



Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2011



Verband der Privaten
Krankenversicherung



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

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

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de

Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2011

Inhalt

Vorwort	3
1. Wirtschaftliche Entwicklung des Verbands und seiner Mitgliedsunternehmen	7
1.1 Allgemeiner Überblick und Aufbau des Verbands	9
1.2 Versicherungsbestand	10
1.3 Erträge	17
1.4 Aufwendungen	20
2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit	23
2.1 Politik und Gesetzgebung	25
2.2 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbands	36
2.3 Präventions-Engagement der PKV	46
3. Entwicklungen im Leistungsbereich	49
3.1 Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte	51
3.2 Arzneimittel	60
3.3 Prävention	81
3.4 Stationäre Leistungen	84
3.5 Private Pflegepflichtversicherung	94
4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen ...	117
4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen	119
4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft	127
4.3 Rechnungslegung	135
4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement	137
4.5 Steuern	140
4.6 Internationale Zusammenarbeit	145
5. Aktuarielle Schwerpunkte	147
5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2012“	149
5.2 Beitragsanpassungen im Standard- und Basistarif	152
5.3 Beitrags- und Leistungsausgleich im Basistarif	164
5.4 Beitragsanpassungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung	168
6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	171

Anhang	177
I. Verbandsorgane	
I.1 Hauptausschuss und Vorstand.....	179
I.2 Sonderausschüsse	180
I.3 PKV-Vertreter in den Gremien des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	185
I.4 Geschäftsführung	186
I.5 Landesausschüsse	188
I.6 Mitgliedsunternehmen	190
II. Abkürzungsverzeichnis	195
III. Stichwortverzeichnis	198
IV. Publikationen des PKV-Verbands	200

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Private Krankenversicherung (PKV) hat ein erfolgreiches Jahr 2011 hinter sich. Es gibt heute so viele Privatversicherte wie nie zuvor – insgesamt bestehen rund 31 Millionen private Voll- und Zusatzversicherungen in Deutschland. Der Marktanteil der PKV wächst ständig weiter: Inzwischen sind 11,3 Prozent aller Bürger privat krankenvollversichert – fünf Jahre zuvor waren es erst 10,7 Prozent.

Zum Jahresende 2011 waren in der PKV 8,98 Millionen Menschen vollversichert – das ist knapp ein Prozent mehr als im Vorjahr. Der Netto-Neuzugang in der Vollversicherung betrug 80.800 Personen, das entspricht in etwa dem Zuwachs im Vorjahr. Solides Wachstum gab es auch bei der Zusatzversicherung: 2011 wurden 541.500 neue Verträge abgeschlossen, sodass zum Jahresende insgesamt 22,51 Millionen Zusatzversicherungen bestanden. Das ist ein Plus von 2,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die Alterungsrückstellungen stiegen bis Ende 2011 in der Krankenversicherung auf 146 Milliarden Euro und in der Pflegeversicherung auf 24 Milliarden Euro – also insgesamt auf 170 Milliarden Euro. Das sind 7,6 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Damit zeigt sich erneut, dass unser nachhaltiges Prinzip der Kapitaldeckung auch in den Zeiten der Banken- und Eurokrise stabil funktioniert.

Privat pflegeversichert waren Ende 2011 insgesamt 9,67 Millionen Menschen. Das sind 0,8 Prozent mehr als im Vorjahr. In der Pflegezusatzversicherung stieg die Zahl der Verträge um 10,8 Prozent auf 1,88 Millionen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung besteht hier aber noch immer ein großer Nachholbedarf.

Damit sind wir auch schon bei einem der wichtigsten Themen der Gesundheitspolitik des Jahres 2011, der Reform der Pflegeversicherung. Leider hat sich die Koalition von CDU/CSU und FDP entgegen den ursprünglichen Plänen ihrer Koalitionsvereinbarung nicht zu einer großen Lösung mit einer verpflichtenden ergänzenden Pflegeversicherung durchbringen können. Die stattdessen geplante steuerliche Förderung der freiwilligen privaten Vorsorge für den Pflegefall kann gleichwohl ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung werden.

Der Ausbau der kapitalgedeckten Vorsorge ist die einzig richtige Antwort auf die demografische Entwicklung in Deutschland. In den vor uns liegenden Jahrzehnten wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen etwa verdoppeln. Die geplante staatliche Förderung muss deshalb die Bereitschaft der Bürger zu privater Vorsorge deutlich erhöhen. Denn diese Herausforderung wird immer noch von zu vielen Menschen verdrängt. Dabei kann zusätzlicher privater Versicherungsschutz mit Kapitaldeckung zu durchaus überschaubaren Beiträgen aufgebaut werden. Die Private Krankenversicherung ist zur tatkräftigen Mitwirkung bereit, um den Schutz der Bürger vor finanzieller Überforderung im Pflegefall zu verstärken. Wir hoffen sehr, dass die Bundesregierung die nötige Kraft aufbringt, um eine von ihr selbst als besonders wichtig erkannte Reform nun auch vernünftig auszugestalten und mit einer tragfähigen Finanzierung auszustatten.

Mit Erfolg hat der PKV-Verband 2011 in den Debatten zur Pflegereform Überzeugungsarbeit geleistet, dass ein ergänzender Kapitalstock für die Pflegeversicherung auf jeden Fall außerhalb des staatlichen Einflussbereichs angelegt

werden muss, denn nur dann sind diese Geldreserven als privates Eigentum verfassungsrechtlich geschützt und können nicht von der Politik für andere aktuelle Ziele aufgebraucht werden. Wenn es noch eines Beweises bedurft hätte, dass Finanzpolster in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht vor politischem Zugriff sicher sind, so hat ihn Anfang 2012 die Diskussion über die GKV-Überschüsse von 20 Mrd. Euro erbracht. Wochenlang überboten sich Politiker mit Vorschlägen, wofür dieses Geld zu verwenden sei. Die einen wollten damit die Staatskasse entlasten, andere wollten neue sozialpolitische Wohltaten finanzieren. Das alles zeigte einmal mehr: Echte Rücklagen zur Vorsorge für die demografische Entwicklung sind nur in der Privaten Krankenversicherung geschützt vor einer Zweckentfremdung durch die Politik, während die Gelder in der GKV ein Spielball in den Händen der Politik sind.

Große Fortschritte gab es bei der Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen. Nachdem der hartnäckige Widerstand der GKV und insbesondere der Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen gegen eine gleichberechtigte Beteiligung der PKV-Qualitätsprüfer jahrelang zu Verzögerungen geführt hatte, hat der Gesetzgeber 2011 im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes klargestellt, dass die Landesverbände der Pflegekassen zur Vergabe von Prüfaufträgen an den Prüfdienst der PKV verpflichtet sind. Damit konnten die Qualitätsprüfer des PKV-Verbands 2011 endlich ihre Tätigkeit aufnehmen. Sie werden nun gemäß dem gesetzlich definierten Anteil der PKV pro Jahr über 2.000 Einrichtungen prüfen. Dieser Wettbewerb kann den Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nur gut tun – zum Nutzen der Pflegebedürftigen.

Die Beteiligung an der Prüfung von Pflegeeinrichtungen ist ein weiterer Schritt der Qualitäts-Offensive der PKV in der Pflege. Dazu gehört insbesondere auch die private Pflegeberatung COMPASS, deren vorbildliches bundesweites Angebot einer aufsuchenden Pflegeberatung im gewohnten häuslichen Umfeld der Betroffenen inzwischen Maßstäbe für die anstehende Pflegereform setzt. Und die vom PKV-Verband gegründete gemeinnützige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ hat sich als Impulsgeber für die Pflegeforschung und als Netzwerk für den Austausch neuester fachlicher Erkenntnisse in der Pflegeszene einen guten Namen gemacht.

Nur kleine Schritte gab es 2011 bei der Weiterentwicklung der ärztlichen Gebührenordnungen. Die Bundesregierung konnte sich nicht zu einer größeren Reform der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) durchringen. Mit der GOZ-Novelle wurde leider die Gelegenheit verpasst, eine moderne Gebührenordnung auf betriebswirtschaftlicher Kalkulationsgrundlage zu entwickeln. Diese Novelle bringt nur einige Anpassungen im hergebrachten System und ist daher auch keine Vorentscheidung für die anstehende neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei der eine grundlegende Strukturreform erforderlich ist. Durch die GOZ-Novelle werden die Patienten und Versicherten deutlich höher belastet, obwohl es nach Ansicht der PKV angesichts überdurchschnittlicher Erhöhungen des Honorarvolumens in den Vorjahren keinerlei Nachholbedarf für die Zahnärzte gibt. Die Kosten werden nach Schätzungen des PKV-Verbands infolge der GOZ-Novelle um 14 bis 20 Prozent steigen.

Die Private Krankenversicherung ist und bleibt bereit, gemeinsam mit der Ärzteschaft und der Zahnärzteschaft echte Reformen für die GOÄ und die GOZ zu entwickeln, die auf der Basis transparenter Kostendaten dauerhaft tragfähige Lösungen bieten. Dazu könnte die Bildung eines unabhängigen Instituts wertvolle Hilfe leisten, ebenso bei der Entwicklung eines Verfahrens zur rascheren

Integration des medizinischen Fortschritts in die Gebührenordnungen. Unverändertes Ziel der Privaten Krankenversicherung ist und bleibt es zudem, im Interesse ihrer Versicherten Vertragskompetenzen gegenüber allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu erhalten. Die PKV lädt Ärzte- und Zahnärzteschaft weiterhin dazu ein, hier gemeinsam neue Wege zu suchen.

Im Jahr 2011 endete der jahrelange Rechtsstreit über die Frage, ob Privatklinik-Ausgründungen an das Krankenhausentgeltrecht gebunden sind, mit einem höchstrichterlichen Beschluss des Bundesgerichtshofs, der eine Klage der PKV aus formalrechtlichen Gründen abgewiesen hat. Der PKV-Verband konnte die verantwortlichen Gesundheitspolitiker überzeugen, dass nach dem Ausschöpfen des Rechtswegs nun der Gesetzgeber gefordert war, um die Patienten vor einer Überforderung durch überhöhte Krankenhausrechnungen zu schützen. Denn wäre der Beschluss des Bundesgerichtshofs geltendes Recht geblieben, hätte die Ausgründungspraxis Schule gemacht. Jedes Plankrankenhaus hätte über kurz oder lang eine willkommene Gelegenheit gesehen, zusätzliche Einnahmen zu generieren – indem man unter Umgehung des Krankenhausentgeltrechts für identische Leistungen des Haupthauses auf rechtlich verselbstständigten Privatstationen deutlich höhere Preise verlangt. Mehrausgaben von mindestens einer Milliarde Euro im Jahr wären schon nach konservativer Schätzung die Folge gewesen. Dies konnte durch eine rasche gesetzliche Neuregelung zum 1. Januar 2012 verhindert werden: Die Leistungen in Privatklinik-Ausgründungen fallen nun klar unter das Krankenhausentgeltrecht.

In rekordverdächtig kurzer Zeit hat der PKV-Verband zusammen mit den Trägern der Beihilfe das Gemeinschaftsunternehmen „ZESAR – Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH“ gegründet, um die seit 2011 auch für Privatversicherte geltenden gesetzlich eingeführten Arzneimittelrabatte zu realisieren. ZESAR macht nun für die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands und die etwa 11.000 Beihilfestellen in Deutschland die neuen Rabattansprüche gegenüber den Arzneimittelherstellern geltend. Die erzielten Rabatte führt ZESAR anschließend an die Versicherer und Beihilfestellen zurück. Nach gesetzlicher Vorgabe werden die Rabatte ausschließlich zu Gunsten der Versicherten, also zur Senkung der Prämien oder zur Prämienstabilisierung verwendet. Unabhängig davon drängt die PKV weiterhin auf ein eigenständiges Verhandlungsmandat auch im Arzneimittelbereich. Zwar ist es zu begrüßen, dass sie bei innovativen Medikamenten an den Preisverhandlungen beteiligt werden soll. Das erklärte Ziel der PKV bleibt jedoch, eigenständige Verträge mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen abzuschließen.

Im Herbst 2011 hat der Gesetzgeber neue Regeln für Provisionszahlungen beschlossen, die sich nun in der Praxis bewähren müssen: eine sechzigmonatige Stornohaftungszeit sowie eine grundsätzliche Deckelung der Abschlussprovision auf neun Monatsbeiträge. Der PKV-Verband hat diese Regelung unterstützt, um durch eine Begrenzung der Vermittlerprovisionen im Interesse des Verbraucherschutzes Übertreibungen wirksam zu verhindern. Dies gilt vor allem für Fehlanreize bei den so genannten Umdeckungen, soweit der Unternehmenswechsel nicht im Interesse des Versicherten erfolgt. Eine Regulierung durch die Branche selbst war aus kartellrechtlichen Gründen nicht möglich.

Die PKV versteht ihre Rolle auch als Treiber für eine stabile und stetig verbesserte Qualität des Angebots in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Dafür engagiert sie sich auf den großen ebenso wie auf kleinen „Baustellen“ im Gesundheitswesen. So hat sich die PKV im Rahmen ihrer Beteiligung an

der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) für die Unterstützung eines innovativen Projekts entschieden: Um für Menschen mit Migrationshintergrund Sprachbarrieren und andere Hindernisse im deutschen Gesundheitssystem überwinden zu helfen, finanziert die PKV seit 2011 ein Beratungsangebot der UPD in türkischer und russischer Sprache. Dieses in seinem Umfang in Deutschland bisher einmalige Projekt ist ein wichtiger Schritt hin zu einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung.

Unsere insgesamt sehr gute Gesundheitsversorgung, um die wir weltweit beneidet werden, verdanken wir nicht zuletzt dem Systemwettbewerb von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. Das Zwei-Säulen-System aus GKV und PKV stellt eine hohe medizinische Versorgungsqualität für alle Bürger sicher. Wir haben im internationalen Vergleich die kürzesten Wartezeiten und den besten Zugang zu Fachärzten. Diesen bewährten Wettbewerb der Systeme in Frage zu stellen, wäre nicht nur überflüssig, sondern äußerst riskant.

Darüber hinaus bildet nur die Private Krankenversicherung mit ihrer kapitalgedeckten Finanzierung Rückstellungen für die steigenden Ausgaben ihrer Versicherten im Alter, während die GKV ihre steigenden Lasten einfach den kleiner werdenden Generationen unserer Kinder und Enkel überlässt. Je weiter der demografische Wandel und die Alterung unserer Gesellschaft voranschreiten, desto wichtiger wird eine generationengerechte Finanzierung der Gesundheitskosten. Daher gilt: Je mehr Menschen und Leistungen kapitalgedeckt in der PKV abgesichert werden, desto besser für die Zukunft des Gesundheitswesens. Die Private Krankenversicherung ist bereit, in den kommenden Jahren mit ihren wachsenden demografischen Herausforderungen zunehmend mehr Verantwortung für eine nachhaltige Organisation und Finanzierung unseres Gesundheitssystems zu übernehmen.

Köln, im Mai 2012



Reinhold Schulte
Vorsitzender



Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor



1. Wirtschaftliche Entwicklung des Verbands und seiner Mitgliedsunternehmen



1.1 Allgemeiner Überblick und Aufbau des Verbands



Zweck des Verbands 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 Verbands für das Jahr 2011 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 2011/2012 als Ergänzung zu dieser Veröffentlichung im Herbst bekannt gegeben. Die zurzeit neuesten exakten Zahlen sind im Zahlenbericht 2010/2011 veröffentlicht, der auf www.pkv.de zu finden ist.

Der Verband hatte Ende 2011 43 ordentliche und vier außerordentliche Mitglieder; zwei Unternehmen stellten verbundene Einrichtungen dar.

43 Mitgliedsunternehmen

- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 24 Aktiengesellschaften

4 außerordentliche Mitgliedsunternehmen

Diese Versicherungsunternehmen sind keine ordentlichen Mitglieder, da sie die Krankenversicherung zusammen mit einem anderen Versicherungszweig betreiben.

2 verbundene Einrichtungen

- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
- Postbeamtenkrankenkasse

R11/1101

Zweck des PKV-Verbands

Vorläufige Zahlen

Mitgliedsunternehmen

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

	Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit		Aktiengesellschaften	
	2011	2010	2011	2010
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	19	19	24	24
Anzahl der Vollversicherten	4.518.500	4.466.600	4.457.800	4.428.900
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	50,34	50,21	49,66	49,79
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	14.759,2	14.318,1	19.926,0	18.952,2
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	42,55	43,04	57,45	56,96

R11/1102 – Werte für 2011 vorläufig

10 Aktiengesellschaften waren Tochterunternehmen von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 3.515 Mio. Euro machten 10,1 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 10,5 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 34.685 Mio. Euro beträgt 72,6 Prozent.

Der Nettoneuzugang in der Vollversicherung bewegte sich mit 80.800 Personen im Jahr 2011 in etwa auf dem Niveau des Vorjahres (84.700). Der Marktanteil der Privaten Krankenversicherung im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung hat sich damit auf 11,3 Prozent erhöht.

	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.976.300	8.895.500	+80.800	+0,9

R11/1201 – Werte für 2011 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. Die Zahlen zeigen, dass jedes Jahr deutlich mehr Menschen von der GKV in die PKV wechseln als umgekehrt.

Wanderungsbewegung	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	231.900	227.700	+4.200	+1,8
Abgänge zur GKV	156.800	153.200	+3.600	+2,3
Differenz	75.100	74.500	+600	+0,8

R11/1202 – Werte für 2011 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.

	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	488.300	498.000	-9.700	-1,9

R11/1203 – Werte für 2011 vorläufig

Im Jahr 2011 waren mehr als 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.

