03-2 90
www.hallesche.de
service@hallesche.de



HanseMerkur Krankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0 / Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de

**HanseMerkur Spezial
Krankenversicherung AG**
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0 / Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Bahnhofplatz, 96450 Coburg
Postanschrift: 96444 Coburg
Tel.: (09561) 96-0 / Fax: (09561) 96-36 36
www.huk.de
info@huk-coburg.de



INTER Krankenversicherung aG
Erzbergerstraße 9 - 15, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68120 Mannheim
Tel.: (0621) 4 27-4 27 / Fax: (0621) 4 27-9 44
www.inter.de
info@inter.de

Kranken- und Sterbekasse „Mathilde“ Hainstadt V.V.a.G.
Ernst-Ludwig-Straße 5, 63512 Hainburg
Postanschrift: Postfach 45 00, 63509 Hainburg
Tel.: (06182) 47 29
mathilde@tuc-kunden.de

**Krankenunterstützungskasse der
Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)**
Karl-Wiechert-Allee 60 b, 30625 Hannover
Tel.: (0511) 9 12-16 80 oder -13 15 /
Fax: (0511) 9 12-16 82
www.kuk-bf-hannover.de
info@kuk-bf-hannover.de



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg
Tel.: (04131) 7 25-0 / Fax: (04131) 40 34 02
www.lkh.de
info@lkh.de



**LIGA Krankenversicherung
katholischer Priester VVaG Regensburg**
Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
93055 Regensburg
Postanschrift: 93042 Regensburg
Tel.: (0941) 40 95-2 01 / Fax: (0941) 40 95-2 09
www.ligakranken.de
service@ligakranken.de



LVM Krankenversicherungs-AG
Kolde-Ring 21, 48151 Münster
Postanschrift: 48126 Münster
Tel.: (0251) 7 02-0 / Fax: (0251) 7 02-10 99
www.lvm.de
info@lvm-krankenversicherung.de



Mannheimer Krankenversicherung AG
Augusta-Anlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Tel.: (0621) 4 57-51 00 / Fax: (0621) 4 57-42 43
www.mannheimer.de
service@mannheimer.de



Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG
Berckhusenstraße 146, 30625 Hannover
Postanschrift: 30619 Hannover
Tel.: (0511) 53 51-0 / Fax: (0511) 53 51-4 44
www.mecklenburgische.de
service@mecklenburgische.de

**MÜNCHENER VEREIN****Krankenversicherung a.G.**

Pettenkoferstraße 19, 80336 München
 Tel.: (089) 51 52-0 / Fax: (089) 51 52-15 01
www.muenchener-verein.de
info@muenchener-verein.de

**NÜRNBERGER Krankenversicherung AG**

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
 Postanschrift: 90334 Nürnberg
 Tel.: (0911) 5 31-0 / Fax: (0911) 5 31-32 06
www.nuernberger.de
info@nuernberger.de

**PAX-FAMILIENFÜRSORGE****Krankenversicherung AG**

Doktorweg 2 - 4, 32756 Detmold
 Tel.: (05231) 9 75-0 / Fax: (05231) 9 75-1 02
www.familienfuersorge.de
info@familienfuersorge.de

**Provinzial Krankenversicherung
Hannover AG**

Schiffgraben 4, 30159 Hannover
 Postanschrift: 30140 Hannover
 Tel.: (0511) 3 62-0 / Fax: (0511) 3 62-29 60
www.vgh.de
service@vgh.de

**R+V Krankenversicherung AG**

Taunusstraße 1, 65193 Wiesbaden
 Postanschrift: 65181 Wiesbaden
 Tel.: (0611) 5 33-0 / Fax: (0611) 5 33-45 00
www.ruv.de
RUV@RUV.de

**SIGNAL Krankenversicherung a.G.**

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
 Postanschrift: 44121 Dortmund
 Tel.: (0231) 1 35-0 / Fax: (0231) 1 35-46 38
www.signal-iduna.de
info@signal-iduna.de

SONO Krankenversicherung a.G.

Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
 Tel.: (02041) 18 22-0 / Fax: (02041) 18 22-20
www.sonoag.de
info@sonoag.de

**ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese
Rottenburg-Stuttgart – Kranken- und Sterbe-
kasse (KSK) – V.V.a.G.**

Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart
 Tel.: (0711) 60 07 38 / Fax: (0711) 6 07 44 12
www.stmartinuswag.de
info@stmartinuswag.de

**Süddeutsche Krankenversicherung a.G.**

Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
 Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach
 Tel.: (0711) 57 78-0 / Fax: (0711) 57 78-7 77
www.sdk.de
sdk@sdk.de

**Union Krankenversicherung AG**

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
 Postanschrift: 66099 Saarbrücken
 Tel.: (0681) 8 44-70 00 / Fax: (0681) 8 44-25 09
www.ukv.de
service@ukv.de

**uniVersa Krankenversicherung a.G.**

Sulzbacher Straße 1 - 7, 90489 Nürnberg
 Postanschrift: 90333 Nürnberg
 Tel.: (0911) 53 07-0 / Fax: (0911) 53 07-16 76
www.universa.de
info@universa.de



Wüstenrot & Württembergische.
Der Vorsorge-Spezialist.

Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Postanschrift: 70163 Stuttgart
Tel.: (0711) 6 62-0 / Fax: (0711) 6 62 - 25 20
www.wuerttembergische.de
krankenversicherung@wuerttembergische.de

**Außerordentliche
Mitgliedsunternehmen:**



**DEUTSCHE
FAMILIENVERSICHERUNG**

DFV Deutsche Familienversicherung AG

Beethovenstraße 71, 60325 Frankfurt/Main
Tel.: (01805) 76 85 55 / Fax: (069) 74 30 46 46
www.dfv.ag
service@dfv.ag



Janitos Versicherung AG

Im Breitspiel 2 - 4, 69126 Heidelberg
Tel.: (06221) 7 09 10 00 / Fax: (06221) 7 09 10 01
www.janitos.de
info@janitos.de



**Vereinigte Versicherungsgesellschaft
von Deutschland**

Friedrich-Bergius-Straße 9, 65203 Wiesbaden
Tel.: (0611) 2 38-0 / Fax: (0611) 2 38-1 07
www.vereinigte.de
info@vereinigte.de

Verbundene Einrichtungen:



Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Rödelheimer Straße 51, 60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53,
60606 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 2 47 03-1 11 / Fax: (069) 2 47 03-1 99
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de



Postbeamtenkrankenkasse

Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart
Postanschrift: Postfach 30 08 66, 70448 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0 / Fax: (0711) 13 56-33 95
www.pbeakk.de
pr@pbeakk.de

Trauerfälle 2010

Direktor Walter Alt

Vorstandsmitglied der LIGA Krankenversicherung Katholischer Priester WaG
verstorben am 28. Februar 2010

Direktor i. R. Peter Wilhelm Pfeil

Ehemaliges Mitglied des Beirats für Außendienstfragen (heute: Vertriebsausschuss) des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., ehemaliges Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversicherungs-AG
verstorben am 12. März 2010

Direktor i. R. Günter Rehermann

Ehemaliges Mitglied des Mathematisch-Statistischen Ausschusses sowie des Ausschusses für Betriebstechnik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., ehemaliges Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G.
verstorben am 16. Februar 2010

Direktor i. R. Dietrich Schäfer

Ehemaliges Mitglied des Ausschusses für Arztfragen sowie des Rechtsausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., ehemaliges Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G.
verstorben am 16. Oktober 2010

Direktor i. R. Walter Strittmatter

Ehemaliges Mitglied des Wettbewerbs- und Schlichtungsausschusses, des Ausschusses für Betriebstechnik sowie des Ausschusses für Arztfragen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., ehemaliges Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG
verstorben am 6. Mai 2010

II. Kommentierung des PKV-Verbandes zu ausgewählten Abrechnungspositionen in der GOÄ

Nekrosectomie bei nekrotisierender Pankreatitis

Liste der nicht neben den Zielleistungen nach den GOÄ-Nrn. 3139 und 3196 analog berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 1830 analog

Diese Gebührenposition ist nicht analog für die Entfernung der Nekrosen im Pankreas berechnungsfähig, da die Leistung mit dem analogen Ansatz der GOÄ-Nr. 3196 erfasst ist.

GOÄ-Nr. 2032 analog und GOÄ-Nr. 2093

Die Anlage der Lavage bzw. Drainage ist Leistungsbestandteil der GOÄ-Nr. 3139 (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, zu GOÄ-Nr. 3139, Rn.1).

GOÄ-Nrn. 3136 und 3137

Eröffnung und Drainagen von Abszessen im Bauchraum stellen sich als unselbständige Teilleistungen dar, Zielleistungsprinzip.

GOÄ-Nr. 3172 originär und analog

Diese GOÄ-Nr. kommt weder originär noch analog für die Darmmobilisation in Betracht, da die Darmmobilisation mit der Zielleistung abgegolten ist. Zugangsleistungen stellen keine eigenständige Indikation dar und dürfen nicht gesondert berechnet werden (vgl. BGH, Urt. v. 5. Juni 2008, Az.: III ZR 293/07).