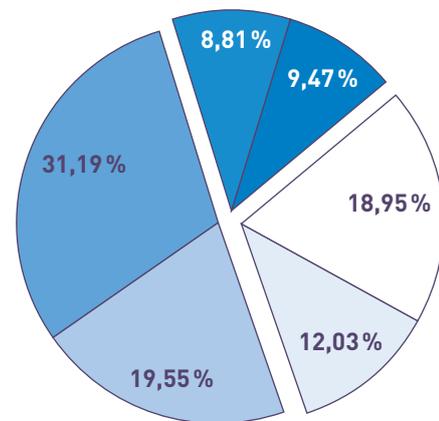
Wanderungsbewegung

Bruttoneuzugang

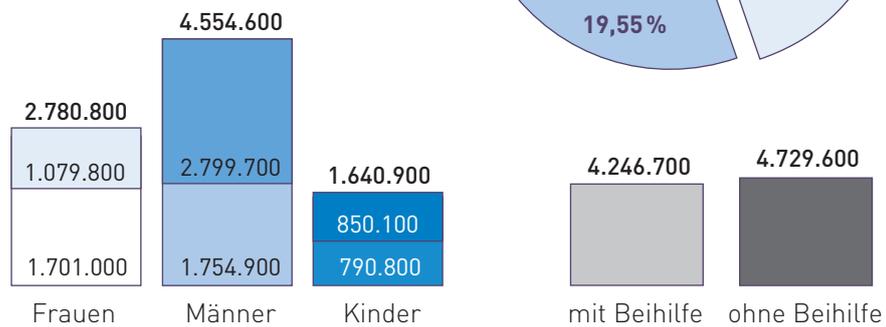
Zusammensetzung des Bestands

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2011

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



absolut



R11/1204 – Werte für 2011 vorläufig

Wahlleistungen im Krankenhaus

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

	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.321.600	7.298.800	+22.800	+0,3

R11/1205 – Werte für 2011 vorläufig

Krankentagegeld

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

	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	2.072.700	2.045.600	+27.100	+1,3

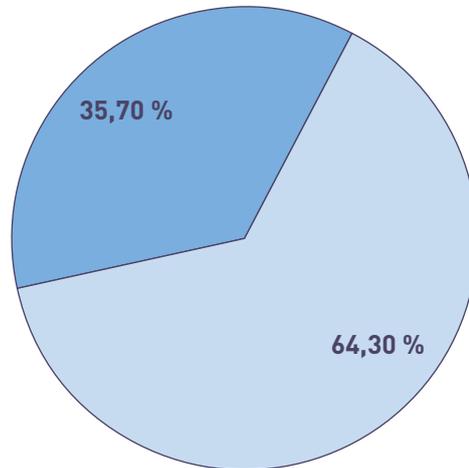
R11/1206 – Werte für 2011 vorläufig

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 2011

- Arbeitnehmer
- Selbstständige



R11/1207 – Werte für 2011 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	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.200	6.100	+ 100	+ 1,6
ohne Beihilfe	35.600	34.100	+ 1.500	+ 4,4
insgesamt	41.800	40.200	+ 1.600	+ 4,0
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	776	747	+ 29	+ 3,9

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.

R11/1208 – Werte für 2011 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	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	26.100	21.000	+ 5.100	+ 24,3
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif	4.000	4.300	- 300	- 7,0
aus der Nichtversiche- rung (seit 2009)	8.600	7.300	+ 1.300	+ 17,8
aus der GKV	400	400	0	0
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	12.300	8.400	+ 3.900	+ 46,4
Wechsel zwischen den Unternehmen	500	400	+ 100	+ 25,0
sonstiger Zugang	300	200	+ 100	+ 50,0
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit	9.600	6.900	2.700	39,1

R11/1209 – Werte für 2011 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	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.086.600	2.870.300	+216.300	+7,5
Männer	4.924.400	5.043.800	-119.400	-2,4
Kinder	1.656.100	1.678.900	-22.800	-1,4
insgesamt	9.667.100	9.593.000	+74.100	+0,8

R11/1210 – Werte für 2011 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 wurde für viele Menschen der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung erleichtert.

Zusatzversicherungen	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Zusatzversicherungen	22.510.900	21.969.400	+541.500	+2,5

R11/1211 – Werte für 2011 vorläufig

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2011	2010	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	3.464.600	3.319.100	+145.500	+4,4
	Männer	2.674.000	2.566.700	+107.300	+4,2
	Kinder	1.540.800	1.557.400	-16.600	-1,1
	insgesamt	7.679.400	7.443.200	+236.200	+3,2
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.575.900	2.546.100	+29.800	+1,2
	Männer	1.773.300	1.741.500	+31.800	+1,8
	Kinder	1.377.800	1.355.900	+21.900	+1,6
	insgesamt	5.727.000	5.643.500	+83.500	+1,5
Zahntarife	Frauen	6.403.900	5.820.100	+583.800	+10,0
	Männer	4.860.200	4.486.300	+373.900	+8,3
	Kinder	1.932.900	1.885.700	+47.200	+2,5
	insgesamt	13.197.000	12.192.100	+1.004.900	+8,2
insgesamt¹	Frauen	8.273.400	7.922.600	+350.800	+4,4
	Männer	6.233.700	5.939.800	+293.900	+4,9
	Kinder	2.632.800	2.650.900	-18.100	-0,7
	insgesamt	17.139.900	16.513.300	+626.600	+3,8

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

R11/1212 – Werte für 2011 vorläufig

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

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten	2011	2010	Veränderung absolut in Prozent	
Krankentagegeld- versicherung	3.595.500	3.536.600	+58.900	+1,7
Krankenhaustage- geldversicherung	8.242.500	8.333.900	-91.400	-1,1
Pflegezusatz- versicherung	1.882.600	1.699.500	+183.100	+10,8
davon				
Pflegezeitgeld- versicherung	1.682.000	1.505.500	+176.500	+11,7
Pflegekosten- versicherung	308.300	289.500	+18.800	+6,5

R11/1213 – Werte für 2011 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.

	2011		2010		Veränderung	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Auslandsreisekrankenversicherung	24.489.500	-	24.542.100	-	- 52.600	- 0,2

R11/1214 – Werte für 2011 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 Beitragseinnahmen 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.

Auslandsreisekrankenversicherung

Unabgegrenzte und abgegrenzte Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach
Versicherungsarten

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	25.195	24.072,1	+ 1.125	+ 4,7
Pflegeversicherung	2.105	2.096,0	+ 10	+ 0,5
Zusatzversicherungen	6.685	6.406,4	+ 280	+ 4,4
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.530	4.338,2	+ 190	+ 4,4
Krankentagegeld- versicherung	1.065	1.018,8	+ 45	+ 4,4
Krankenhaustagegeld- versicherung	595	610,9	- 15	- 2,5
Pflegezusatz- versicherung	495	438,5	+ 55	+ 12,5
Besondere Versicherungsformen	700	695,8	+ 5	+ 0,7
davon				
Auslandsreise- krankenversicherung	355	363,9	- 10	- 2,7
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	105	96,6	+ 10	+ 10,4
Beihilfeablöse- versicherung	235	229,7	+ 5	+ 2,2
Restschuld- und Lohnfortzahlungs- versicherung	5	5,6	0	0
insgesamt	34.685	33.270,3	+ 1.415	+ 4,3
insgesamt ohne Pflegeversicherung	32.580	31.174,3	+ 1.405	+ 4,5

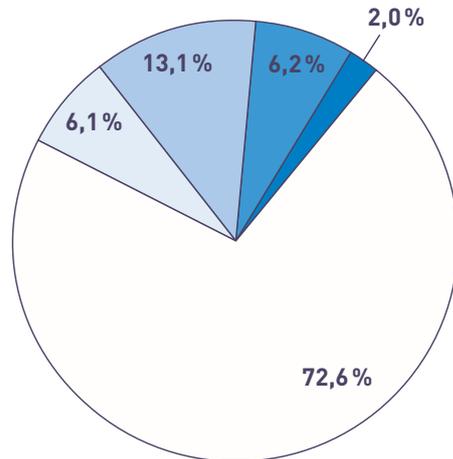
R11/1301 – Werte für 2011 vorläufig



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 2011

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



R11/1302 – Werte für 2011 vorläufig

Anteil der Beitragseinnahmen 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	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	1.220	1.942,6	- 720	- 37,1
Pflegeversicherung	20	847,3	- 830	- 98,0
Zusatzversicherungen	140	107,9	+ 30	+ 27,8
Besondere Versicherungsformen	0	0,0	0	0
insgesamt	1.380	2.897,8	- 1.520	- 52,5

R11/1303 – Werte für 2011 vorläufig

1.4 Aufwendungen

Leistungen an die
Versicherten

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Sie betragen im Jahr 2011 insgesamt 22.755 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 91,0 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2010 betrug dieser Wert 87,7 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 1.896,3 Mio. Euro – 70,0 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Leistungen an Versicherte	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	22.010	21.216,7	+795	+3,7
Pflegeversicherung	745	698,8	+45	+6,4
insgesamt	22.755	21.915,5	+840	+3,8

R11/1401 – Werte für 2011 vorläufig



Die Kostenentwicklung je Versicherten hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht (2010: plus 2,5 Prozent).

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

Veränderung der Versicherungsleistungen 2010 / 2011 je Versicherten	Veränderung in Prozent
ambulante Leistungen	-0,8
davon	
Arztbehandlung	-0,9
Heilpraktikerbehandlung	+5,1
Arzneien und Verbandmittel	-2,2
Heilmittel	+0,6
Hilfsmittel	-0,4
Zahnleistungen	+7,3
davon	
Zahnbehandlung	+3,2
Zahnersatz	+10,0
Kieferorthopädie	+5,5
stationäre Leistungen	+6,5
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+7,5
Wahlleistung Chefarzt	+4,4
Wahlleistung Unterkunft	+5,2
Ersatz-Krankenhaustagegeld	+2,8
Versicherungsleistungen für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+2,9

R11/1402 – Werte für 2011 vorläufig

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 2011:

Alterungsrückstellungen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	146.000	135.470,5	+ 10.530	+ 7,8
Pflegeversicherung	24.000	22.534,3	+ 1.465	+ 6,5
insgesamt	170.000	158.004,8	+ 11.995	+ 7,6

R11/1403 – Werte für 2011 vorläufig

Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

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

	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.790	2.649,0	+ 140	+ 5,3
Verwaltungsaufwendungen	860	815,0	+ 45	+ 5,5
insgesamt	3.650	3.464,0	+ 185	+ 5,3

R11/1404 – Werte für 2011 vorläufig



2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit



2.1 Politik und Gesetzgebung

Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung (PKV) war das Jahr 2011 politisch weniger von den großen Fragen als vielmehr durch zahlreiche Details geprägt. Anders als im Jahr 2010, das mit dem Gesetz zur solidarischen und nachhaltigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz) und dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) noch größere Strukturreformen mit sich brachte, überwog im Jahr 2011 die Nachbesserung oder Reparatur des geltenden Rechts.

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) hat der Deutsche Bundestag eine Reihe von Maßnahmen zur ärztlichen Niederlassung in unterversorgten Gebieten beschlossen.

Arztpraxen und Krankenhäuser sollen schrittweise miteinander verzahnt und der Zugang zu Innovationen soll erleichtert werden. In unterversorgten Regionen sollen neue Versorgungsstrukturen jenseits der klassischen Praxismodelle organisiert werden. Mit einem Katalog von Anreizen und finanziellen Unterstützungen soll es Ärzten erleichtert werden, sich in ländlichen oder strukturschwachen Regionen niederzulassen. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen künftig nur unter bestimmten engen Voraussetzungen zugelassen werden. Die Länder haben mehr Mitwirkungsrechte bei der Bedarfsplanung für die Versorgung erhalten.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist zudem genutzt worden, um weitere, auch für die privat Krankenversicherten relevante Änderungen im Gesundheitssystem zu beschließen.

Privatklinik-Ausgründungen

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde beschlossen, dass medizinische Leistungen in sogenannten Privatklinik-Ausgründungen dem Krankenhausentgeltrecht unterliegen (s. Seite 92). Damit dürfen sowohl für allgemeine Krankenhausleistungen als auch für Wahlleistungen Unterkunft nur Entgelte verlangt werden, die nach geltendem Recht auch im Plankrankenhaus zu leisten sind. Diese Regelung ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Der Gesetzgeber hat damit auf einen Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) reagiert, der noch am 21. April 2011 entschieden hatte, dass ausgegründete Privatkliniken nicht dem Krankenhausentgeltrecht unterliegen. Diese BGH-Entscheidung hätte dazu geführt, dass eine zwischen PKV und Kliniken zuvor über Jahre umstrittene Praxis von Ausgründungen zum alleinigen Zweck der Generierung von Mehreinnahmen bei identischen Leistungen zu Gunsten der Kliniken bestätigt und befördert worden wäre. Ohne die Gesetzesänderung hätte die Ausgründungspraxis Schule gemacht. Dies hätte eine Explosion der stationären Leistungsausgaben zur Folge gehabt. Jedes Plankrankenhaus hätte über kurz oder lang den Anreiz gehabt, zusätzliche Einnahmen zu generieren – indem für identische Leistungen des Haupthauses auf der rechtlich verselbständigten Privatstation ein deutlich höherer Preis verlangt worden wäre. Mehrausgaben von einer Milliarde Euro pro Jahr wären zu erwarten gewesen. Diese Umgehung

des Krankenhausentgeltrechts war nur durch eine gesetzliche Regelung zu verhindern.

Mit Blick auf die Prämienentwicklung in der PKV ist die gesetzliche Neuregelung sachgerecht. Die Koalition ist damit ihrer Verantwortung für die Versicherten gerecht geworden: Privatversicherte werden vor überhöhten Entgeltforderungen und damit zusammenhängenden Beitragssteigerungen geschützt.

Familienpflegezeit

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde auch eine Lücke im neuen Familienpflegezeitgesetz geschlossen. Arbeitnehmer, die von der ab dem 1. Januar 2012 geltenden Möglichkeit, die Arbeitsstunden zu reduzieren und sich in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren verstärkt um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, Gebrauch machen, verringern damit ihr Gehalt und fallen gegebenenfalls unter die Versicherungspflichtgrenze. Im Familienpflegezeitgesetz fand sich bislang keine Möglichkeit zur Befreiung von der Versicherungspflicht analog zum Pflegezeitgesetz. Diese Lücke ist im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes geschlossen worden.

Vorruhestand

Zudem ist die Zuschussregelung für Vorruheständler geändert worden. Bis dahin war der maximale Arbeitgeberzuschuss eines privat versicherten Vorruhestandsgeld-Empfängers 0,45 Prozentpunkte geringer und damit im Jahr 2011 bis zu 16,70 Euro im Monat niedriger als bei einem freiwillig GKV-versicherten Bezieher von Vorruhestandsgeld. Seit dem 1. Januar 2012 entfällt diese Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat versicherten Vorruheständlern.

Wahltarife und Satzungsleistungen in der GKV

Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Überprüfung der Grenzziehung zwischen den Systemen bei den Wahlтарifen endete schon 2010 in einem für die PKV unbefriedigenden Kompromiss. Anstelle einer grundsätzlichen Begrenzung der Kompetenzen wurde den gesetzlichen Krankenkassen das Angebot auch höherwertiger Wahlтарife beispielsweise mit Wahlleistungen im Krankenhaus unter der Bedingung erlaubt, dass dabei das Verbot der Quersubventionierung respektiert und ein entsprechendes versicherungsmathematisches Gutachten vorgelegt wird.

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat mit Schreiben vom 9. Juni 2011 die gesetzlichen Krankenkassen unterrichtet, wie der 2010 beschlossene neue § 53 Abs. 9 SGB V in der Praxis zu handhaben ist. Das BVA hat dabei unmissverständlich klargestellt, dass Halteeffekte bei der Prämienkalkulation von GKV-Wahlтарifen nicht berücksichtigt werden dürfen. Alle Aufwendungen dürfen nur aus dem Wahlтарif selbst finanziert werden. Alle neuen Tarife seit 1. Januar 2011 müssen dies durch eine Plausibilitätsdarstellung nachweisen. Im Jahr 2014 werden zudem alle Krankenkassen für alle – also auch ältere – Wahlтарife versicherungsmathematische Gutachten vorlegen müssen. Diese strenge Auslegung des geltenden Rechts durch die Aufsicht ist zu begrüßen. Ob die Kontrolle der Einhaltung der Regeln allerdings genauso streng sein wird, zumal dies nur mit entsprechendem Einsatz von personellen Ressourcen möglich wäre, bleibt vorerst abzuwarten.



Die PKV sieht daher keinen Anlass, ihre Beschwerde gegen die GKV-Wahltarife bei der EU-Kommission zurückzuziehen. Dies geschieht nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass auch die im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes beschlossene Erweiterung der GKV-Satzungsleistungen die Grenze zwischen den Systemen weiter verwischt hat: Die neuen Möglichkeiten, Zusatzleistungen anzubieten, führen zu einer ordnungspolitisch fragwürdigen sozialstaatlichen Angebotskonkurrenz zum funktionierenden privatwirtschaftlichen Zusatzversicherungsmarkt der PKV.

Novellierung der Gebührenordnungen

Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung hätte 2011 das Jahr einer substantiellen Novellierung der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ) werden sollen. Der dringende Reformbedarf der jahrzehntealten GOÄ und GOZ ist offenkundig. Beide bilden den medizinischen Fortschritt nicht ab und setzen überdies Fehlanreize zu medizinisch fragwürdigen Mengenausweitungen. Die Private Krankenversicherung fordert daher eine grundlegende Strukturreform insbesondere der GOÄ. Die PKV hat dafür ein schlüssiges Konzept erarbeitet und es mit Ärzteschaft und Politik erörtert. Das PKV-Konzept bietet eine klare und logische Struktur, die vor allem im Interesse der Patienten wesentlich mehr Transparenz in die ärztlichen Rechnungen bringen wird. Es beruht auf den Leitmaximen „betriebswirtschaftliche Grundlegung“, „institutionalisierte Fortentwicklung“ und – darauf aufbauend – „Vertragskompetenzen zugunsten von mehr Qualitätssicherung“.

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Leider hat die GOZ-Novelle systematische Schwächen nicht grundlegend behoben. Die neue Gebührenordnung basiert nicht auf einer betriebswirtschaftlichen Kalkulationsgrundlage und führt zu Mehrkosten für die Versicherten. Außerdem

erhielt die PKV keine Vertragskompetenzen, die im Interesse der Patienten und der Zahnärzte Vereinbarungen zu Qualität und angemessener Vergütung zahnärztlicher Leistungen ermöglicht hätten. Immerhin konnten über den Gesetzentwurf der Bundesregierung hinausgehende und seitens der Zahnärzte geforderte Honorar- und damit Ausgabensteigerungen verhindert werden.

Steigende
Behandlungskosten

Unterm Strich werden die Behandlungskosten beim Zahnarzt ab dem 1. Januar 2012 spürbar und für alle Patienten gleichermaßen steigen. Denn die Zahnärzte rechnen nicht nur bei Privatversicherten nach der GOZ ab. Auch bei gesetzlich versicherten Patienten ist dieses Verzeichnis die Berechnungsgrundlage für alle Leistungen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Und der Anteil dieser Leistungen ist durch Leistungseinschränkungen in der GKV zunehmend größer geworden. Spätestens seit 2005, als die Festzuschüsse beim Zahnersatz eingeführt wurden, hat sich die GKV im Bereich der Zahnleistungen zu einer Teilkaskoversicherung entwickelt. So beträgt etwa beim Zahnersatz der Anteil der nach der GOZ abgerechneten Leistungen bei einem gesetzlich Versicherten bis zu drei Viertel der Kosten. Bei einigen Leistungen rechnet der Zahnarzt sogar bis zu 100 Prozent nach der Gebührenordnung ab.