Zugangsvariante über Flankenschnitt

Liste der nicht neben den Zielleistungen nach den GOÄ-Nrn. 1830 analog und 2032 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 2093

Die Spülung ist Leistungsbestandteil der GOÄ-Nr. 2032 und somit nicht gesondert berechnungsfähig.

Gutartige Pankreastumore

Zystadenome, endokrine Tumore

Liste der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3196 (originär oder analog) berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 2802

Die Leistung hat keinen selbstständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll. Im Rahmen der Lymphknotenentfernung ist die GOÄ-Nr. 2802 nicht zusätzlich berechnungsfähig (vgl. BGH-Urt. vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).

GOÄ-Nr. 3172

Nicht ansatzfähig für die Darmmobilisation, Zielleistungsprinzip. Zugangsleistungen stellen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes keine eigenständige Indikation dar und dürfen nicht gesondert berechnet werden (vgl. BGH, Urt. v. 5. Juni 2008, AZ: III ZR 293/07).

Papillentumore

Liste der nicht neben der Zielleistung nach den GOÄ-Nr. 3190 (originär oder analog) berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 3187

Zum einen ist der Leistungsinhalt der GOÄ-Nr. 3187 nicht erfüllt. Zum anderen ist die Choledochusrevision Teil der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3190. Daher ist die Nr. 3187 nicht neben der Zielleistung berechnungsfähig.

GOÄ-Nr. 3188

Der Leistungsinhalt der Nr. 3188 wird nicht erbracht. Im Übrigen ist die Reinsertion des ductus choledochus und pancreaticus unselbständiger Teil der Zielleistung.

GOÄ-Nr. 3205

Nicht für die Anlage einer T-Drainage berechnungsfähig (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, zu GOÄ-Nr. 3187, Rn. 4).

Bösartige Pankreastumore

Liste der nicht neben der Zielleistung nach der GOÄ-Nr. 3195 bis 3198 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 2802

Die Leistung hat keinen selbstständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll. Im Rahmen der Lymphknotenentfernung ist die Nr. 2802 nicht zusätzlich berechnungsfähig (vgl. BGH-Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).

GOÄ-Nr. 2837

Begründung siehe Nr. 2802.

GOÄ-Nrn. 3167

Die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomosen (z.B. Roux-Y) ist mit der Zielleistung abgegolten.

GOÄ-Nr. 3172

Nicht ansatzfähig für die Darmmobilisation, Zielleistungsprinzip. Zugangsleistungen stellen keine eigenständige Indikation dar und dürfen nicht gesondert berechnet werden (vgl. BGH, Urt. v. 5. Juni 2008, Az.: III ZR 293/07).

GOÄ-Nrn. 3176

Die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomosen (z. B. Roux-Y) ist mit der Zielleistung abgegolten.

GOÄ-Nrn. 3188

Begründung siehe Nr. 3176

Operative Eingriffe bei Colitis ulcerosa

Liste der nicht neben den Zielleistungen nach der GOÄ-Nr. 3169 bis 3170 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 2583 analog (für die beidseitige Freidisektion und Schonung des Plexus hypergastricus sowie der Nervi hypogastrici bds.)

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn der Nerv im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt werden soll.

Liste der nicht neben den Zielleistungen nach den GOÄ-Nrn. 3183 und 3235 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 264 analog (für die perianale submuköse Infiltration der Rektumschleimhaut)

Unselbständige Teilleistung, Zielleistungsprinzip

GOÄ-Nr. 1807 analog (für die Pouchbildung)

Begründung siehe Nr. 264 analog

GOÄ-Nr. 2583 analog (für die beidseitige Freidisektion und Schonung des Plexus hypergastricus sowie der Nervi hypogastrici bds.)

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn der Nerv im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt werden soll.

GOÄ-Nr. 3177 analog (für die Mobilisierung der Mesenterialwurzel, ggf. mit radiärer Spaltung von Gefäßen mit anschließender Transposition des Dünndarmpouches zum Analkanal)

Keine eigenständige Indikation, Zielleistungsprinzip.

GOÄ-Nr. 3224 analog (für perianale Mukosrektomie und pouchanale Anastomose)

Keine eigenständige Indikation, Zielleistungsprinzip.

Operative Eingriffe bei Sigmadivertikulitis**a) Elektiver Eingriff**

Liste der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nrn. 1795 oder 1796 (für das Anlegen eines Blasenkatheters)

Unselbständige Teilleistung, Zielleistungsprinzip.

GOÄ-Nr. 3176 (für die Mobilisierung des Restdarmes zur Herstellung einer spannungsfreien Anastomose)

Keine eigenständige Indikation, Zielleistungsprinzip – die Anastomose ist Bestandteil der GOÄ-Nr. 3169.

GOÄ-Nr. 3236

Keine eigenständige Indikation, Zielleistungsprinzip.

b) Operation bei perforierter Sigmadivertikulitis**c) Wiederanschlussoperation nach vorausgegangener Diskontinuitätsresektion des Kolons (Darmresektion)**

Liste der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3209 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 3169 (für die Kürzung der Darmenden)

Unselbständige Teilleistung, Zielleistungsprinzip.

GOÄ-Nr. 3172 (für eine Adhäsiolektomie auf dem Zugangsweg zum Operationsgebiet)

Begründung siehe Nr. 3169.

GOÄ-Nr. 3176 (für die Mobilisierung des Restdarmes zur Herstellung einer spannungsfreien Anastomose)

Begründung wie vor.

GOÄ-Nr. 3218 analog (für die Kürzung des Rektumstumpfes)

Keine eigenständige Indikation, Zielleistungsprinzip.

Bösartige Tumore des Kolons und des Rektums

Zökum-/Aszendenskarzinom

Liste der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 2802

Als unselbständige Teilleistung nicht neben der Zielleistung abrechnungsfähig.

GOÄ-Nr. 3172 originär (für die operative Darmmobilisierung) und analog (für Teilresektion des Omentum majus)

Begründung siehe Nr. 2802

Transversumresektion bei Karzinomen des Colon transversum

Liste der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 2802

Unselbständige Teilleistung, Zielleistungsprinzip.

GOÄ-Nr. 3172 originär (für die operative Darmmobilisierung) und analog (für Teilresektion des Omentum majus)

Begründung siehe Nr. 2802.

Teilresektion des Kolons bei Karzinomen der linken Kolonflexur

Liste der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 2802

Keine eigenständige Indikation, Zielleistungsprinzip.

GOÄ-Nr.3172 originär (für die operative Darmmobilisierung) und analog (für Teilresektion des Omentum majus)

Begründung siehe Nr. 2802.

GOÄ-Nr. 3176

Die Mobilisation zur Herstellung der Anastomose ist notwendiger Teilschritt der Zielleistung.

Hemikolektomie links bzw. Sigmaresektion

Liste der nicht neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 2583

Zielleistungsprinzip (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ).

GOÄ-Nr.2802

Begründung siehe Nr. 2583.

GOÄ-Nr. 3176

Die Mobilisation zur Herstellung der Anastomose ist notwendiger Teilschritt der Zielleistung.

Resektion bei Rektumkarzinom

Liste der nicht neben den Zielleistungen nach GOÄ-Nrn. 3235 originär (kombinierte Rektumexstirpation) und 3235 analog (Rektumresektion) berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung):

GOÄ-Nr. 1807 analog (für Pouchbildung)

Keine eigenständige Indikation, Zielleistungsprinzip.

GOÄ-Nr. 2583

Unselbständige Teilleistung, Zielleistungsprinzip.

GOÄ-Nr. 2802

Keine eigenständige Indikation, Zielleistungsprinzip.

GOÄ-Nr. 3176

Die Mobilisation zur Herstellung der Anastomose ist notwendiger Teilschritt der Zielleistung.

III. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ABV.....	Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AG.....	Aktiengesellschaft
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMG.....	Arzneimittelgesetz
Amnog.....	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AMPreisV.....	Arzneimittelpreisverordnung
Art.	Artikel
AVB.....	Allgemeine Versicherungsbedingungen
Az.....	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BaFin.....	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung
BGBL.....	Bundesgesetzblatt
BGH.....	Bundesgerichtshof
BhV-Ausland.....	Auslandsbeihilfevorschriften
BIP.....	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
BSG	Bundessozialgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVO	Beihilfeverordnung
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA.....	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.....	zirka
CEA.....	Comité Européen des Assurances
CEIOPS.....	Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors
COO	Cologne Oval Offices
DAV.....	Deutsche Aktuarvereinigung / Deutscher Apothekerverband
DDZ	Deutsches Diabetes Zentrum
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dr.....	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM.....	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ED.....	Exposure Draft
EDV.....	Elektronische Datenverarbeitung
EStG	Einkommensteuergesetz
etc.....	et cetera
EU.....	Europäische Union
e. V.....	eingetragener Verein
f.....	folgende (Seite)
FASB.....	Financial Accounting Standard Board
ff.	folgende (Seiten)
G-BA.....	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDV.....	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
GG.....	Grundgesetz
GKV.....	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV FinG	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung / GKV-Finanzierungsgesetz

GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GVO.....	Gruppenfreistellungsverordnung
HGB.....	Handelsgesetzbuch
HIV.....	Human Immunodeficiency Virus
HOZ	Honorarordnung der Zahnärzte
IAS	International Accounting Standard
IASB	International Accounting Standards Board
i.d.F.....	in der Fassung
IFAT	Institut für angewandte Telemedizin
IFRS.....	International Financial Reporting Standards
InEK.....	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IPW.....	Institut für Pflegewissenschaften
ISG.....	Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
IT	Informationstechnologie
i.V.m.....	in Verbindung mit
KaV.....	Kalkulationsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KVB.....	Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
LBFW	Landesbasisfallwert
LG	Landgericht
MB/EPV.....	Musterbedingungen des PKV-Verbandes für die Ergänzende Pflegekrankenversicherung
MB/KK.....	Musterbedingungen des PKV-Verbandes für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung
MB/KT	Musterbedingungen des PKV-Verbandes für Krankentagegeldversicherung
MB/PPV.....	Musterbedingungen des PKV-Verbandes für die private Pflegepflichtversicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS.....	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen
Mio.....	Millionen
Mrd.....	Milliarden
mST	modifizierter Standardtarif
Nr.....	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
NUB.....	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OECD.....	Organisation for Economic Co-operation and Development – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
pdf	Portable Document Format
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PKV.....	Private Krankenversicherung
PKV Publik	vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. herausgegebene Zeitschrift
PKV-Verband	Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
PPV.....	Private Pflegepflichtversicherung
Prof.....	Professor
PVB.....	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen mit Beihilfeberechtigung im Pflegefall
PVN	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen ohne Beihilfeberechtigung
PVS.....	Privatärztliche Verrechnungsstelle
QIS.....	Quantitative Impact Studies (quantitative Auswirkungsstudie)

RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
S.	Seite(n)
s.	siehe
SCR	Solvency Capital Requirement(s) (erforderliche Solvenzmittel)
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
StB.....	Standardtarif für Beihilfeberechtigte
stv.	stellvertrende(r)
u. a.	unter anderem
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschlands
US-GAAP	United States Generally Accepted Accounting Principles
UStG	Umsatzsteuergesetz
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
vgl.	vergleiche
VaG; V.V.a.G.	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VG	Versicherungsvertragsgesetz
VZA	Verband zytostatikaherstellender Apotheker
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
www	World Wide Web
z. B.	zum Beispiel
ZESAR	Zentrale Einzugsstelle für Arzneimittelrabatte
ZQP.....	Zentrum für Qualität in der Pflege

IV. Stichwortverzeichnis

Seite

A	Aids-Prävention	45, 47 f.
	Alkohol-Prävention	45, 48 ff.
	Alterungsrückstellungen	24, 139
	Alterungsrückstellungen (Portabilität)	30
	AMG-Novelle	35 f., 77 f.
	Anwartschaftsversicherung (Pflegepflichtversicherung)	88
	Arzneimittel	33 ff. (bis S. 38), 41 f., 74 ff., 114, 145
	Aufwendungen	22 ff.
	Alterungsrückstellungen	24
	Leistungen an Versicherte	22
	Veränderung der Versicherungsleistungen	23
	Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	24
	Ausbildungsfonds	80 f.
	Ausgründungen	85
	Auslandsreisekrankenversicherung	19, 20
B	Basisfallwerte	79 f., 82 f.
	Basistarif	16, 29, 30 ff., 72, 88, 108, 111 f., 130 f., 135 ff.
	Beihilfe	13 ff., 74 ff., 113 ff.
	Beitragseinnahmen	19 ff.
	Anteil der Versicherungsarten	21
	Einmalbeiträge aus RfB	21
	Unabgegrenzte Beitragseinnahmen	19 ff.
	Beobachtungspflicht	30
	Besondere Versicherungsformen	19
	Bestandsentwicklung	12 ff.
	Bezugsgröße	107 ff.
C	CEA (Comité Européen des Assurances)	122
	COMPASS	42, 92 f.
D	derprivatpatient.de	46 f.
	Dreijährige Wartezeit	27 f., 110
	DRG-System 2010	83
E	Ehrenmitglieder des Verbandes	151
	Ein- und Zweibettzimmerzuschläge	86 f.
G	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	53 ff.
	Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	53 ff., 73 f.
	Geschäftsführung	158 f.
	Gesundheitsfonds	28 f.
	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	27 ff., 83 f., 110 ff.
H	Hauptausschuss	150
	HIV-/ Aids-Prävention	45, 47 f.
I	IASB	116 f.
J	Jahresarbeitsentgeltgrenze	27, 107, 109 f.
K	Krankenhaus-Datenbank des Verbandes	85 ff.