Durch die GOZ-Novelle werden sich die entsprechenden Beträge nochmals erhöhen – und das weitaus stärker als die Kostenschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit angibt. 345 Millionen Euro oder umgerechnet 6 Prozent Honorarzuwachs gesteht die Novelle den Zahnärzten offiziell zu. Diese Berechnung unterstellt allerdings eine schrittweise Rückkehr der Ärzte zur Rechnungslegung mit 2,3-fachem Steigerungsfaktor, dem sogenannten Regelhöchstsatz. Doch diese Regel ist längst zur Ausnahme geworden: Wurden im Jahr 2000 noch knapp 68 Prozent aller zahnärztlichen Leistungen mit maximal 2,3-fachem Faktor abgerechnet, waren es 2009 lediglich noch 47 Prozent. Bezogen auf den Umsatz hat sich die Häufigkeit der Anwendung von Steigerungsfaktoren über dem Regelhöchstsatz zwischen 2000 und 2009 um fast 65 Prozent erhöht.

Die Annahme, dieser Trend ließe sich umkehren, erscheint unrealistisch. Zwar mahnt das Bundesministerium für Gesundheit in seiner Pressemitteilung vom 21. September 2011 einen „verantwortungsvollen und maßvollen“ Umgang mit der Gebührenordnung an. Doch wenn die Zahnärzte die Spielräume der GOZ-Novelle nutzen, kommen nach PKV-Berechnungen auf die offiziell zugestandenen 6 Prozent noch weitere 8 Prozent Honorarvolumen dazu. Da sich zahnärztliche Leistungen überdies in Zukunft stärker zu den im Rahmen der GOZ-Novelle höher dotierten Positionen verlagern dürften, könnten am Ende Mehrkosten in Höhe von bis zu 20 Prozent auf die Patienten zukommen.

Kein Nachholbedarf bei
Zahnarzt Honoraren

Doch unabhängig davon, wie hoch die Mehrausgaben letztlich ausfallen werden: Eigentlich gibt es beim Zahnarzt Honorar gar keinen Nachholbedarf. Denn die Vergütungen aus der GOZ sind in den vergangenen Jahren bereits überdurchschnittlich gestiegen. So erhöhten sich die Ausgaben der PKV für Zahnmedizin in den letzten 10 Jahren um 36 Prozent, also mehr als doppelt so stark wie die allgemeine Preissteigerung, die im selben Zeitraum bei 17 Prozent lag.

Neben den Honorarsteigerungen ist zu bedauern, dass die Gelegenheit, eine moderne Gebührenordnung zu entwickeln, leider verpasst wurde. Dazu hätte unbedingt ein Bezug auf transparente betriebswirtschaftliche Kostendaten gehört. Zudem hätte die Bildung eines unabhängigen Instituts wertvolle Hilfe bei der Entwicklung eines Verfahrens zur rascheren Integration des medizinischen

Fortschritts in die GOZ leisten können. Vor allem aber wurde es versäumt, eine Regelung zu etablieren, die Vertragsverhandlungen zwischen PKV und Zahnärzten zulässt.

Eine solche Klausel ist jedoch erforderlich, um über die starren Strukturen der staatlichen Gebührenordnung hinaus Vereinbarungen über Qualität, Mengen und Preise in der Behandlung der Patienten vereinbaren zu können. Dabei hätte sich auch für die Zahnärzteschaft eine gute Chance geboten, die von ihr gewünschte Erfassung des zahnmedizinischen Leistungsgeschehens auf dem neuesten Stand zu vereinbaren.

Die Private Krankenversicherung ist und bleibt dazu bereit, gemeinsam mit der Zahnärzteschaft eine moderne Gebührenordnung auf betriebswirtschaftlicher Kalkulationsgrundlage zu entwickeln. Das ist bei der GOZ-Novelle nicht geschehen. Gerade weil diese nur einige Anpassungen im hergebrachten System und keine substantiellen Neuerungen enthält, kann sie auch keine Vorentscheidung für die angekündigte neue Gebührenordnung für Ärzte bedeuten.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die Notwendigkeit einer grundlegenden Strukturreform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist unstrittig (s. Seite 51 ff.). Wesentliche Problemfelder sind veraltete Leistungsbeschreibungen, fehlende kalkulatorische Grundlagen der Honorarhöhen und eine zu geringe Transparenz der Leistungsbeschreibungen für die Patienten.

Die PKV hat deshalb ein umfassendes Konzept zur Neugestaltung der GOÄ erarbeitet, welches die Weiterentwicklung des Allgemeinen Teils als auch des Speziellen Teils inklusive der Leistungslegenden umfasst. Bestandteil dieser Neukonzeption sind weiterhin Punktzahlen pro Gebührenposition als Ausdruck von Bewertungsrelationen. Um das Fundament für ein modernes Honorarsystem zu schaffen, haben wir die verfügbaren betriebswirtschaftlichen Kostendaten zur ambulanten Medizin ausgewertet. Eine neue GOÄ auf dieser Basis könnte in Zukunft auch als Preisuntergrenze dienen, auf der mit Hilfe von Vertragskompetenzen zusätzlich vergütete Qualitätsvereinbarungen zwischen PKV und Ärzten aufsetzen könnten.

Ein sinnvoller Zwischenschritt auf dem Weg zu einer umfassenden Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte könnte noch in dieser Legislaturperiode die Gründung eines unabhängigen Instituts zur Fortschreibung der GOÄ sein.

Reform der Pflegeversicherung

Ursprünglich hatte der damalige Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler 2011 als das „Jahr der Pflege“ ausgerufen. Doch erst am 16. November 2011 hat das Bundeskabinett Eckpunkte zur Pflegereform beschlossen und am 20. Januar 2012 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) vorgelegt. Danach soll der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte angehoben werden, um verbesserte Leistungen vor allem bei Demenz und häuslicher Betreuung zu finanzieren.

Zudem soll ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff insbesondere die Situation von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie zum Beispiel bei Demenz, besser erfassen. Hierzu ist ein Expertenbeirat eingesetzt worden.

PKV-Konzept für eine
Neugestaltung der GOÄ

Der Referentenentwurf zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz kündigt zudem an, dass im Sinne der langfristigen Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und im Hinblick auf die notwendige Eigenvorsorge der Ausbau einer kapitalgedeckten zugriffsgeschützten Pflegevorsorge steuerlich gefördert werden soll.

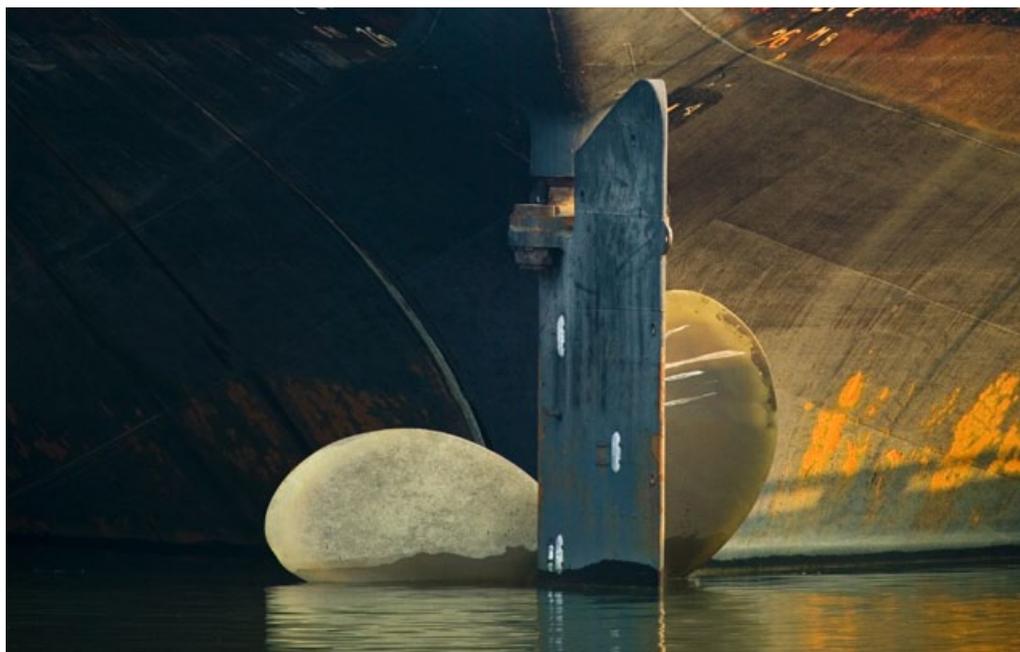
Private Pflegezusatzversicherung

Für eine private Pflegezusatzversicherung gibt es gute Gründe: Heute sind rund 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig, 2050 werden es dem Statistischen Bundesamt zufolge 4,7 Millionen sein. Der Höhepunkt des demografischen Problems bei der Pflege wird in den Jahren 2050 bis 2060 erreicht. Bis dahin kann zu durchaus überschaubaren Beiträgen zusätzlicher privater Versicherungsschutz mit nachhaltiger Kapitaldeckung aufgebaut werden.

Kapitalreserven im staatlichen Einflussbereich sind hingegen nicht zugriffssicher. Das „Sündenregister“ der politischen Zweckentfremdung von Kapitalreserven ist lang. Vielfältige Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, wie Regierungen zur Not auf vorhandene Geldreserven zurückgreifen, auch wenn sie offiziell als Vorsorge für etwas ganz anderes vorgesehen sind. So musste die Gesetzliche Pflegeversicherung Mitte der 90er Jahre über 500 Millionen Euro als zinslosen Kredit für die Infrastrukturleistungen in den neuen Bundesländern abgeben. Der Zinseszins-Effekt ging den Versicherten verloren. Ein zweites Beispiel: Mitte des vergangenen Jahrzehnts verkaufte der damalige Finanzminister milliarden-schwere Forderungen des Bundes gegenüber den Post-Nachfolgeunternehmen auf dem internationalen Kapitalmarkt. Dieses Geld sollte eigentlich die späteren Pensionsansprüche der Postbeamten abdecken, wurde aber für andere Zwecke verwendet. Auch die Rentenversicherung ist bei angespannter Finanzlage des Bundeshaushalts schon mehrmals um ihre finanziellen Reserven „erleichtert“ worden. Alle Beispiele zeigen, dass zusätzliche Elemente von Kapitaldeckung nicht in staatliche Hände gehören, sondern in die Private Pflegeversicherung. Nur unter dem Eigentumsschutz privatwirtschaftlicher Verträge ist das Geld wirklich sicher. Die Bildung sogenannter Kapitalreserven im Rahmen der Gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung, unter welchem klingenden Namen auch immer, wäre keine Lösung.

Die Private Pflegeversicherung zeigt jedes Jahr aufs Neue, wie verlässlich sie mit den ihr anvertrauten Geldern wirtschaftet. Gesetzliche und Private Pflegeversicherung sind 1995 auf Augenhöhe gestartet. Die Private Pflegeversicherung verfügt heute bei jährlich etwa 2 Milliarden Euro Beitragsaufkommen über 21 Milliarden Euro Alterungsrückstellungen. Damit hat sie das Demografieproblem für ihre fast 10 Millionen Versicherten gelöst.

Mit dieser Erfahrung hat sich der PKV-Verband nachdrücklich für eine ergänzende kapitalgedeckte Pflegeversicherung unter dem Dach der PKV engagiert. Die sich nun anbahnende Förderung eines echten privaten Zusatzversicherungsproduktes ist unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten sachgerechter als das ursprünglich angedachte Obligatorium. Die Branche wird ihre Kompetenz bei der Produktgestaltung einbringen. Aus Sicht des PKV-Verbands sollte das Produkt eine echte Risikoversicherung und kein individuelles Sparkonto für den Lebensabend sein. Gefördert werden sollten Produkte, die in der Lage sind, die heutige Lücke zwischen der Teilkaskoabsicherung der Sozialen Pflegeversicherung und dem tatsächlichen Bedarf zu schließen.



Infektionsschutzgesetz

Im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze sind 2011 die rechtlichen Voraussetzungen für die Beteiligung des PKV-Verbands an der Qualitätsprüfung in Pflegeheimen geklärt worden.

Qualitätsprüfung in Pflegeheimen

Jede der rund 23.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland muss sich regelmäßig einer Qualitätsprüfung unterziehen. So schreibt es das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 vor. Die Ergebnisse der Prüfungen werden von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet veröffentlicht und müssen auch in den jeweiligen Einrichtungen gut sichtbar aushängen. Dies soll den Verbrauchern die Auswahl des passenden ambulanten Dienstes oder der Pflegeeinrichtung erleichtern.

In der Vergangenheit wurden solche Qualitätsprüfungen ausschließlich von den Medizinischen Diensten der (Gesetzlichen) Krankenversicherung (MDK) durchgeführt. Doch das Gesetz verpflichtet auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen dazu, sich entsprechend ihrem Versichertenanteil zu engagieren: entweder durch Beteiligung an den MDK-Kosten oder durch eigene Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen. Die Branche hat beschlossen, diese wichtige Aufgabe selbst wahrzunehmen und damit eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung in Deutschland spürbar mitzugestalten.

Um ihren Anteil am bundesweiten „Pflege-TÜV“ übernehmen zu können, hat die PKV die Abteilung „Qualitätsprüfung von Pflegeheimen“ (QPP) gegründet und über 100 hochqualifizierte Mitarbeiter als Prüfer und Auditoren eingestellt. Zu diesen über das gesamte Land verteilten Kräften kommt noch ein Dutzend Mitarbeiter in der Kölner Zentrale zur Koordination der Prüfeinsätze.

Die GKV-Landesverbände waren lange Zeit nicht bereit, die Entscheidung der PKV zur Durchführung eigener Qualitätsprüfungen zu akzeptieren und QPP gleichberechtigt daran teilnehmen zu lassen. Die PKV war und ist sich sicher, dass ein zweiter Anbieter nur positive Auswirkungen auf die Qualitätsentwicklung



in der Pflege haben wird. Beispiele aus anderen Bereichen, etwa beim TÜV und der DEKRA, haben in der Praxis gezeigt, dass der Wettbewerb eine stärkere Dienstleistungsorientierung und Effektivität bringt, die letztlich auch den Pflegebedürftigen und Versicherten zugutekommt.

Dank der Klarstellung durch den Gesetzgeber sind inzwischen in fast allen Bundesländern Vereinbarungen zwischen der PKV und den Landesverbänden der Pflegekassen abgeschlossen worden. So konnten die QPP-Mitarbeiter Mitte 2011 mit ihrer Arbeit beginnen. Eine Herausforderung sind dabei die landesspezifischen Besonderheiten – trotz eines gesetzlich definierten bundeseinheitlichen Prüfverfahrens. Die PKV wird ihren Beitrag dazu leisten, dass Pflegeeinrichtungen im Interesse der Menschen nach einem transparenten und bundesweit einheitlichen System geprüft werden können.

Abschlusskosten

Begrenzung der Vermittlerprovisionen

Im Rahmen des Gesetzes zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagenrechts hat sich der Deutsche Bundestag im Oktober 2011 auf eine Begrenzung der Vermittlerprovisionen in der substitutiven Krankenversicherung und in der Lebensversicherung geeinigt und eine fünfjährige Stornohaftungszeit eingeführt.

Neben einigen technischen Klarstellungen gibt es die folgenden wesentlichen Änderungen: Die Abschlussprovision soll pro vermittelten Vertrag 3,3 Prozent der auf 25 Jahre hoch gerechneten Bruttobeitragssumme nicht übersteigen. Dieser Vertragsdeckel entspricht 9,9 Monatsbeiträgen. Die von einem Versicherer in einem Geschäftsjahr insgesamt an alle Versicherungsvermittler gewährten Abschlussprovisionen und sonstigen Vergütungen sind auf 3 Prozent der über 25 Jahre hoch gerechneten Erstprämie des Bruttoneuzugangs ohne

den gesetzlichen 10-Prozent-Zuschlag begrenzt. Die in einem Geschäftsjahr an einen einzelnen Versicherungsvermittler gewährten Zahlungen und sonstigen geldwerten Vorteile für den Abschluss von Krankenversicherungen werden analog zum Vertragsdeckel begrenzt. Bestandspflegeprovisionen sind ausdrücklich ausgenommen. Die auf fünf Jahre festgesetzte Stornohaftungszeit gilt nicht bei Kündigung infolge von Versicherungspflicht in der GKV. Diese Regelungen sind am 1. April 2012 in Kraft getreten.

Der PKV-Verband sowie einzelne PKV-Unternehmen hatten schon seit einiger Zeit öffentlich im Kunden- wie im Brancheninteresse eine gesetzliche Regulierung, insbesondere eine Ausdehnung der Stornohaftungszeit, eingefordert, da die Branche sich aus kartellrechtlichen Gründen nicht selbst regulieren darf. Die neue gesetzliche Regelung begegnet Fehlanreizen – vor allem den sogenannten Umdeckungen von Versicherten. Nun muss geprüft werden, ob sich die neuen Vorschriften auch in der Praxis bewähren. Es geht darum, Übertreibungen bei den Provisionen zu vermeiden, ohne jedoch die Qualität der persönlichen Beratung und Betreuung der Versicherten durch die Vermittler zu beeinträchtigen. Besonders wichtig ist, dass im Interesse der Versicherten angesichts der im Grundsatz lebenslangen Absicherung in der PKV die fortdauernde persönliche Betreuung durch die Vermittler uneingeschränkt gewährleistet bleibt.

Unabhängige Patientenberatung

Die Private Krankenversicherung beteiligt sich seit 2011 an der Finanzierung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Die Mittel der PKV dienen dazu, ein eigenständiges, neues Projekt umzusetzen. Zusätzlich zum Beratungsangebot der UPD wird ratsuchenden Menschen mit Migrationshintergrund ein muttersprachliches Beratungsangebot unterbreitet.

In Deutschland leben etwa 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Das sind 19 Prozent der Gesamtbevölkerung. Gut 3 Millionen Menschen haben ihre Wurzeln in der Türkei, 2,9 Millionen in den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion. Bislang waren die regulären Beratungsangebote auf deutschsprachige Verbraucherinnen und Verbraucher ausgerichtet und gehen an den Bedürfnissen der Ratsuchenden mit Migrationshintergrund vorbei.

Die UPD setzt seit dem 1. August 2011 ein qualifiziertes Team von Ärzten, Juristen, Sozialpädagogen, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlern mit türkischen und russischen Sprachkenntnissen ein. Sie beraten Ratsuchende in deren Muttersprache zu allen gesundheitsrelevanten Fragen unter Berücksichtigung kulturspezifischer Besonderheiten. Zudem sind bundesweit zwei kostenlose Telefonhotlines auf Türkisch und Russisch sowie spezifische Internetauftritte freigeschaltet. Muttersprachliche Beratungseinrichtungen werden in Berlin, Stuttgart, Nürnberg und Dortmund, also in Städten mit besonders hohem Migrantenanteil, angeboten. Um darüber hinaus Barrierefreiheit für weitere Ratsuchende mit Migrationshintergrund und/oder mit sozialer Benachteiligung zu erreichen, werden die Patienteninformationen sukzessive auch in einer besonders leicht verständlichen deutschen Version zur Verfügung gestellt. Zudem kann in begründeten Ausnahmefällen die Vermittlung von Dolmetschern in Anspruch genommen werden.

Ausblick 2012

„Nichtzahlertarif“ und Hilfebedürftige

Die seit 2009 geltende Pflicht zur Krankenversicherung und der Wegfall des Kündigungsrechts auch bei Beitragsverzug haben in GKV und PKV zu einer wachsenden Zahl von Nichtzahlern geführt. Ende 2011 hatte allein die PKV über 140.000 Nichtzahler. Der Beitragsausfall beträgt inzwischen über 500 Mio. Euro, wobei die Unternehmen auch bei Nichtzahlung die gesetzlich vorgeschriebenen Alterungsrückstellungen aufbauen und die so genannten Notfalleistungen begleichen müssen.

Um hier zu einer gerechten Lösung für die Versichertengemeinschaft zu kommen, hat der PKV-Verband einen „Nichtzahlertarif“ vorgeschlagen, der auf der Leistungsseite identisch mit dem heutigen Niveau bei ruhendem Versicherungsverhältnis wegen Nichtzahlung der Beiträge wäre. Während der Basistarif ein Auffangtarif für schlechte Risiken ist, wäre dieser Nichtzahlertarif ein Auffangtarif für schlechte Bonitäten. Er reduziert die Beitragspflicht – und damit die Schulden und das bilanzielle Defizit. Er ist somit gut für die Schuldner, die Gläubiger und für das Versichertenkollektiv. Die Private Krankenversicherung ist zuversichtlich, dass der Gesetzgeber zeitnah die gesetzlichen Grundlagen hierfür schafft.

Eine Minderung von Beitragsausfällen wird auch der Beschluss des Deutschen Bundestages vom 1. Dezember 2011 mit sich bringen, demzufolge zukünftig Krankenversicherungsbeiträge bzw. -zuschüsse für Hilfebedürftige vom Grundversicherungsträger direkt an das jeweilige PKV-Unternehmen zu zahlen sind. Da gleichzeitig die Beitragsdeckungslücke bei Hilfebedürftigen im Basistarif infolge des Urteils des Bundessozialgerichts vom 18. Januar 2011 geschlossen ist, sind die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung im Rahmen des aufsichtsrechtlich Zulässigen bereit, auf die infolge und im Umfang der gesetzlichen Deckungslücke bis zum 31. Januar 2011 entstandenen Beitragsforderungen zu verzichten.

Unisex-Tarif

Infolge der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 1. März 2011 ist der Privaten Krankenversicherung für ab dem 21. Dezember 2012 abgeschlossene Verträge eine Differenzierung der Prämien nach dem Geschlecht verboten. Die Entscheidung greift damit in das risikoadäquate Kalkulationsmodell der PKV ein. Das Geschlecht ist im Hinblick auf die unterschiedliche Leistungsanspruchnahme und die unterschiedliche Lebenserwartung von Männern und Frauen ein zentrales Risikomerkmale für die Kalkulation der Privaten Krankenversicherung. Es ist bislang auch gesetzlich vorgegeben (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 VAG).

Aufgrund der Entscheidung des EuGH wird daher in Zukunft bei der Kalkulation der Prämien in der Privaten Krankenversicherung ein zentrales Risikomerkmale nicht mehr berücksichtigt werden können. Die Beiträge werden „weniger“ risikoadäquat. Bei der Neugestaltung geschlechtsunabhängiger Tarife müssen höhere Sicherheiten berücksichtigt werden.

Solvency II

Anfang 2014 soll ein neues EU-Regelwerk in Kraft treten, das flächendeckend ein verändertes, einheitliches Aufsichtsrecht für die europäische Versicherungswirtschaft einführt. Die „Solvency II“ genannte Richtlinie ist die bedeutendste

politische Einflussnahme seit Jahrzehnten auf die Geschäftspolitik der Versicherungsunternehmen.

Ziel der Reform ist es, im Interesse der Versicherten besser den von den Versicherungsunternehmen eingegangenen Risiken gerecht zu werden. Künftig beurteilt die Aufsicht die Geschäfte der Unternehmen nach Art und Größe der eingegangenen Risiken – und das sowohl mit Blick auf das eigentliche Versicherungsgeschäft als auch mit Blick auf die Kapitalanlagen. Je riskanter eine Anlage, so das Konzept, desto mehr Eigenkapital ist nötig, um Verluste ausgleichen zu können und die Versicherten so vor einer Insolvenz zu schützen.

Die Private Krankenversicherung begrüßt die Ziele von Solvency II. Die EU hat das System in bislang fünf Testläufen geprüft, zuletzt von August bis November 2010. Das Ergebnis dieser letzten, „QIS 5-Auswirkungsstudie“ genannten Generalprobe: Die deutschen PKV-Unternehmen haben mit Erfolg an den Studien teilgenommen – ein Beleg für die solide Geschäfts- und Anlagepolitik der Branche. Auch was die einzelnen Unternehmen betrifft, geht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) davon aus, dass nach dem heutigen Stand der Regelungen alle Mitglieder des PKV-Verbands mit dem Inkrafttreten von Solvency II in der Lage sind, die neuen Kapitalanforderungen zu erfüllen.

Dennoch ist die neue Aufsichtswelt kein Selbstläufer. Es ist noch Einiges an Feinjustierung nötig, bevor Solvency II in Kraft treten kann. Die Private Krankenversicherung bringt sich dabei konstruktiv in die Debatte ein, um das besondere Geschäftsmodell der PKV sachgerecht abzubilden. Als Erfolg ist in jedem Fall schon jetzt die Verankerung des inflationsneutralen Bewertungsverfahrens zu sehen, durch das die spezifischen Belange der PKV im Rahmen von Solvency II berücksichtigt werden.

Stärkung der Dualität

Viele Fragen des Jahres 2011 werden die PKV auch 2012 beschäftigen. Geförderte Pflegezusatzversicherung, Unisex-Kalkulation, Solvency II, Nichtzahlerproblematik und gegebenenfalls auch Arbeiten an einer neuen GOÄ bilden einen Überhang an Sachfragen, der gleichwohl auf eine zunehmende Polarisierung in grundsätzlichen Fragen mit Blick auf die nächste Bundestagswahl treffen kann.

Unter der Überschrift „Bürgerversicherung“ streben SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke und Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) eine Neuordnung des deutschen Gesundheitswesens an. Zur zukünftigen Finanzierung des Gesundheitswesens sollen der in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Personenkreis ausgeweitet und – direkt oder indirekt – zusätzliche Einkommensarten in die Beitragspflicht einbezogen werden. Die Befürworter der Bürgerversicherung verfolgen dabei, trotz erheblicher Unterschiede im Detail, ein gemeinsames Ziel: Die Abschaffung der Privaten Krankenversicherung in ihrer heutigen Form.

Alle Modelle der Bürgerversicherung stellen in Aussicht, dass die Beitragssätze sinken. So soll den Schwächen der umlagefinanzierten GKV begegnet werden. Tatsächlich löst die Bürgerversicherung keines der Probleme im Gesundheitswesen – im Gegenteil.

Deutschland hat im internationalen Vergleich eines der leistungsstärksten Gesundheitssysteme mit einem sehr hohen medizinischen Standard. Auch dank des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung steht allen gesetzlich und privat Versicherten ein flächendeckendes Netz von

Krankenhäusern, Haus-, Fach- und Zahnärzten zur Verfügung. Die Wartezeiten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind gering.

Das deutsche Gesundheitssystem steht zweifellos vor großen Herausforderungen. Auch in Zukunft soll eine gute medizinische Versorgung gewährleistet bleiben. Die absehbar steigenden Kosten des medizinischen Fortschritts und die wachsenden Belastungen infolge der alternden Gesellschaft müssen bewältigt werden. Für diese Herausforderungen und Probleme hat die Bürgerversicherung keine Lösung. Die Überführung der PKV in das Regelwerk der GKV würde das demografiebedingte Finanzierungsproblem der umlagefinanzierten GKV verschärfen und wäre die faktische Abschaffung der privatwirtschaftlichen Alternative zum sozialstaatlichen Versicherungsschutz. Das Ergebnis wäre eine große, allumfassende Einheitsversicherung, in der letztlich allein der Staat darüber entscheidet, wie hoch der Beitrag ist und welche Gesundheitsleistungen dem Einzelnen bewilligt werden oder nicht.

Die Stärken der PKV kämen nicht mehr zur Geltung, der demografische Problemdruck würde steigen und es gäbe nichts, was den heutigen Systemwettbewerb um gute Standards und Qualitäten der Gesundheitsversorgung ersetzen könnte.

Über die Dualität wird sicher auch in Zukunft diskutiert werden. Bislang hat indes noch jede Bundesregierung am deutschen Zwei-Säulen-Modell festgehalten, zumal Gesundheitspolitik viel zu ernst ist, um gewachsene Strukturen leichtfertig einem Systembruch zu opfern. So hat zuletzt der Demografiebericht der Bundesregierung diesen Grundkonsens im Oktober 2011 bekräftigt: „Neben der GKV ist die PKV ein konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen. Die Bundesregierung hält an diesem bewährten zweigliedrigen System fest.“

2.2 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbands

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 2011 acht gut besuchte Pressekonferenzen und verbreitete 27 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. In vielen Fällen gelang es auf diese Weise rechtzeitig vor politischen Entscheidungen, spezielle branchenrelevante Themen öffentlichkeitswirksam zu platzieren.

Häufig waren Repräsentanten des PKV-Verbands mit Stellungnahmen in den Nachrichtensendungen von ARD und ZDF vertreten. Die relevanten Presseberichte sowie Radio- und Fernsehbeiträge über die PKV wurden auch in diesem Jahr in einer Mediendokumentation zusammengefasst.

Der Service für Journalisten wurde 2011 weiter verbessert. Der Audio- und Video-Service im Internet wurde weiter ausgebaut. Hörfunkjournalisten finden dort sendefähige Originaltöne der Verbandsführung. Mit dem Video-Service werden auch bewegte Bilder für die Darstellung im Internet angeboten. Beide Angebote produziert die Pressestelle mit eigenen Mitteln. Zusätzlich werden zu aktuellen Anlässen nun auch animierte Informationsgrafiken angeboten, die Online- und TV-Journalisten für ihre Berichterstattung verwenden können. So wurden etwa



anlässlich des SPD-Parteitagbeschlusses zur „Bürgerversicherung“ die damit verbundenen Kostenbelastungen durch eine Infografik veranschaulicht.

Auch im Jahr 2011 war das öffentliche Interesse an der PKV sehr hoch. Knapp 6.500 E-Mail- und Telefonanfragen von Journalisten und anderen PKV-Interessierten beantwortete die Pressestelle im Gesamtjahr. Das Informationsbedürfnis konzentrierte sich vor allem auf die Themen Beitragsanpassungen durch Versicherungsunternehmen, die Pflicht zur Versicherung und Wechselmöglichkeiten zwischen GKV und PKV. Zudem gab es zahlreiche Anfragen zur Beamtenöffnungsaktion.

Die Pressestelle konnte im Jahr 2011 mehrere für die Branche relevante Themen offensiv in die Öffentlichkeit transportieren. Dies galt zum Beispiel für die geplante kapitalgedeckte ergänzende Pflegeversicherung und deren Verankerung in der PKV. Auch die Diskussionen über die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie eine Reform der Gebührenordnung für Ärzte wurden aktiv von Öffentlichkeitsarbeit begleitet, ebenso das Vorgehen gegen überhöhte Abrechnungen durch ausgegründete Privatkliniken oder gegen unberechtigte Nachforderungen durch Zytostatika-Apotheker gegenüber Privatversicherten.

Zentrale Themen der Verbandskommunikation 2011

Pflege

Der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler hatte 2011 zum „Jahr der Pflege“ ausgerufen. Hintergrund ist ein Abschnitt im Koalitionsvertrag, in dem sich die Bundesregierung für die Pflegeversicherung eine Ergänzung „durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss“, zum Ziel gesetzt hat. Der PKV-Verband unterstützte dieses Vorhaben mit seiner Öffentlichkeitsarbeit, indem er auf die großen

Probleme für das Umlageverfahren hinwies, die sich aus der Überalterung der Bevölkerung ergeben. Zugleich wurde die Kompetenz der Privaten Krankenversicherung beim Aufbau von Alterungsrückstellungen in der Pflege betont, die sich aus jahrzehntelanger Erfahrung in der Pflegevoll- und Zusatzversicherung ergibt. Insbesondere der Hinweis, dass ein Kapitalstock nur in der PKV vor einer Zweckentfremdung durch Zugriffe der Politik eigentumsrechtlich geschützt ist, wurde in der Debatte vielfach aufgegriffen, unter anderem in einem ausführlichen Bericht im „Handelsblatt“. Die Positionen der PKV zur Pflege wurden bereits zum Jahreswechsel 2010/2011 in Form eines ausführlichen Interviews mit dem Verbandsvorsitzenden in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ veröffentlicht. Die geplante Pflegereform war außerdem zentrales Thema der PKV-Jahrestagung sowie einer Pflege-Fachtagung, die der PKV-Verband gemeinsam mit dem Institut für Wirtschaft und Soziales im Sommer 2011 in Berlin veranstaltete. Die Koalitionsführung von CDU, CSU und FDP hat sich inzwischen zwar vom ursprünglichen Plan einer verpflichtenden ergänzenden Pflegeversicherung verabschiedet, strebt aber stattdessen nun eine staatliche Förderung der freiwilligen privaten Vorsorge für den Pflegefall an, was der PKV-Verband öffentlich als einen Schritt in die richtige Richtung bewertet hat.

Gebührenordnung für Ärzte

Von zentraler Bedeutung für die zukünftige Kostenentwicklung in der PKV sind die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Für beide hatten Union und FDP in ihrem Koalitionsvertrag eine Novellierung unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung vereinbart. Die PKV hatte sich daher mit einem umfassenden Konzept für eine neue GOÄ in die Diskussion eingebracht. Die flankierende Kommunikationsstrategie im Jahr 2011 kann in drei Phasen eingeteilt werden. Zunächst ging es in Phase I darum zu zeigen, zu welchen Fehlentwicklungen und Kostensteigerungen es in den vergangenen Jahren auf Grundlage der bestehenden GOÄ gekommen ist. Ein wichtiger Indikator war dabei die Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP), die belegt, dass im Laborbereich die Pro-Kopf-Kosten bei Privatversicherten um das 5-fache höher sind als bei Kassenpatienten. Zusätzlich wurde Anfang des Jahres an alle Bundestagsabgeordneten sowie an zahlreiche Medien eine Kurzübersicht über die starke Kostenentwicklung der PKV im ambulanten Bereich verschickt. In Phase II ging es darum, das PKV-Konzept in der Ärzteschaft zu erläutern und aus den Reihen der Ärzte Unterstützer für die PKV-Vorschläge zu finden. Dazu wurde auch eine spezielle Ärzte-Umfrage mit dem Meinungsforschungsinstitut EMNID durchgeführt. Das Ergebnis zeigte, dass die Mehrheit der Ärzte den Vorschlag der PKV, Vertragskompetenzen in die GOÄ aufzunehmen, unterstützt. Über die Umfrage wurde in überregionalen Medien sowie ausführlich in der „Ärzte-Zeitung“ berichtet. In Phase III wurden schließlich die gemeinsamen Interessen von PKV und Ärzteschaft herausgearbeitet. So wurde das Interesse beider Seiten an einer betriebswirtschaftlich fundierten Kalkulationsgrundlage und an einem wirksamen Mechanismus für eine regelmäßige Aktualisierung der GOÄ betont. Die Dialog-Angebote der PKV wurden insbesondere in den Ärzte-Medien vielfach aufgegriffen.

Gebührenordnung für Zahnärzte

Bei der Reform der GOZ ging es zunächst darum, der Öffentlichkeit vor Augen zu führen, dass überzogene Forderungen aus den Reihen der Zahnärzteschaft nach einer Honoraranhebung um 69 Prozent eine massive Mehrbelastung bedeuten würden, und zwar nicht nur für die Privatversicherten, sondern auch

für alle gesetzlich Versicherten. Denn da die Gesetzliche Krankenversicherung immer weniger Leistungen im zahnärztlichen Bereich übernimmt, müssen auch Kassenpatienten einen immer größer werdenden Anteil der Kosten selbst übernehmen, die wiederum nach der GOZ abgerechnet werden. Aufklärende Berichte über diese Interessenlage der Patienten erschienen unter anderem in großer Aufmachung in der „Bild-Zeitung“ und der „Süddeutschen Zeitung“ sowie in mehreren großen Regionalzeitungen. Die radikalen Forderungen aus der Zahnärzteschaft konnten sich danach nicht durchsetzen. Der PKV-Pressestelle gelang es im Vorfeld der im November 2011 erfolgten Verabschiedung der GOZ-Novelle, mit großer Medienresonanz auf die damit verbundenen Mehrbelastungen für die Patienten hinzuweisen, die nach PKV-Berechnungen über die vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Kostenschätzungen hinausgehen. In der öffentlichen Kommentierung der GOZ hat der PKV-Verband zudem bedauert, dass die Novellierung nicht dazu genutzt wurde, die GOZ auf eine neue, betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage zu stellen. Damit sei die GOZ-Novelle auch keinerlei Vorentscheidung für die geplante GOÄ-Reform.

Ausgründung von Privatkliniken

Ein wichtiges Thema für die PKV war im vergangenen Jahr das Problem der Ausgründung von Privatkliniken in regulären Krankenhäusern. Dabei wandelten mehrere Klinikbetreiber in ihren öffentlichen Krankenhäusern eine Station oder einige Zimmer formal in ein rechtlich eigenständiges Unternehmen um. In diesen neuen „Privatklinik“-Bereichen wurden die medizinischen Krankenhausleistungen weiterhin durch das öffentliche Krankenhaus erbracht. Doch während öffentliche Krankenhäuser für ihre medizinischen Leistungen bei privat und gesetzlich versicherten Patienten keine Preisunterschiede machen dürfen, konnten die Preise für die Leistungen in den Ausgründungen frei festgesetzt werden. Viele Privatversicherte wurden daher – teilweise ohne ihr Wissen – in diesen Ausgründungen untergebracht und anschließend mit deutlich überhöhten Rechnungen konfrontiert. Nachdem der Bundesgerichtshof eine Klage des PKV-Verbands gegen diese Abrechnungs-Praktiken aus formalrechtlichen Gründen abgewiesen hatte, drohte ein Nachahmungs-Effekt durch weitere Krankenhausbetreiber. Als Folge wären für die Privatversicherten Mehrausgaben von einer Milliarde Euro und mehr pro Jahr zu befürchten gewesen.