Krankenhausplanung	81 f.
Krankenhaustagegeldversicherung	18, 20
Krankentagegeldversicherung	18, 20
Krankheitsvollversicherung	12 ff.
L Landesausschüsse	160 ff.
Landesbasisfallwerte	79 f.
Leistungen an Versicherte	22
M Medicproof	96 ff.
Mitgliedsunternehmen	162 ff.
Mitgliedsunternehmen (Anzahl)	11 f.
N Nettoneuzugang	12 f., 28
Nichtzahler	31 f.
P Pflegeberatung in der PPV	840, 92 f.
Pflegezusatzversicherung	18, 20, 89
Portabilität der Alterungsrückstellungen	30
Prävention	44 f., 47 ff.
Pressearbeit des PKV-Verbandes	40 ff.
Publikationen des PKV-Verbandes	192 ff.
Publikationen des WIP	195 ff.
Private Pflegeversicherung	17, 20 ff., 87 ff.
Begutachtungsergebnisse	98
Beiträge	87 f.
Bestand	17
Beziehungen zu den Leistungserbringern	103 f.
Gesetzgebung	88 f.
Härtefälle	99 f.
Medizinische Begutachtung der Antragsteller	96 ff.
Qualität der Pflege	93 ff.
Pflegeberatung (Compass)	92 f.
Stiftung für Qualität in der Pflege	101 ff.
Q Qualität der Pflege	93 ff.
Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Sektor	83 f.
R Rechengrößen 2010	107 ff.
Rechnungslegung	116 ff.
Rechtsform der PKV-Unternehmen	12
S Solvabilität	118 ff.
Solvency II	118 ff.
Sonderausschüsse	152 ff.
Standardtarif	15, 109, 130 ff.
Stationäre Leistungen	23, 79 ff.
Sterbetafel PKV-2011	127 ff.
Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege	101 ff.
V Verbandsorgane	151 ff.
Versicherungsbestand	12 ff.
Vorstand	152

W	Wahlleistungen im Krankenhaus.....	14 ,18, 63
	WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV	55 ff., 143 ff.
Z	Zahnezusatzversicherungen.....	18
	ZQP.....	101 ff.
	Zusatzversicherungen.....	17 f., 20 f., 32 f.
	Zytostatika	35 f., 77 f.

V. Publikationen des PKV-Verbandes

„PKV Publik“

Verbandszeitschrift; erscheint zehnmal jährlich

„Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung“

erscheint jährlich im Juni

„Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung“

erscheint jährlich im Oktober (auch in englischer Version)

„Kennzahlenkatalog der privaten Krankenversicherung“

„PKV-Info“

Broschürenreihe zu aktuellen Themen

- Die Entscheidung: Privat oder gesetzlich?
- Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?
- Bleibt Ihre Krankenversicherung im Alter bezahlbar?
- Lohnt der Wechsel innerhalb der PKV?
- Der Standardtarif
- Dauernde Öffnung der privaten Krankenversicherung für Beamtenanfänger
- GKV-versicherte Beamte: Erleichterter Wechsel in die PKV
- Private Krankenversicherung als Alternative für Studenten
- Private Studentische Krankenversicherung – Merkblatt für Ärzte
- Private Studentische Krankenversicherung – Merkblatt für Zahnärzte
- Private Zusatzversicherung – Ergänzung zum gesetzlichen Versicherungsschutz
- Auslandsreise-Krankenversicherung
- Die Card für Privatversicherte
- Die Gebührenordnung für Ärzte – Ein kleiner Leitfaden
- Sicherheit im Pflegefall – Die private Pflegepflichtversicherung
- Sicherheit im Pflegefall – Die private Zusatzversicherung

„Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht“

„PKV-Dokumentationsreihe

- Heft 29: „Gesundheitssysteme im Vergleich – Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland?“ von Dr. Frank Schulze Ehring/Dr. Anne-Dorothee Köster, Erscheinungstermin Juni 2010
- Heft 28: „Das Angebot von Zusatzkrankenversicherung. Dürfen gesetzliche Krankenversicherungen Zusatzversicherungen anbieten?“ von ao. Univ.-Prof. Dr. Beatrix Karl/Univ.-Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, Mai 2003
- Heft 27: „Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbes. der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse“ von Prof. Dr. Eberhard Wille/Christian Igel, November 2002
- Heft 26: „Reden zur Reformperiode der privaten Krankenversicherung“ von Peter Greisler, Juni 2002 (vergriffen)
- Heft 25: „Zu den Wechseloptionen der PKV“ von Josef Beutelmann/Prof. Dr. Ulrich Meyer/Prof. Dr. Rupert Scholz, Dezember 2001

- Heft 24: „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“ von Prof. Dr. Bernd Hof, Januar 2001 (vergriffen)
- Heft 23: „Perspektiven der PKV in Europa“, April 1999
- Heft 22: „Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung“ von Dr. Jan Boetius/Dr. Hans-Olaf Wiesemann, September 1998
- Heft 21: „Die Zukunft der Krankenversicherung“, November 1997
- Heft 20: „Herausforderungen – Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges von den Anfängen bis zur Gegenwart“ von Prof. Dr. Peter Koch/Dr. Christoph Uleer, Juni 1997
- Heft 19: „Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten“ Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission, März 1997
- Heft 18: „Zum Umgang mit Knappheit in der medizinischen Versorgung“ von Prof. Dr. Michael Arnold, Juli 1995
- Heft 17: „Möglichkeiten zum Ausbau der sozialrechtlichen Qualitätskontrolle des die gesetzliche Krankenversicherung substituierenden privaten Krankenversicherungsschutzes im Hinblick auf die Liberalisierung des europäischen Versicherungsmarktes“ von Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter, Juli 1993
- Heft 16: „Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV“ von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, Oktober 1992
- Heft 15: „Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems durch eine Organisationsreform“ von Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg, Januar 1992
- Heft 14: „Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Rupert Scholz, April 1991
- Heft 13: „Zur Reform des Krankenversicherungssystems“ von Heinrich Frommknecht, August 1990
- Heft 12: „Teilkostenerstattung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse“ von Direktor a. D. Hans Töns, April 1987
- Heft 11: „Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht“ von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, November 1985
- Heft 10: „Gedanken zur privaten Krankenversicherung“ von Dr. Heinz Bach, Dezember 1984
- Heft 9: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“ von Direktor a. D. Hans Töns, November 1983
- Heft 8: „Zur Selbstbeteiligung der Versicherten“ von Dipl.-Volkswirt Thomas Ruf, Dezember 1982
- Heft 7: „Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Bernd von Maydell, März 1982
- Heft 6: „Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung“ von Prof. Dr. Isensee, Oktober 1980
- Heft 5: „Zum Beitragszuschuß“ von Bundesrichter Dr. Helmut Heinze, November 1976 (vergriffen)
- Heft 4: „Zum Privatliquidationsrecht der leitenden Krankenhausärzte“ von Prof. Dr. Wolfgang Gitter, Mai 1975
- Heft 3: „Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Walter Leisner, Oktober 1974 (vergriffen)

- Heft 2: „Zur Reform des Krankenhauswesens“
von Dipl.-Volkswirt Karl Brandecker, Januar 1974 (vergriffen)
- Heft 1: „Zur Krankenversicherung der Studenten“
von Prof. Dr. Rupert Scholz / Prof. Dr. Josef Isensee, März 1973 (vergriffen)

„Zukunft Gesundheit. Die PKV als Motor für Innovation und Qualität.“

Vorträge zur Jahresmitgliederversammlung 2007

„Reformieren, nicht zerschlagen“

PKV-Reformkonzept Krankenversicherung

„Eine kritische Auseinandersetzung mit der Bürgerversicherung“

mit Fallbeispielen zur Be- und Entlastung durch eine Bürgerversicherung

„Eine kritische Auseinandersetzung mit der Gesundheitsprämie“

„Die niederländische Gesundheitsreform 2006 aus deutscher Sicht“

„Gründung und Betrieb von Privatkliniken durch Plankrankenhäuser?“

Zwei Rechtsgutachten

„Gemischte Krankenanstalten“

„Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“

Kurzfassung

„Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)“

Kurzfassung

„Beihilfevorschriften des Bundes nebst Durchführungshinweisen“

Musterbedingungen 2009

- für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)
- für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009)
- für die Pflegekrankenversicherung (MB/PV 2009)
- für die Ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009)

Brancheneinheitliche Versicherungsbedingungen

- Allgemeine Versicherungsbedingungen Private Studentische Krankenversicherung 2009
- Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Basistarif (MB/BT 2009)