Daher hat der PKV-Verband die Politik auf diese problematische Entwicklung hingewiesen. Nachdem dies auf dem Rechtsweg nicht gelöst werden konnte, stellte sich die Frage nach einer gesetzlichen Klarstellung. Die Pressestelle hat diese Diskussion aktiv begleitet, um die Medien auf die Dimension dieser zuvor öffentlich kaum bekannten Problematik hinzuweisen. Mit Erfolg: Entsprechende Berichte erschienen unter anderem im Magazin „Der Spiegel“ sowie an prominenter Stelle in mehreren überregionalen Tageszeitungen. Im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber schließlich klargestellt, dass in solchen ausgegründeten Privatkliniken keine höheren Entgelte abgerechnet werden dürfen.

Weitere Themen

Zu Beginn des Jahres 2011 fielen einige Zytostatika-Apotheker damit auf, dass sie für die Medikamente von Chemotherapien aus früheren Jahren zum Teil horrende Nachforderungen an schwerkranke Patienten oder an die Hinterbliebenen bereits verstorbener Patienten stellten. Im Vorjahr war durch eine Änderung der Arzneimittelpreisverordnung die bei Zytostatika-Apothekern verbreitete Praxis unterbunden worden, Preiszuschläge von bis zu 90 Prozent auf den jeweiligen

Einkaufspreis der verwendeten Arzneimittel zu erheben. Dadurch war für Zytostatika bei Privatpatienten zuvor oft ein Vielfaches der Kosten für gesetzlich Versicherte verlangt worden.

Offenkundig aus Verärgerung über die neue Rechtslage stellten nun einige Zytostatika-Apotheker hohe Nachforderungen. Sie hatten bei ihren früheren Preiszuschlägen das 90-Prozent-Limit nicht voll ausgeschöpft und verlangten nun rückwirkend den nach altem Recht maximal möglichen Betrag. Bis zu 37.000 Euro pro Patient wurden auf diese Weise nachgefordert. Der Verband der zytostatikaherstellenden Apotheker (VZA) unterstützte öffentlich diese Nachforderungen. Die Pressestelle hat mit Erfolg die Medien für das Problem sensibilisieren können. Mehrere Fernsehbeiträge in der ARD sowie zahlreiche überregionale und regionale Tageszeitungen und das Magazin „Focus“ berichteten über die hohen Nachforderungen der Zytostatika-Apotheker. In der Folge distanzierte sich der Präsident des VZA von diesem Vorgehen der Apotheken.

Mit einer Pressekonferenz im Oktober stellte der PKV-Verband eine neue Kooperation mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) vor. Die UPD bietet seit verganginem Jahr ein muttersprachliches Beratungsangebot für ratsuchende Menschen mit Migrationshintergrund an, das von der Privaten Krankenversicherung finanziert wird. Mit dieser freiwilligen Finanzierung kommt die PKV ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung nach. Der entsprechende Rahmenvertrag mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung schließt zwar jegliche Werbung für dieses Projekt aus. Es darf jedoch sachlich darüber informiert werden. Dem ist die Pressestelle mit der Pressekonferenz und vielen Einzelgesprächen mit Journalisten nachgekommen.

Informationskampagne und Marketing

Im Jahr 2011 hat der PKV-Verband seine Textanzeigen-Kampagne mit zum Teil neuen Motiven fortgesetzt. Das Rückgrat dieser Informationskampagne bildeten drei jeweils mehrwöchige Schalt-Zeiträume, die über das Jahr verteilt durch anlassbezogene Sonderschaltungen ergänzt wurden. 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 zielt 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 auf „Spiegel-Online“ geschaltet. Auf diesem Internet-Portal hat die Kampagne wie schon im Vorjahr auch 2011 eine überdurchschnittlich hohe Aufmerksamkeit erreicht. Die PKV-Motive gehörten zu den



PKV
Verband der Privaten
Krankenversicherung

**Vorbildlich: eine
Krankenversicherung mit
eingebauter Altersvorsorge.**

Die private Krankenversicherung macht es vor: Sie trifft Vorsorge für die im Alter steigenden Gesundheitskosten ihrer Versicherten. Ein verlässliches Polster, das alle Finanzkrisen unbeschadet überstanden hat und auch in Zukunft eine optimale medizinische Versorgung sichert. Ganz ohne staatliche Zuschüsse. So schont die private Krankenversicherung auch alle Steuerzahler. www.gesunde-versicherung.de

PKV – Die gesunde Versicherung.

am meisten beachteten Anzeigen des gesamten Jahres, sie erzielten weit überdurchschnittliche „Klick-Raten“. Darüber hinaus wurden das ganze Jahr über wechselnde PKV-Motive in den Fluggastbrücken am Flughafen Berlin-Tegel präsentiert, wo sie ebenfalls eine hohe Aufmerksamkeit erzielten.



PKV
Verband der Privaten
Krankenversicherung

Papi, warum hast Du nicht vorgesorgt?

Wenn wir die Last der steigenden Pflegekosten nicht unbegrenzt unseren Kindern und Enkeln aufbürden wollen, müssen wir jetzt handeln. Noch ist es früh genug, mit kapitalgedeckten Rückstellungen für die ganze Gesellschaft vorzusorgen. Die Private Krankenversicherung weiß, wie es geht. www.gesunde-versicherung.de

PKV – Die gesunde Versicherung.

Mit dem neuen Motiv „Papi, warum hast Du nicht vorgesorgt?“ bzw. „Mami, warum hast Du nicht vorgesorgt?“ schaltet sich die PKV in die Diskussion über eine ergänzende Pflegeversicherung ein und unterstrich ihre Kompetenz beim Aufbau von Alterungsrückstellungen in der Pflegeversicherung

Stärker als in den Vorjahren schaltete der PKV-Verband im Jahr 2011 anlassbezogene Anzeigen: Im Zusammenhang mit dem Christopher-Street-Day in Köln wies das Motiv „Liebe ist... Vielfalt zu schützen“ auf das PKV-Engagement in der Aids-Prävention hin (s. S. 44 ff.). Auf dem Bundespresseball wurde in dem satirischen Jahresrückblick

„Almanach“ eine Anzeige veröffentlicht, die sich auf charmante Weise gegen die Pläne einer „Bürgerversicherung“ richtete. In der Vorweihnachtszeit wurde schließlich ein Osterhasen-Motiv mit der Überschrift „Heute schon an morgen denken“ geschaltet, mit dem ebenso wie die Silvester-Anzeige „Wir wünschen Ihnen ein gesundes Jahr 2032“ auf das zukunftsfeste und generationengerechte Kapitaldeckungsverfahren in der PKV hingewiesen wurde.

Im Mai 2011 unterstützte der PKV-Verband den Bundestagslauf im Berliner Tiergarten erstmals als Hauptsponsor. An der Sportveranstaltung nehmen regelmäßig Politiker, Mitarbeiter von Bundestagsabgeordneten sowie Vertreter von Parteien und anderen Verbänden teil. Der PKV-Verband war im gesamten Start-Ziel-Bereich der Veranstaltung als Hauptsponsor präsent. Die Siegerehrung im Rahmen eines politischen Abends nahm Bundesinnenminister Hans-Peter Friedrich gemeinsam mit PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach vor.

Das Logo des PKV-Verbands wurde im Jahr 2011 modernisiert. Es zeichnet sich nun vor allem durch eine klarere Linienführung aus. Das neue Logo wird schrittweise bei allen neuen Publikationen und Nachdrucken bestehender Broschüren den alten Schriftzug ersetzen.

Parteitagspräsenz – Informationsstand

Der PKV-Verband war auch im Jahr 2011 mit Informationsständen auf den Bundesparteitagen von CDU, CSU, SPD, FDP und Bündnis'90/Die Grünen vertreten. Der PKV-Stand mit seinem Angebot alkoholfreier Fruchtcocktails war auf den Parteitagen regelmäßig eine gefragte Anlaufstelle für Delegierte, Journalisten sowie Vertreter von Verbänden und Unternehmen.



Eine besonders öffentlichkeitswirksame Aktion gelang dem PKV-Verband auf dem SPD-Parteitag vom 4. bis 6. Dezember in Berlin. Die Delegierten verabschiedeten am 6. Dezember das SPD-Konzept zur „Bürgerversicherung“. Aus diesem Anlass verteilte der Verband an jenem Nikolaustag 1.500 Schokoladen-Osterhasen mit dem Motto „Heute schon an morgen denken“ an die Delegierten. Mit dieser Maßnahme wies der Verband auf die nachhaltige und generationengerechte Ausgestaltung des PKV-Systems hin. Diese Sympathiewerbung kam sehr gut an, löste große öffentliche Aufmerksamkeit aus und war in vielen Fernseh-Bildern zu sehen. Die Schokoladen-Osterhasen fanden reißenden Absatz und trafen auch bei vielen der eher PKV-kritischen SPD-Delegierten auf Zustimmung. Die PKV-Aktion wurde mehrmals von Rednern in der „Bürgerversicherungs“-Debatte ausdrücklich erwähnt. Parallel dazu wurde eine entsprechende Osterhasen-Anzeige in regionalen und überregionalen Tageszeitungen sowie auf „Spiegel-Online“ geschaltet.

Zur Vorbereitung des SPD-Parteitags organisierte die Pressestelle ein Presse-Hintergrundgespräch, in dem Journalisten über die nachteiligen Auswirkungen der SPD-Pläne einer „Bürgerversicherung“ aufgeklärt wurden. Zugleich verschickte der PKV-Verband die Informations-Broschüren „Gut ist nur der Name. Die Bürgerversicherung“ und die Kurzfassung „Vorsicht, Bürgerversicherung“ an sämtliche Mitglieder des Deutschen Bundestages und die Mitglieder der Landtage in den 16 Bundesländern.

Präventions-Engagement der PKV

Die Private Krankenversicherung hat ihr Präventions-Engagement gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen im vergangenen Jahr weiter ausgebaut. Zusätzlich zum Engagement des PKV-Verbands als Hauptsponsor der Kampagne „Kenn’ Dein Limit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (s. Seite 47 f.) wurde das Präventionsprojekt „Hip-Hop gegen Koma-saufen“ fortgeführt. Die Aktion unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans MdB, und des Regierenden Bürgermeisters von Berlin, Klaus Wowereit, richtete sich direkt an Schülerinnen und Schüler aus sozialen Brennpunkten in Berlin und Köln.

Unter Anleitung des mehrfach ausgezeichneten Bonner Hip-Hop-Künstlers „BickMack“ und des bekannten Berliner Rappers „AkteOne“ wurden Unterrichtseinheiten zum Thema Alkoholmissbrauch angeboten. Die Schüler recherchierten die Auswirkungen von Alkohol-Exzessen, tauschten eigene Erfahrungen aus und entwickelten daraus Rap-Texte und Tanz-Choreografien. Vor großem Publikum und einer prominent besetzten Experten-Jury traten die Schulen schließlich in einem Wettbewerbs-Finale im Februar in Berlin und im Juni in Köln gegeneinander an. Beide Gruppen wurden mit Preisgeldern honoriert, das für die weitere Präventionsarbeit an den Schulen eingesetzt wird.



Beide Veranstaltungen waren sehr gut besucht. Zum Berliner Termin kamen mehr als 400 Zuschauer, darunter der SPD-Parteivorsitzende Sigmar Gabriel, sowie zahlreiche Medienvertreter. Als Medienpartner 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. Das Magazin „Der Spiegel“ berichtete umfangreich, sowohl in seiner Druckausgabe als auch mit mehreren Videobeiträgen auf „Spiegel-Online“, die auf dem Internet-Kanal „Youtube“ mehr als 50.000 Betrachter verzeichneten.

Gemeinsam mit einigen Schülern des Projektes stellte der Rapper „AkteOne“ das Präventionskonzept im August 2011 beim „Tag der offenen Tür“ im Bundesgesundheitsministerium vor, was ebenfalls viel Aufmerksamkeit auf sich zog.

Im Rahmen des Engagements in der Alkohol-Prävention verbreitet der Verband weiterhin eine selbst produzierte Broschüre mit Mix-Rezepten für alkoholfreie Cocktails. Die Broschüre traf unter anderem am PKV-Informationsstand bei Bundesparteitagen 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 Verbands in der Aids-Prävention als Hauptsponsor der BZgA-Aufklärungskampagne „Mach's mit – Kondome schützen“. Anlässlich des Welt-Aids-Tages am 1. Dezember wurden auch 2011 wieder 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.

Anlässlich des Welt-Aids-Tages 2011 haben die PKV und die bundesweit stark verbreitete Jugendzeitschrift „SPIESSER“ einen Wettbewerb für Jungjournalisten zum Thema Aids-Prävention ins Leben gerufen. Mit diesem Projekt sollen Schülerzeitungsredakteure als Multiplikatoren für die Aids-Prävention geschult werden. Schülerzeitungsredakteure aus ganz Deutschland wurden zu einer Pressekonferenz zum Thema Aidsprävention nach Berlin eingeladen. Die Jugendlichen konnten hier im Haus der Bundespressekonferenz Präventionsexperten und Betroffene zum Thema AIDS befragen und anschließend unter professioneller Anleitung Artikel zum Thema für ihre Schülerzeitung verfassen. Der beste Text wurde prämiert und im „SPIESSER“ deutschlandweit in einer Auflage von 800.000 Exemplaren veröffentlicht.

Für den Christopher Street Day (CSD) in Köln stellte der PKV-Verband für die mit eigenen Wagen an der Parade mitwirkenden Verbände der Kölner CDU und der FDP sowie der Aids-Hilfe rund 30.000 Kondome zur Verfügung, die während der Parade verteilt wurden. Auf jeder Kondom-Verpackung wird auf das Engagement der PKV in der Aids-Prävention hingewiesen. Parallel wurden in Kölner Zeitungen Anzeigen mit gleichem Inhalt geschaltet.

Mit der Aktion „Radau gegen HIV“ unterstützte die PKV eine Konzertreihe für junge Leute zu Gunsten der Aids-Hilfe in Nordrhein-Westfalen. Dabei konnten die Bundestagsabgeordneten Ingrid Fischbach (CDU), Jens Spahn (CDU) und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) als Schirmherren der Aktion in ihren jeweiligen Wahlkreisen gewonnen werden.



**Liebe ist...
Vielfalt zu schützen.**

Die Private Krankenversicherung wünscht dem Teddy Award 2012 in Berlin viel Erfolg. Die PKV steht an 365 Tagen im Jahr für die Wahlfreiheit der Versicherten – und auch für ein starkes Engagement in der Aids-Prävention, die wir seit vielen Jahren unterstützen. www.pkv.de

PKV – Die gesunde Versicherung.

Telefonaktionen mit regionalen Tageszeitungen

Auch 2011 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 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 vor allem auch 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 besteht in enger Zusammenarbeit zwischen dem Verband und den Pressestellen der Mitgliedsunternehmen ein funktionierendes „Frühwarnsystem“, das rasche und gegebenenfalls abgestimmte Reaktionen auf Medien-Themen mit relevanten Aspekten für die Branche erlaubt. Das Zusammenwirken zwischen den Pressestellen des Verbands und der Mitgliedsunternehmen hat sich sehr gut eingespielt, sodass bei gemeinsamen Branchenthemen gegenüber den Medien stets schnell reagiert werden konnte. Die Pressestellen der Mitgliedsunternehmen erhielten auch 2011 bei zahlreichen aktuellen Anlässen jeweils umfassende Argumentationspapiere und Lageeinschätzungen des Verbands.

Die alljährliche Fachtagung mit den Pressesprechern der Mitgliedsunternehmen fand im Oktober 2011 am Hauptsitz des Verbands in Köln statt. Dort wurden vor allem aktuelle Projekte, vertiefende Informationen zum Präventions-Engagement des Verbands und weitere Schwerpunkte der Verbandspressearbeit vorgestellt und diskutiert. Unter anderem präsentierte sich die neue Verbands-Abteilung für die Prüfung von Pflegeeinrichtungen. Vor allem aber nutzten die Teilnehmer die Gelegenheit zum gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch im Umgang mit den wachsenden Herausforderungen durch die sich stetig verändernde Medienlandschaft.

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 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 Nutzungsfrequenz des Internetauftritts lag im Jahr 2011 bei rund 150.000 Zugriffen („page impressions“) monatlich. 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

Der PKV-Verband hat sein Engagement in der Prävention von HIV und Aids weiter ausgebaut. Auf der Grundlage der 2005 vereinbarten und 2010 um weitere fünf Jahre verlängerten Sponsoringvereinbarung unterstützte die PKV auch 2011 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit 3,2 Millionen Euro. Mit weiteren 300.000 Euro wurden verschiedene Hilfsprojekte der Deutschen AIDS-Stiftung finanziert.

Trotz der positiven Entwicklungen, die seit einigen Jahren in Therapie und Versorgung gemacht werden, gehört Aids nach wie vor zu den größten gesundheitlichen Bedrohungen unserer Zeit. Die PKV versteht die Bekämpfung von HIV und Aids als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Um hier langfristig und nachhaltig erfolgreich zu sein, müssen Politik und Zivilgesellschaft gemeinsam handeln. Die seit 2005 gut funktionierende privat-öffentliche Partnerschaft zwischen PKV und BZgA ist eine Möglichkeit, die dringend erforderlichen Mittel für eine langfristige Präventionsarbeit aufzubringen. Mit ihrem Engagement sichert die PKV die für eine erfolgreiche Prävention unerlässliche Fortführung der kostenintensiven Ansprache der breiten Öffentlichkeit.

Mit den Mitteln der PKV kann die seit über 20 Jahren unter dem Slogan „Gib AIDS keine Chance“ verbreitete und inzwischen erfolgreichste deutsche Präventionskampagne weitergeführt werden. Die Kampagne wurde unter dem Motto „Liebesorte“ auch 2011 deutschlandweit in Anzeigen und auf Plakatwänden gezeigt.

Eine umfassende Aids-Prävention muss sich auch gegen die Stigmatisierung und Ausgrenzung von HIV-Infizierten wenden. Aus diesem Grund wurde zum Welt-Aids-Tag am 1. Dezember 2011 die Kampagne „Positiv zusammen leben. Aber sicher!“ ins Leben gerufen. Hier sprechen HIV-positive Menschen über ihre persönlichen Erfahrungen mit ihrer Infektion, geben so der Erkrankung ein Gesicht und regen zur Diskussion über HIV/Aids an. Auch diese Kampagne konnte mit Mitteln der PKV deutschlandweit verbreitet werden.

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 wurde und inzwischen sogar sinkt. Seit dem Start des PKV-Engagements sind die jährlichen Neuinfektionen um über 20 Prozent gesunken. So hat Deutschland im westeuropäischen Vergleich mittlerweile eine der niedrigsten HIV-Neuinfektionsraten.

Ergänzend zur Förderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhielt die bereits 1987 von der PKV mit gegründete Deutsche AIDS-Stiftung weitere 300.000 Euro für ihre Präventionsarbeit. Mit einem Teil dieses Geldes wurden besonders innovative Modellprojekte gefördert. Dazu gehörte im Jahr 2011 die Konzeption der Tagung „Altern, Pflege und Wohnen von Menschen mit HIV und AIDS“, die sich erstmals mit der Problematik älter werdender HIV-Infizierter und Aids-Kranker beschäftigt hat. Darüber hinaus wurden Projekte ermöglicht, die einen besonderen Fokus auf die Aids-Prävention bei Migrantinnen und Migranten legen. So werden beispielsweise unter dem Motto „Muttersprachler klären auf“ Flüchtlinge und Migranten in der zentralen Aufnahmestelle in Zirndorf bei

Nürnberg in ihrer Muttersprache über Aids informiert. Mit diesen Modellprojekten unterstreicht die PKV ihre Entschlossenheit, ständig neue und innovative Ansätze in der Aids-Prävention zu ermöglichen.

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 2010 (letzte verfügbare Untersuchung) leicht gesunken. Es haben sich 709 Personen neu mit HIV infiziert (2009: 717). Die Zahl der Aids-Todesfälle unter den privat Krankenversicherten liegt im selben Zeitraum bei 80 Personen (2009: 74 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 2010 bei 5,54 lag, liegt er bei den privat vollversicherten Personen bei 8,01.

„Alkohol? Kenn Dein Limit.“

Die PKV-Kampagne gegen Alkoholmissbrauch Jugendlicher

Zusätzlich zu ihrem Engagement in der Aids-Prävention stellt die Private Krankenversicherung auch in der Suchtprävention ihre gesellschaftspolitische Verantwortung unter Beweis. Die Kampagne „Alkohol? Kenn Dein Limit“ der BZgA, ist die größte Maßnahme zur 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.

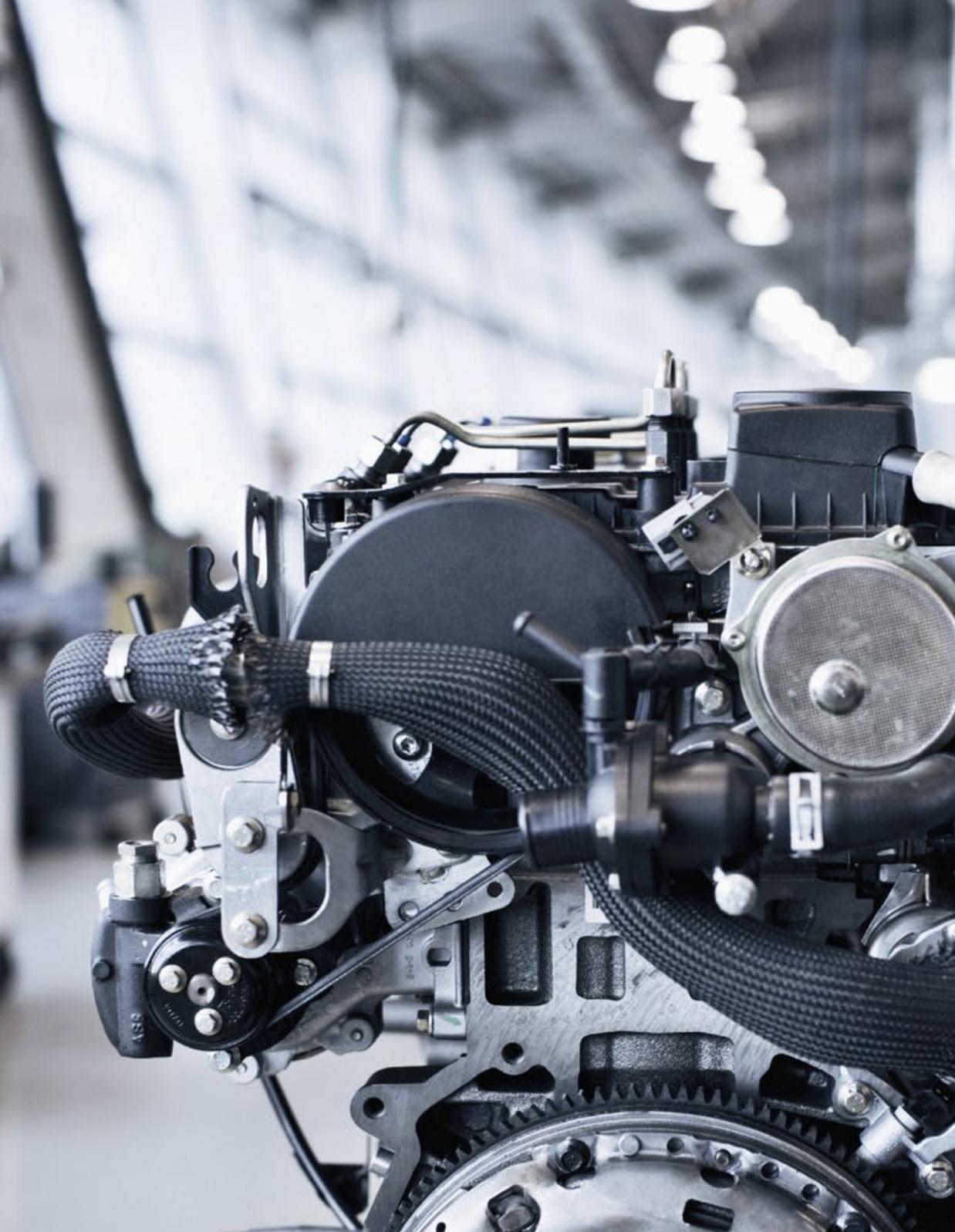
Die PKV ermöglicht eine zielgruppengenaue und altersgerechte Ansprache der jungen Menschen. Gerade Jugendliche müssen so angesprochen werden, dass sie sich ernst genommen und nicht bevormundet fühlen. Der Slogan „Alkohol? Kenn Dein Limit.“ appelliert daher gezielt an einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol und fordert nicht die völlige Abstinenz. Gerade in der Altersgruppe der 16 bis 20-jährigen – also denjenigen Jugendlichen, die nach dem Jugendschutzgesetz schon Alkohol trinken dürfen – hätten eine reine Verbotskampagne ein Akzeptanzproblem. Mit der Botschaft „Kenn Dein Limit“ plädiert die Kampagne dafür, dass sich Jugendliche über die Folgen des Alkoholkonsums informieren und bewusst damit umgehen.

Die PKV ermöglicht mit ihrer Unterstützung eine Präventionskampagne, die sich aus vielfältigen Maßnahmen zusammensetzt. Gerade Jugendliche müssen auf allen vorhandenen Medienkanälen angesprochen werden. Dazu gehören die Massenmedien wie Zeitschriften, Jugendzeitungen und Plakate und natürlich das Internet. Daher ist „Alkohol. Kenn Dein Limit.“ auch in den sozialen Netzwerken Facebook, SchülerVZ oder StudiVZ präsent. Jugendliche können sich so im Internet über die Risiken eines hohen Alkoholkonsums informieren und sich

dazu auch untereinander austauschen. Zusätzlich werden auch klassische Medien wie Unterrichtsmaterialien für Schulen finanziert. Neu ist die persönliche Ansprache im Rahmen der Kampagne: So genannte „Peers“ – das sind gleichaltrige Jugendliche – werden geschult und bundesweit auf Konzerte oder in Diskotheken geschickt, um Jugendliche dort direkt zum Thema Alkohol anzusprechen. Gerade diese Ansprache von Gleichaltrigen kommt sehr gut bei den Jugendlichen an. Es ist für sie einfach interessanter, sich auf Augenhöhe über die Risiken von Alkohol zu unterhalten.

Eine Studie der BZgA hat belegt, dass die Kampagnenbotschaft „Kenn Dein Limit“ schon nach einem Jahr bei mehr als 90 Prozent der Jugendlichen angekommen ist (www.kenn-dein-limit.info).





3. Entwicklungen im Leistungsbereich



3.1 Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte

Weiterentwicklung der GOÄ

Der PKV-Verband und die Bundesärztekammer (BÄK) haben im Berichtszeitraum die Entwicklung ihrer Konzepte für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) weitgehend abgeschlossen (vgl. Rechenschaftsbericht 2010, Seite 53 ff.). Der Versuch von PKV und Ärzteschaft, mit einem konsentierten Vorschlag die Basis für die Vorarbeiten zu einer Novellierung der Gebührenordnung im Verordnungsverfahren federführenden Bundesgesundheitsministerium zu schaffen, war zunächst gescheitert. Die Gespräche zwischen PKV-Verband und BÄK waren im Frühjahr 2011 ins Stocken geraten. Im Sommer des Jahres ruhte die Kommunikation. Aufgrund eines initialen Gesprächs zwischen dem im Sommer 2011 neu gewählten Präsidenten der BÄK, Frank Ulrich Montgomery, und dem Vorsitzenden des PKV-Verbands, Reinhold Schulte, ist der Gesprächsfaden dann im Herbst 2011 wieder aufgenommen worden. Hintergrund ist das gemeinsame Interesse, die Novellierung der GOÄ noch in dieser Legislaturperiode zu gewährleisten, was bei kontroversen Standpunkten der Hauptbeteiligten kaum vorstellbar wäre. Die Kontakte mit der BÄK verlaufen in einer guten, sach- und zielorientierten Atmosphäre. Es bleibt zu hoffen, dass ein Konsens gefunden werden kann.

Gespräche zwischen PKV-Verband und BÄK

Stellungnahme des PKV-Verbands zur Abrechnung fußchirurgischer Leistungen

Die GOÄ ist in weiten Teilen veraltet und bildet auch im Bereich der Fußchirurgie 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 um folgende Bereiche ergänzt:

Hallux-valgus Operation, gelenkerhaltend

Zielleistungen:

- **GOÄ-Nr. 2134** Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks (hier Zehengrundgelenk)
- **GOÄ-Nr. 2260** Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Osteosynthese

Nach dem BGH-Urteil vom 16. März 2006 (Az.: III ZR 217/05) ist die gelenkerhaltende Hallux-valgus-Operation mit den GOÄ-Nrn. 2134 und 2260 (ggf. GOÄ-Nr. 2260 mehrfach, entsprechend der durchgeführten Osteotomien mit Osteosynthesen) zu berechnen.

Die GOÄ-Nr. 2135 (Arthroplastik eines Kiefer-, Hand-oder Fußgelenks) ist nicht einschlägig, da die Hallux-valgus-Operation an einem Zehengrundgelenk durchgeführt wird. Der Begriff „Arthroplastik“ umfasst alle Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion; diese sind also nicht gesondert berechnungsfähig.

Nicht zusätzlich berechnungsfähig sind die GOÄ-Nummern, 2064, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2100, 2101, 2110, 2111, 2181, 2206 2250, 2256, 2263, 2295, 2296, 2297, 2381/2382, 2405, 3301, 3320/3321 (analog für die Operationsplanung).

Hallux-valgus-Operation mit Gelenkresektion

Die Hallux-Operation mit Gelenkresektion ist nach der GOÄ-Nr. 2297 berechnungsfähig. Bei einer alleinigen Exostosenabtragung (Cheilektomie) ist die GOÄ Nr.2295 einschlägig. Erfolgt außerdem noch eine Sehnenverpflanzung kann die GOÄ-Nr. 2296 angesetzt werden.

Hallux-rigidus-Operationen

Die gelenkversteifende Operation (Arthrodese) ist nach der GOÄ-Nr. 2130 zu berechnen. Im Rahmen der Arthrodese erforderliche Osteotomien und Osteosynthesen sind nicht gesondert berechnungsfähig.

Die Operation mit Gelenkresektion beim Hallux-rigidus ist wegen identischer Operationstechnik mit der GOÄ-Nr. 2297 analog zu berechnen.

Die Implantation einer Kunstprothese ist mit der GOÄ-Nr. 2140 (Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese) abzurechnen. Im Rahmen des Gelenkersatzes erforderliche Osteotomien und Weichteileingriffe sind nicht gesondert berechnungsfähig.

Osteotomie nach AKIN

Die AKIN-Osteotomie ist eine Keilexizision der Grundphalanx der Großzehe und stellt die Therapie des Hallux valgus interphalangeus dar. Dieser Eingriff wird meist im zeitlichen Zusammenhang mit der gelenkerhaltenden operativen Korrektur des Hallux valgus durchgeführt und ist zusätzlich mit der GOÄ-Nr. 2260 berechnungsfähig.

Operation nach Lapidus bei TMT-Arthrose (Arthrose zwischen dem Os metatarsale I und Fußwurzel)

Bei dieser Operation ist die GOÄ- Nr. 2131 zu berechnen. Im Rahmen der Arthrodese erforderliche Osteotomien und Osteosynthesen sind nicht gesondert berechnungsfähig.

Operation nach Weil bei Metatarsalgie/Operation des Digitus quintus varus (sog. Schneiderballen)

Die Operation nach Weil bei Metatarsalgie sowie die Operation des Digitus quintus varus (sog. Schneiderballen) sind wegen identischer Operationstechnik mit der GOÄ-Nr. 2081 (Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation – gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils) analog zu berechnen.

Die Zielleistung im Sinne eines Leistungskomplexes ist im Gebührenverzeichnis nicht abgebildet. Zu finden sind lediglich Gebührenpositionen für einzelne Leistungen, die zusammen die eigentliche Zielleistung bilden. Das sich daraus ergebende Gesamthonorar ist aber im Verhältnis zum Zeitaufwand der Operation völlig unangemessen (die Operation nach Weil und die Operation des Digitus quintus varus (sog. Schneiderballen)) dauern regelhaft rund 10-15 Minuten. Die Summe der Teilleistungen ergibt eine Vergütung, die höher liegt als die für die gelenkerhaltende Hallux-valgus-Operation, die rund 45-50 Minuten dauert). Da die GOÄ als Grundsatz von der Abgeltung von Zielleistungen ausgeht, bietet es sich – auch im Hinblick darauf, dass GOÄ-Nr. 2081 den tatsächlichen Aufwand abbildet – an, den Weg der Analogie zu gehen.



Nicht zusätzlich berechnungsfähig sind die GOÄ-Nummern 2064, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2100, 2101, 2110, 2111, 2181, 2206, 2250, 2256, 2263, 2381/2382, 3301, 3320/3321 (analog für die Operationsplanung).

Operationen bei Hammerzehen

Die Zielleistung ist die GOÄ-Nummer 2081. Denkbar wäre auch die GOÄ-Nummer 2080. Die dort beschriebene Vorgehensweise ist aber nicht mehr auf dem aktuellen Stand der Medizin. Die zusätzliche Einbringung eines Kirschnerdrahtes (GOÄ Nummern 2060 bzw. 2062) ist methodisch notwendig, da andernfalls das Operationsziel nicht erreicht werden kann, und somit nicht gesondert berechnungsfähig.

Nicht zusätzlich berechnungsfähig sind die GOÄ-Nummern, 2064, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2100, 2101, 2110, 2111, 2181, 2206, 2250, 2256, 2263, 2381/2382, 3301, 3320/3321 (analog für die Operationsplanung).

Novellierung der GOZ

Die „Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte“ vom 5. Dezember 2011 ist am 1. Januar 2012 in ihren wesentlichen Teilen in Kraft getreten. Ende März 2011 hatte das Bundesgesundheitsministerium den Referentenentwurf einer neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgelegt. Als Grund für die Überarbeitung der Gebührenordnung wird in der amtlichen Begründung zu dem Entwurf (S. 2) dargelegt, dass das seit 1988 inhaltlich unveränderte Gebührenverzeichnis der GOZ zunehmend hinter dem Stand der medizinischen und technischen Entwicklung zurückgeblieben sei. Dies habe zur Folge, dass Leistungen, die in ihrer Erbringungsweise wesentlichen Änderungen unterlegen seien oder die im Gebührenverzeichnis noch nicht enthalten seien, nur analog abgerechnet werden könnten. Andere Leistungen des Gebührenverzeichnisses seien obsolet geworden. Die GOZ spiegele daher das heutige Leistungs- und Abrechnungsgeschehen nur unzureichend wider.

Als wesentliche Ziele der Novellierung werden in der amtlichen Begründung (S. 2 f.) zwei Punkte genannt:

- die Klärung häufiger gebührenrechtlicher Streitfälle und die Anpassung an das aktuelle Versorgungsgeschehen und
- die Weiterentwicklung der allgemeinen Gebührenvorschriften

Im Gebührenverzeichnis sind im Wesentlichen folgende Neuregelungen vorgenommen worden:

- Aufnahme neuer Gebührenpositionen, z. B. für die professionelle Zahnreinigung und die lokale Behandlung zur Kariesvorbeugung und initialen Kariesbehandlung in den Abschnitt B „Prophylaktische Leistungen“.
- Einführung neuer Gebührenpositionen für bisher häufig nach unterschiedlichen Analogpositionen berechnete Kunststofffüllungen im Abschnitt C „Konservierende Leistungen“. Damit werde eine einheitliche Berechnungsgrundlage für diese häufigen Leistungen geschaffen. Die Aufbaufüllungen würden neu gefasst und systematisch neu geordnet, um eine indikationsgerechte Versorgung abzubilden.
- Anpassung der Allgemeinen Bestimmungen bei den chirurgischen Leistungen, um häufig auftretende Streitfragen zu klären. Darüber hinaus seien für bestimmte zahnärztlich-chirurgische Leistungen (Abschnitt L) Zuschläge vorgesehen, die u.a. die Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. –geräte sowie der Kosten für Materialien dienten, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht seien.
- Einfügung von Gebührenpositionen für bisher nicht in der GOZ abgebildete Behandlungsverfahren im Abschnitt E „Parodontologische Leistungen“.
- Klärung häufiger Abrechnungsstreitfälle im Bereich der prothetischen Leistungen (Abschnitt F).
- Neufassung der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt G „Kieferorthopädische Leistungen“. Damit werde die Möglichkeit geschaffen, dass kieferorthopädisch tätige Zahnärzte mit den zahlungspflichtigen Patienten unter bestimmten Bedingungen Vereinbarungen zu Mehrkosten für die im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung eingesetzten Materialien treffen könnten, wodurch der Patient hinsichtlich der verwendeten Materialien größere Wahlmöglichkeiten erhalte.
- Neugestaltung des Abschnitts K „Implantologische Leistungen“ in größerem Umfang. Denn in diesem Bereich hätten sich die zahnmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten inzwischen erheblich erweitert. Es würden einige typische implantologische Leistungen, die bisher nur mit Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ oder mit Analogbewertungen hätten berechnet werden können, in die GOZ aufgenommen (amtliche Begründung zum Referentenentwurf, S. 3 f.).