„Satzung, Verbandsorgane, Organisation“

Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV – WIP

Diskussionspapiere

2011

- 2/2011 „Ein Vergleich der zahnärztlichen Vergütung nach GOZ und BEMA“ von Dr. Frank Niehaus, Dr. Torsten Keßler & Verena Finkenstädt
- 1/2011 „Die Bedeutung der GOZ für das Einkommen der Zahnärzte“ von Dr. Frank Schulze Ehring (Gastautor)

2010

- 5/2010 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2008“ von Dr. Frank Niehaus
- 4/2010 „Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008“ von Dr. Torsten Keßler
- 3/2010 „Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der GKV?“ von Dr. Frank Schulze Ehring & Dr. Anne-Dorothee Köster
- 2/2010 „Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich“ von Dr. Frank Wild
- 1/2010 „Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung“ von Dr. Frank Niehaus

2009

- 14/09 „Die Verordnung von Medikamenten zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der PKV“ von Dr. Frank Wild
- 13/09 „Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV“ von Dr. Frank Wild
- 12/09 „Deutschland - ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?“ von Dr. Frank Niehaus & Verena Finkenstädt
- 11/09 „Radiologie - Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ“ von Dr. Torsten Kessler
- 10/09 „Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009)“ von Dr. Frank Wild
- 9/09 „Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV“ von Dr. Frank Niehaus
- 8/09 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007“ von Dr. Frank Niehaus
- 7/09 „Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM“ (in Vorbereitung) von Dr. Frank Niehaus
- 6/09 „Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2004/2005/2006“ von Dr. Torsten Keßler
- 5/09 „Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007“ von Dr. Frank Wild
- 4/09 „Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen. Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007“ von Dr. Frank Wild
- 3/09 „Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV“ von Dr. Frank Wild
- 2/09 „Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen“ von Dr. Frank Niehaus

- 1/09 „Das Gesundheitssystem in der VR China“ von Dr. Anne Dorothee Köster

2008

- 3/08 „Arzneimittelversorgung mit Insulinen“ von Dr. Frank Wild
- 2/08 „Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006“ von Dr. Torsten Keßler
- 1/08 „Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2008)“ von Dr. Frank Wild

2007

- 9/07 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006“ von Dr. Frank Niehaus
- 8/07 „Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten“ von Dr. Frank Wild
- 7/07 „Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei Privatversicherten“ von Dr. Frank Wild
- 6/07 „Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen – ein Literaturüberblick“ von Dr. Frank Wild
- 5/07 „Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss »Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung«“ von Bernd Hof & Claus Schlömer
- 4/07 „Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?“ von Dr. Frank Schulze Ehring & Christian Weber
- 3/07 „Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten“ von Dr. Frank Wild
- 2/07 „Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung“ von Dr. Frank Schulze Ehring
- 1/07 „Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen“ von Dr. Frank Wild

2006

- 9/06 „Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungen bis 2005“ von Dr. Frank Schulze Ehring
- 8/06 „Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht“ von Dr. Frank Schulze Ehring
- 7/06 „Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten von der privaten Pflege-Pflichtversicherung“ von Dr. Frank Niehaus
- 6/06 „Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Die Verordnung von OTC-Präparaten“ von Dr. Frank Wild
- 5/06 „Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben (Version: 2/06)“ von Dr. Frank Niehaus
- 4/06 „Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine“ von Dr. Frank Wild
- 3/06 „Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV?“ von Dr. Frank Schulze Ehring
- 2/06 „PKV im Wettbewerb mit der GKV“ von Christian Weber
- 1/06 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen im Jahr 2004“ von Dr. Frank Niehaus

Projektpapiere

2011

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2009 - Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Dr. Frank Wild

2010

Das Spannungsverhältnis von Äquivalenz und Einkommensumverteilung in der GKV - Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge

Verena Finkenstädt

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 - Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Dr. Frank Wild

2008

Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?

Dr. Kornelia van der Beek und Christian Weber

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung

Dr. Frank Niehaus

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung

Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

2007

Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen

Dr. Frank Niehaus

2006

Alter und steigende Lebenserwartung: Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben

Dr. Frank Niehaus

2005

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen

Dr. Frank Niehaus / Christian Weber

Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung

Dr. Frank Wild

2004

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung

Dr. Frank Schulze Ehring

Die genannten Diskussions- und Projektpapier können über die Webseite des WIP (www.wip-pkv.de) heruntergeladen werden. Die Projektpapiere sind darüber hinaus auch als Broschüre über das WIP kostenlos zu beziehen.