Zu den finanziellen Auswirkungen der GOZ-Novelle heißt es in der amtlichen Begründung (S. 4), insgesamt führten das neue Gebührenverzeichnis nach weitgehend übereinstimmenden Berechnungen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zu einer Steigerung des nach der GOZ abzurechnenden Honorarvolumens von rd. 6,0 Prozent oder rund 345 Mio. Euro pro Jahr.

Der PKV-Verband hatte zu dem vom BMG vorgelegten Referentenentwurf schriftlich und in einer Anhörung am 9. Mai 2011 auch mündlich ausführlich

Stellung genommen. Dabei wurde vor allem die Bedeutung folgender Punkte herausgestellt:

1. Einführung einer Öffnungsklausel in die GOZ
2. Kostenneutrale Umsetzung der GOZ-Novelle
3. Überprüfung der Annahmen zur Kostenentwicklung
4. Einrichtung eines unabhängigen Instituts
5. Sicherung angemessener Zahntechnikpreise

Im Einzelnen hat sich der PKV-Verband wie folgt geäußert:

Zu 1)

Mit einer Öffnungsklausel, die Vereinbarungen über Inhalte und Vergütungen zahnärztlicher Leistungen in einem fairen Rahmen ermöglicht, würden allen Beteiligten bei gegenseitigem Einverständnis unter gleichberechtigter Einbeziehung auch der Patienten Freiheitsgrade zurück gegeben, die ihnen mit den starren Vorgaben der GOZ genommen werden. Damit würde sowohl der grundgesetzlich besonders geschützten Vertragsfreiheit Rechnung getragen als auch die Möglichkeit geschaffen, in der GOZ nicht abgebildete Leistungsinhalte zu vereinbaren und bestehende oder im Zeitablauf sich zeigende Mängel der GOZ auszugleichen. Für einen fairen Interessenausgleich unter allen Beteiligten und zur Aktivierung des Wettbewerbs um eine bessere zahnmedizinische Versorgung der Patienten ist die Einführung einer Öffnungsklausel von besonderer Bedeutung.

Die Aufnahme einer solchen Regelung als § 2 a GOZ war in Art. 1 Nr. 2 des ersten Referentenentwurfs einer Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung aus dem Jahr 2008 bereits vorgesehen. Mit den von der PKV in ihrer Stellungnahme zu diesem Entwurf vorgeschlagenen Erweiterungen hätte diese Regelung eine geeignete Grundlage für die Vereinbarung abweichender Vergütungen zwischen Zahnärzten und der PKV, etwa zur leistungsgerechten und angemessenen Vergütung unterschiedlicher Qualitäten der zahnärztlichen Behandlung, gebildet. Auch wenn politische Interventionen der BZÄK und auch der BÄK dazu geführt haben, dass sich im vorgelegten Referentenentwurf zur GOZ keine Öffnungsklausel mehr findet, haben sich die gewichtigen Gründe, die für die Einführung einer Öffnungsklausel sprechen, nicht geändert. Die Einführung einer Öffnungsklausel ist dringend geboten.

Zu 2)

Auf jegliche Anhebung des Honorarvolumens sollte im Interesse der Patienten bzw. Zahlungspflichtigen verzichtet werden, da jeder sachliche Grund für eine Mehrbelastung durch die neue GOZ fehlt. Es muss sichergestellt werden, dass die Novellierung der GOZ kostenneutral umgesetzt wird. Die Patienten, zu deren Lasten eine Steigerung des Honorarvolumens gehen würde (bei privat Voll- oder Zusatzversicherten mittelbar über höhere Versicherungsbeiträge und unmittelbar über vereinbarte Selbstbehalte, bei gesetzlich Versicherten ohne private Zusatzversicherung, wenn sie eine über dem GKV-Niveau liegende Versorgung wählen, unmittelbar), werden für einen Aufschlag auf die heute schon aus der GOZ generierten Honorare zu Recht kein Verständnis haben, denn der im Hinblick auf den seit 1988 unveränderten Punktwert von Zahnärzteseite propagierte „Nachholbedarf“ existiert nicht.

Dies wird durch folgende Fakten belegt:

- In der PKV sind zwischen 1999 und 2009 im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung die Ausgaben je Versichertem um 42 Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum lag die allgemeine Preisentwicklung (Inflation) bei lediglich 17,1 Prozent.
- Die Pro-Kopf-Ausgaben je Vollversichertem im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung sind in der PKV von 358,7 Euro im Jahr 1999 auf 487,6 Euro im Jahr 2009 gestiegen (GKV: 1999 – 153,7 Euro, 2009 – 160,2 Euro).
- Zwischen 2001 und 2009 ist der durchschnittliche Umsatz durch Privatversicherte je Zahnarzt um 41,7 Prozent angestiegen. Die Preisentwicklung lag bei lediglich plus 13,2 Prozent.

Der Mehrumsatz, der durch Privatversicherte insgesamt jährlich entsteht, betrug 2008 10,9 Mrd. Euro. Davon entfielen allein 2,1 Mrd. Euro auf Leistungen im Zahnbereich. Das entspricht einem Anteil von 19,3 Prozent.

Ursachen für die für diese Entwicklungen sind:

- Die Häufigkeit der Anwendung eines Steigerungsfaktors über dem Regelhöchstsatz, also dem 2,3 fachen des Gebührensatzes, hat sich (nach Umsatz) innerhalb von 9 Jahren (von 2000 bis 2009) um fast 65 Prozent erhöht (Preiseffekt).
- Während die Preise von 1999 bis 2009 um 17 Prozent angestiegen sind, lag der Anstieg des durchschnittlichen (eingereichten) Rechnungsbetrages bei 144 Prozent (Mengen- und Struktureffekt).

Außerdem kennzeichnet auch ein „Selbstzahlereffekt“ die Entwicklung bei der GOZ-basierten Vergütung. Denn zwischen 2004 und 2009 ist der Selbstzahleranteil gesetzlich Versicherter (mit eventueller privater Zusatzversicherung) an den Gesamtkosten der zahnmedizinischen Versorgung im Bereich Zahnersatz von ca. 42 Prozent auf 62 Prozent angestiegen. Zuletzt ist das darin enthaltene Zahnarzt Honorar zu einem Anteil von über 76 Prozent als GOZ-Honorar abgerechnet worden. Von den finanziellen Folgen der aufgezeigten Entwicklung sind somit nicht nur die Privatversicherten (mittelbar über entsprechend steigende Beiträge), sondern auch gesetzlich versicherte Selbstzahler (unmittelbar aus ihrem Einkommen) betroffen sind. Vor einer weiteren Verstärkung dieser Entwicklung durch Honorarsteigerungen aufgrund der GOZ-Novelle müssen die Versicherten/Patienten geschützt werden. Festzuhalten bleibt, dass es keinen „Nachholbedarf“ gibt; dies auch nicht hinsichtlich der neu in das Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistungen, denn diese wurden auch bislang bereits über Analogberechnungen abgerechnet.

Zu 3)

Trotz fehlenden Nachholbedarfs bei der Honorarentwicklung wird mit dem vorliegenden Entwurf eine Steigerung des Honorarvolumens herbeigeführt. Das BMG geht von der Steigerung des Honorarvolumens in Höhe von ca. 6 Prozent aus. Realistisch erscheint dagegen die Annahme eines Anstiegs um mindestens 14 Prozent. Wenn tatsächlich mit der Vorgabe einer Steigerung des Honorarvolumens gearbeitet werden soll, so muss zumindest abgesichert werden, dass der tatsächliche Honoraranstieg nicht deutlich höher ausfällt als die Annahme.

Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf prognostiziert das BMG eine Steigerung des Honorarvolumens um ca. 6,0 Prozent bzw. 345 Mio. Euro, bezogen auf das aktuelle nach der GOZ abzurechnende Honorarvolumen und Abrechnungsgeschehen. Da der GOZ-Punktwert unverändert bleibt, resultiert



dieser Zuwachs ausschließlich aus dem sich aus den vorgenommenen Änderungen ergebenden sog. „Struktureffekt“. In der amtlichen Begründung zum Verordnungsentwurf wird angemerkt, dass eine Anhebung des Punktwertes zu prüfen sein werde, wenn der tatsächliche Honoraranstieg nach Inkrafttreten der Verordnung unter 6 Prozent liegen sollte. Hingegen wird für den Fall, dass die Zunahme des Honorarvolumens über 6 Prozent liegen sollte, kein Prüfauftrag formuliert. Dies zeigt – gerade auch im Hinblick auf die Berücksichtigung der Belange der Patienten – eine einseitige und nicht akzeptable Bevorzugung der finanziellen Interessen der Zahnärzte. Dies ist umso bedenklicher, weil vieles dafür spricht, dass der Honoraranstieg deutlich höher ausfallen wird als die prognostizierten 6 Prozent.

Der Grund hierfür liegt in der völlig unrealistischen Annahme eines zukünftig reduzierten Ansatzes von Steigerungsfaktoren bei der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen. In der amtlichen Begründung zum Referentenentwurf selbst wird auf dieses Problem bei der Berechnung der Wirkungen der Novelle auf das Honorarvolumen sogar ausdrücklich hingewiesen. Bei verschiedenen Leistungen (Nrn. 215 bis 217, 5000, 5010, 5020, 5030, 5040) ist vermerkt, dass die Punktzahlen auf Wunsch der BZÄK erhöht worden sind – in der Erwartung, dass künftig durchschnittlich zum 2,3fachen und nicht zu einem höheren Satz abgerechnet wird, obwohl bisher bei der Abrechnung dieser Leistungen deutlich höhere Steigerungsfaktoren angesetzt werden.

Erwartungen bzw. Prognosen eines moderaten Abrechnungsverhaltens werden indes im Referentenentwurf selbst deutlich zurück genommen. In einem letzten Arbeitspapier der GOZ-AG (Konsolidiertes Gebührenverzeichnis) war noch bei 48 Gebührenpositionen die Erwartung einer Abrechnung zu niedrigeren Steigerungsfaktoren formuliert worden. In der nun vorliegenden Begründung wird die Aussage der BZÄK, man gehe davon aus, dass eine Abrechnung nach Inkrafttreten der neuen GOZ mit dem Regelsatz erfolgen werde, lediglich bei 8 Gebührenpositionen erwähnt.

Die Hypothese, wegen der Punktzahlanhebung werde es in der Praxis zu einer Absenkung der Gebührensätze auf den Regelwert kommen, erscheint realitätsfern und ist keine geeignete Grundlage für die Angaben zu den finanziellen Folgen der Novellierung. Zudem zeigen schon die ersten Reaktionen der Zahnärzteschaft auf die Vorlage des Referentenentwurfs eine Unzufriedenheit über den Umfang des Honoraranstiegs, hatte doch die Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) als zwischenzeitlicher Grundlage für die GOZ-Novelle Erwartungen einer Erhöhung des Honorarvolumens von 50 bis 60 Prozent ausgelöst. Es ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar, dass seitens des Verordnungsgebers anscheinend allein aufgrund einer entsprechenden Aussage der BZÄK darauf vertraut wird, dass die Zahnärzte von der Praxis des Ansatzes hoher Gebührensätze nur deshalb zukünftig Abstand nehmen, weil die Punktzahlen entsprechender Leistungen angehoben worden sind. Realitätsnah ist dagegen die Annahme, dass die bisher üblichen Steigerungsfaktoren auch nach Inkrafttreten der neuen GOZ beibehalten werden, um so möglichst nahe an den Erwartungen zu bleiben, was im Übrigen ja auch wesentlicher Geschäftszweck der vielfach in die Abrechnung einbezogenen Verrechnungsstellen ist.

Bleibt es demnach, was allen realistischen Annahmen entsprechen dürfte, bei der etablierten Abrechnungspraxis der Überschreitung der Regelhöchstsätze, ergibt sich aber ein Struktureffekt von plus 14 Prozent. Denn – so die Mitteilung in einer Sitzung der GOZ-AG – eine Berechnung auf der Grundlage der etablierten Gebührensätze ergibt einen um 8 Prozentpunkte höheren Honoraranstieg. Hinzu kommt noch, dass die Einführung neuer gebührenrechtlicher Regelungen auch weiteres Potential für unangemessene Honoraroptimierungen bietet, welches innerhalb kurzer Frist auch ausgeschöpft werden wird. Welche Dimensionen hier zu erwarten sind, ist ex ante schwer zu beziffern. Es ist aber zu erwarten, dass die Zunahme des Honorarvolumens realistisch als dreimal so hoch wie angegeben zu veranschlagen ist. Dies kann der Verordnungsgeber nach der von ihm selbst ausgesprochenen Erwartung nicht billigen, so dass eine Überprüfung gerade auch für den Fall einer Überschreitung der mit plus 6 Prozent angegebenen Erwartung hinsichtlich der Steigerung des Honorarvolumens erforderlich ist. Ein entsprechender Prüfauftrag sollte daher schon jetzt formuliert werden. Dies ist umso dringender, als an sich keinerlei Honorarsteigerung angebracht ist.

Zu 4)

Mit der perspektivisch (s. S. 39) gebotenen Ermittlung der Bewertung (zahn)ärztlicher Leistungen auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ist ein erheblicher und kontinuierlich anfallender Aufwand verbunden, der durch den Verordnungsgeber bzw. das im Verordnungsverfahren federführende Bundesgesundheitsministerium wohl kaum geleistet werden kann. Es bedarf daher professioneller Unterstützung durch ein unabhängiges Institut. Dafür gibt es verschiedene Vorbilder, wie z. B. das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Es sollten im Interesse der Fortführung des Novellierungsprozesses der GOZ und auch im Hinblick auf die anstehende Novelle der GOÄ sobald wie möglich entsprechender Rechtsgrundlagen geschaffen werden und dadurch die Weichen für die Errichtung eines solchen Instituts durch BZÄK, die BÄK, die Beihilfeträger und den Verband der Privaten Krankenversicherung gestellt werden. Zu den wesentlichen Aufgaben eines solchen Instituts, dessen fachliche Unabhängigkeit unbedingt zu gewährleisten wäre, würde die Bewertung neuer Leistungen sowie die Überprüfung der Bewertung bereits im Gebührenverzeichnis erfasster Leistungen ebenso gehören, wie die laufende Beobachtung der Abrechnungspraxis und deren Vergleich mit den im Verordnungsverfahren und bei Verordnungserlass

vom Verordnungsgeber getroffenen Annahmen. Die Einzelheiten, insbesondere zur Organisation, Arbeitsgrundlagen und Finanzierung sollten zwischen den Beteiligten weitgehend vertraglich geregelt werden, wobei in der gesetzlichen Grundlage für den Fall der Nichteinigung eine Ersatzvornahme durch das BMG vorzusehen wäre.

Zu 5)

Gegen das Gebot angemessener Zahntechnikpreise wird in der Praxis seit langem verstoßen. Die hierdurch ausgelöste Benachteiligung der Patienten kann nicht länger hingenommen werden. Der Verordnungsgeber ist daher aufgerufen, die Regelung in der GOZ anzupassen und für Fairness zu sorgen. Eine faire Regelung würde beinhalten, dass die Vergütung für zahntechnische Leistungen bei Privatpatienten nicht höher als allgemein üblich ausfallen darf. Eine höhere Vergütung ist nur dann zu rechtfertigen, wenn dem auch eine entsprechende Mehrleistung gegenüber steht und diese mit dem Patienten vereinbart wird. Die jetzt im Referentenentwurf vorgesehene Regelung wird dem Leitbild des Patientenschutzes nicht gerecht und muss abgeändert werden.

Im September 2011 wurde dann der Entwurf einer neuen GOZ in der durch das Kabinett verabschiedeten Fassung vorgelegt. Leider fehlte der Bundesregierung der Mut, gegen den Widerstand der Zahnärzte die von der PKV erhobenen angemessenen und das Interesse der Patienten/Versicherten widerspiegelnden Forderungen aufzugreifen.

Immerhin wurden dann noch zwei Forderungen des PKV-Verbands vom Finanzausschuss des Bundesrates aufgegriffen und in der endgültigen Fassung der neuen GOZ berücksichtigt. Eingefügt wurde noch eine Regelung, wonach die Fälligkeit der zahnärztlichen Vergütung davon abhängig gemacht wird, dass bei der Rechnungsstellung ein bestimmtes (maschinenlesbares!) Formular verwendet wird, das als Anlage 2 zur GOZ konkret vorgegeben ist. Außerdem ist die GOZ um einen neuen § 12 ergänzt worden, in dem geregelt ist, dass die Bundesregierung die Auswirkungen der Neustrukturierung und -bewertung der Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte prüft und dem Bundesrat bis spätestens Mitte des Jahres 2015 über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe berichtet.

Der PKV-Verband befasst sich mit der Kommentierung der neuen GOZ. Erste Erkenntnisse aus der Leistungspraxis der Unternehmen der PKV zeigen, dass auch unter Geltung der neuen GOZ von den Rechnungsstellern versucht wird, Auslegungsspielräume, die leider verblieben oder neu hinzu gekommen sind, zur Vergütungsoptimierung zu nutzen. Dabei spielen insbesondere Analogberechnungen eine Rolle. Hier rächt sich die gegen den Widerspruch der PKV vorgenommene Änderung des § 6 Absatz 2 GOZ. Dieser enthielt in seiner alten Fassung die Möglichkeit, nicht im Gebührenverzeichnis erfasste zahnärztliche Leistungen analog einer Leistung des Gebührenverzeichnisses zu berechnen, allerdings unter der Voraussetzung, dass die Leistung erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung (1. Januar 1988) auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt worden war. Dieser „Stichtagsvorbehalt“ ist in der neuen GOZ entfallen. Außerdem wurde die Möglichkeit eröffnet, Gebührenpositionen der GOÄ für die Analogabrechnung heranzuziehen. Erste Anzeichen sprechen also dafür, dass ein Ziel der Novellierung, die Vermeidung von Streitigkeiten über die korrekte Abrechnung, nicht erreicht werden wird. Die PKV wird ihre Anstrengungen in Sachen Rechnungsprüfung nicht verringern und sich weiterhin im Interesse der Versicherten gegen gebührenrechtswidrige Abrechnungen zur Wehr setzen.

Kabinettsbeschluss

Änderungen auf Initiative
des BR-Finanzausschusses

Ausblick

3.2 Arzneimittel

Referentenentwurf eines zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Am 5. Dezember 2011 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Referentenentwurf eines zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften veröffentlicht. Der PKV-Verband begrüßt die Umsetzung der EU-Richtlinien zur Überwachung der Arzneimittelsicherheit und zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen. Die Regelungen sind zur Gewährleistung eines hohen Gesundheitsschutzes erforderlich und geeignet, Nebenwirkungen der in der Europäischen Union in Verkehr gebrachten Arzneimittel zu entdecken, zu beurteilen und zu vermeiden und um Arzneimittel mit minderwertigen, gefälschten, fehlenden oder falsch dosierten Inhaltsstoffen von der legalen Lieferkette fern zu halten.

Der Gesetzentwurf sollte allerdings Maßnahmen zur Novellierung des Heilmittelwerbegesetzes zurückstellen, da auf europäischer Ebene noch immer über die Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG in Bezug auf die Information der breiten Öffentlichkeit über verschreibungspflichtige Arzneimittel und hinsichtlich der Pharmakovigilanz beraten wird. Es wird dafür plädiert, Liberalisierungen im Heilmittelwerberecht erst im Zusammenhang mit der Umsetzung der benannten Richtlinie vorzunehmen.

Artikel 1 – Änderungen des Arzneimittelgesetzes

Der Entwurf sieht die Einfügung der §§ 63 f und 63g AMG vor. Sie setzen gemeinschaftsrechtliche Regelungen (Richtlinie 2001/83/EG) zu nichtinterventionellen Unbedenklichkeitsstudien (Anwendungsbeobachtungen – AWB) um. Unterschieden wird dabei in allgemeine Voraussetzungen (§ 63f AMG-neu) und besondere Voraussetzungen für angeordnete nichtinterventionelle Unbedenklichkeitsstudien (§ 63g AMG-neu).

Nichtinterventionelle Prüfungen können, eine hohe Qualität des Protokolls und der Durchführung vorausgesetzt, einen Beitrag zur Beurteilung der Sicherheit eines Arzneimittels unter Alltagsbedingungen leisten. Sie sind nicht geeignet, Aussagen zur Wirksamkeit eines Arzneimittels zu generieren.

Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine hohe Qualität der Behandlung mit dem medizinisch Notwendigen. In der Vergangenheit wurden leider immer wieder Fälle berichtet, bei denen die Qualität der Behandlung negativ von außermedizinischen Erwägungen bei der Verordnung beeinflusst wurde: In diesen Fällen wurde nicht, wie vertraglich vereinbart, das unmittelbar medizinisch notwendige Medikament verordnet, sondern ein Arzneimittel, für dessen Einsatz im Rahmen einer AWB der Verordner eine Vergütung erhielt.

Medizinisch nicht begründete Leistungsausweitungen aufgrund von Marketing-Aktivitäten der pharmazeutischen Hersteller sind nicht im Interesse der PKV. Daher begrüßt der PKV-Verband, dass der Missbrauch der AWB als Marketing-Instrument durch die Umsetzung der Richtlinie 2001/83/EG in deutsches Recht eingedämmt werden soll.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen orientieren sich eng an den Vorgaben der Richtlinie. Vom Inhaber der Zulassung initiierte AWB sind gemäß den vorgeschlagenen Regelungen bei der Bundesoberbehörde (BOB) anzuzeigen. Der BOB steht es über eine Kann-Regelung frei, Protokoll und Fortschrittsberichte anzufordern. Wenn keine Verpflichtung dazu besteht, ist es nicht ausgeschlossen, dass dies unterbleibt, obgleich dies zentrale Informationen über eine AWB sind.

Gemäß der vorgeschlagenen Regelungen seien Studien unzulässig, durch die die Anwendung eines Arzneimittels gefördert werden soll (§ 63f Abs. 3 Nr. 1 AMG-neu), deren Vergütungen für die Beteiligung von Angehörigen der Gesundheitsberufe an solchen Studien sich nach ihrer Art und Höhe nicht auf den Zeitaufwand und die angefallenen Kosten beschränken (§ 63f Abs. 3 Nr. 2 AMG-neu) oder durch die ein Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung oder Empfehlung bestimmter Arzneimittel entsteht (§ 63f Abs. 3 Nr. 3 AMG-neu).

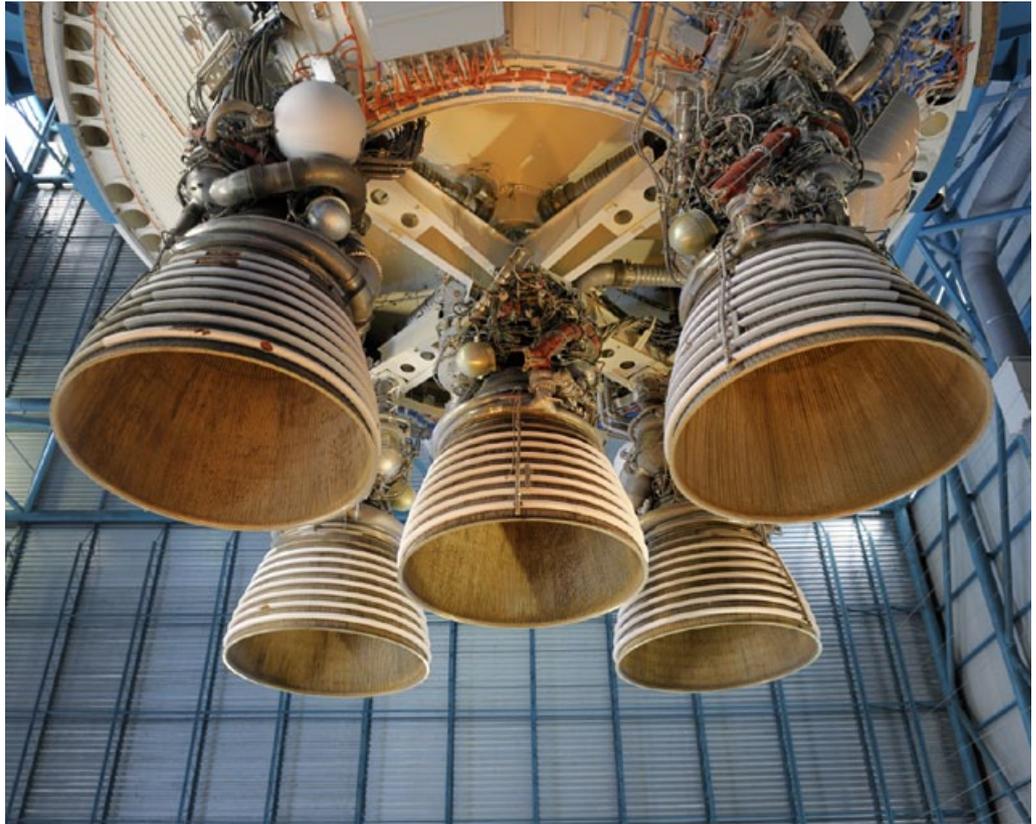
Anwendungsbeobachtungen können den Zweck einer bevorzugten Verschreibung verfolgen, ohne dass dieser direkt oder auch nur indirekt formuliert würde. Anhand der unkonkreten Definition in § 63f Abs. 3 Nr. 1-3 AMG-neu, die auch in der Gesetzesbegründung keine nähere Spezifizierung erhält, ist unklar, was von der Regelung erfasst wird und wie sie überwacht werden soll. Erschwerend kommt im Falle nicht angeordneter AWB hinzu, dass die BOB durch die Anzeigepflicht zwar Kenntnis von einer AWB hat – durch die KANN-Regelung hinsichtlich der Übermittlung des Protokolls möglicherweise aber keinerlei Erkenntnisse bzgl. der Anforderungen von § 63f Abs. 3 Nr. 1-3 AMG-neu. Insbesondere bleibt offen, welche konkreten Informationen die Anzeige zu enthalten hat.

Gem. § 63f Abs. 4 AMG-neu sind AWB dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anzuzeigen unter Angabe von Ort, Zeit, Ziel und Protokoll der Studie und unter Benennung der beteiligten Ärzte.

Die Regelungen zur Anzeigepflicht stellen nicht darauf ab, ob die Leistungen im Bereich der vertragsärztlichen oder im Bereich der privatärztlichen Versorgung erbracht werden. Auch im Falle von AWB im privatärztlichen Bereich bestünde nach § 63f Abs. 4 Satz 1 AMG-neu nur die Verpflichtung, die AWB dem GKV-Spitzenverband anzuzeigen. Die Frage, ob es sich um eine zu Lasten der GKV erbrachte Leistung handelt, ist gemäß der neuen Regelung nur hinsichtlich der Anzeige der geleisteten Entschädigungen relevant.

Gerade die letztgenannte Regelung ist geeignet, Zulassungsinhaber verstärkt dazu anzuhalten, AWB in der privatärztlichen Versorgung durchzuführen, da dort die Entschädigungszahlungen nicht offengelegt werden müssen. Aber auch Privatpatientinnen und -patienten haben das Recht auf eine qualitativ hochwertige Versorgung, in der das medizinisch notwendige Arzneimittel abgegeben wird. Deshalb ist es angezeigt, dass der PKV-Verband Kenntnis von Ort, Zeit, Ziel und Protokoll der Studie sowie den beteiligten Ärzten erhält. Insofern wird vorgeschlagen, die Anzeigepflichtung der pharmazeutischen Unternehmer auch auf den PKV-Verband zu erstrecken. Gleiches müsste dann für AWB geregelt werden, die nicht von pharmazeutischen Herstellern veranlasst werden (§ 67 Abs. 6 AMG-neu).

In dem Entwurf wird klargestellt, dass die Arzneimittelpreisverordnung auch für den Versandhandel aus dem Ausland nach Deutschland gilt.



Die vorgeschlagene Regelung wird begrüßt. Damit herrscht Rechtssicherheit, dass die Pflicht zur Gewährung von Herstellerabschlägen nach § 130a Abs. 1 SGB V auch für solche Arzneimittel gilt, die in einer ausländischen Versandapotheke abgegeben werden.

Artikel 5 – Änderung des Heilmittelwerbegesetzes

Die beabsichtigte Streichung des § 10 Abs. 2 HWG bedeutet die Aufhebung des Werbeverbots für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die dazu bestimmt sind, bei Menschen die Schlaflosigkeit oder psychische Störungen zu beseitigen oder die Stimmungslage zu beeinflussen.

Änderungen des Heilmittelwerbegesetzes sind für Kostenträger vor allem deshalb von Interesse, da durch Liberalisierungen die Nachfrage bei den Patientinnen und Patienten erhöht wird. Aufgrund tariflich vereinbarter Erstattungsmöglichkeiten von OTC-Produkten (engl: Over The Counter; nicht verschreibungspflichtige Medikamente) im Bereich der privaten Krankenversicherung können – medizinisch nicht indizierte – Leistungsausweitungen eine unmittelbare Folge von erleichterten Werbemöglichkeiten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sein.

Die derzeit bestehende Regelung soll verhindern, dass Menschen – beeinflusst durch Werbung – leichtfertig zu Arzneimitteln greifen, um ihre psychischen Probleme zu lösen oder einen angenehmen Gemütszustand zu erreichen, und hierdurch in die Gefahr einer physischen oder auch nur psychischen Arzneimittelabhängigkeit geraten. Ist ihre Anwendung – wie bei der Selbstmedikation – nicht Teil eines medizinischen Gesamtbehandlungsplanes, so besteht die Gefahr, dass ein erforderlicher Arztbesuch und eine Erforschung und Behandlung der

Ursachen wegen dauerhafter Unterdrückung der unerwünschten Symptome, die auch Warnzeichen für ernsthafte Erkrankungen sein können, unterbleibt.

Weiterer Regelungsbedarf

Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) wurde verankert, dass der PKV-Verband bei den Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel ins Benehmen zu setzen ist. Von den vereinbarten Preisen profitieren auch Privatversicherte gemäß § 78 Abs. 3a AMG.

Grundlage für die Vereinbarungen sind die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung nach § 35a Abs. 3 SGB V. Um die patientenrelevanten therapeutischen Effekte insbesondere hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Verkürzung der Krankheitsdauer, der Verlängerung des Überlebens, der Verringerung von Nebenwirkungen oder einer Verbesserung der Lebensqualität nach den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin bewerten zu können, ist es erforderlich, dass vollständige Informationen über klinische Prüfungen zur Verfügung stehen.

Mit dem AMNOG wurde deshalb in § 42b AMG eine Verpflichtung der Hersteller aufgenommen, die Ergebnisse "aller confirmatorischen klinischen Prüfungen" zu veröffentlichen. Die zulässige Frist beträgt sechs Monate nach Zulassung. Ist das Arzneimittel bereits auf dem Markt, sollen Ergebnisse weiterer klinischer Prüfungen innerhalb eines Jahres veröffentlicht werden.

Diese Regelung war ein erster Schritt in Richtung einer allgemeinen Veröffentlichungspflicht klinischer Studien. Sie reicht aber nicht aus, weil einerseits auf die Verankerung einer Registrierungspflicht verzichtet wurde, wie sie der Weltärztebund in der aktuellen Deklaration von Helsinki 2008 fordert und wie es sie seit dem Food and Drug Administration Amendment Act 2008 in den USA gibt, und weil andererseits nur ein Teil klinischer Prüfungen erfasst wird.

Viele Studien bleiben mit der Regelung unveröffentlicht, darunter Studien zu schon auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln oder Studien, die aus unterschiedlichen Gründen nicht zur Zulassung geführt haben. Informationen über diese Studien sind insbesondere von Bedeutung hinsichtlich der Bestimmung des Nutzens der zweckmäßigen Vergleichstherapie, bei der Bewertung des Bestandsmarktes und von Arzneimitteln, die mit Arzneimitteln, für die ein Beschluss nach § 35a Abs. 3 SGB V vorliegt, im Wettbewerb stehen (§ 35a Abs. 6 SGB V).

Die fehlende Vollständigkeit bei der Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Prüfungen hat zur Folge, dass ein Risiko besteht, die Wirksamkeit von Arzneimitteln auch weiterhin systematisch zu überschätzen und die Risiken zu unterschätzen. Wenn nicht alle (potentiell) verfügbaren Daten und Fakten in eine Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und den Gemeinsamen Bundesausschuss einfließen können, ist die Wahrscheinlichkeit für Fehlentscheidungen erhöht. Daraus können ungerechtfertigte Mehrausgaben für die Kostenträger resultieren.

Eine umfassende Registrierungs- und Publikationspflicht aller klinischen Studien und ihrer Ergebnisse muss gesetzlich verankert werden, wozu auch eine Verpflichtung zur Veröffentlichung des Studienprotokolls vor Beginn einer Studie zu gehören hat. Die Registrierungspflicht könnte beispielsweise dadurch

umgesetzt werden, dass das positive Votum der Ethikkommission an die Registrierung der Studie geknüpft wird.

Durch das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (BGBl. vom 29. Juli 2010, S. 983) wurde in § 130a Absatz 1 SGB V die Pflicht zur Gewährung von Rabatten auch für Arzneimittel, die gem. § 129a SGB V von einer Krankenhausapotheke abgegeben werden, eingefügt. In der Praxis ist es wiederholt zu unterschiedlichen Auslegungen gekommen, ob auch die Abschläge nach den Absätzen 3a und 3b des § 130a SGB V Anwendung finden auf Arzneimittel, die durch Krankenhausapotheken abgegeben werden. Der PKV-Verband plädiert für eine Klarstellung, dass bei der Abgabe eines Arzneimittels in einer Krankenhausapotheke – wie bei Abgabe in einer öffentlichen Apotheke auch – die Abschläge nach Absatz 3a und 3b zu gewähren sind.

Zytostatika-Abrechnung von Krankenhausapotheken für ambulant im Krankenhaus behandelte Privatpatienten

Krankenhausapotheken fallen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung seit einiger Zeit durch überhöhte Rechnungslegung für die Herstellung von Zytostatika (selbst zubereitete Krebsarzneimittel) für ambulant im Krankenhaus behandelte Privatpatienten auf. Die Krankenhausapotheken akzeptieren die Preisbegrenzung der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) oftmals nicht, sondern orientieren sich an der vor dem 23. Juli 2009 (Inkrafttreten der 15. AMG-Novelle) bestehenden Rechtslage, nach der öffentliche Apotheken einen Festzuschlag von 90 Prozent auf den Herstellerabgabepreis des Fertigarzneimittels berechnen durften. Der durch die Abgabe- und Preisregelungen des Apothekengesetzes (ApoG) und der AMPreisV vermittelte Schutz der Privatpatienten wird dadurch in rechtswidriger Weise unterlaufen, was gerade im Hinblick auf die damit verbundenen hohen Zusatzkosten für die Versichertengemeinschaft inakzeptabel ist. Nachstehend soll die Rechtslage im Kontext der Arzneimittelabgabe für ambulante Krankenhauspatienten durch die Krankenhausapotheke beleuchtet werden.

Problemlage

Manche Krankenhausapotheke veranschlagt offenbar zum Teil in Analogie zu der Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 1 AMPreisV, die seit dem 23. Juli 2009 für öffentliche Apotheken wegen der speziellen Regelung des § 5 Abs. 6 AMPreisV nicht mehr anwendbar ist, ein Festzuschlag in Höhe von bis zu 90 Prozent auf den Herstellerabgabepreis. Teilweise werden auch willkürliche andere prozentuale Erhöhungen angesetzt.

Mit dem Inkrafttreten der 15. AMG-Novelle sind durch die Neuregelung des § 5 Abs. 6 AMPreisV die Zuschläge der öffentlichen Apotheken stark reduziert worden. Die neue Rechtslage ist von einigen Krankenhausapotheken offenbar nicht nachvollzogen worden. Ausgangspunkt der Problematik ist, dass das Preisregime der Arzneimittelpreisverordnung gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 1 AMPreisV auf Krankenhausapotheken nicht anwendbar ist. Die Regelung lautet: „Ausgenommen sind die Preisspannen und Preise der Apotheken, wenn es sich um eine Abgabe handelt durch Krankenhausapotheken.“

Diese Ausnahme, die eine erhebliche Privilegierung der Krankenhausapotheken gegenüber öffentlichen Apotheken bewirkt, verursacht im System der gesetzlichen Krankenversicherung keine Probleme. Eine Krankenhausapotheke darf

Arzneimittel zu Lasten von Krankenkassen nur abgeben, wenn die Krankenkassen mit dem Krankenhausträger eine Vereinbarung getroffen haben. Diese soll insbesondere Regelungen zur Höhe des für den gesetzlich Versicherten maßgeblichen Abgabepreises enthalten (vgl. § 129a SGB V).

Krankenhausapotheken sind nicht verpflichtet, die mit den Krankenkassen bzw. deren Verbänden vereinbarten Abgabepreise auch im Verhältnis zu den Privatversicherten anzuwenden (vgl. zur ähnlich gelagerten Problematik der Nichtanwendbarkeit der Anlage 3 der Hilfstaxe auf privat Versicherte: OLG München, Beschluss vom 28. Februar 2007, Az.: 25 U 5570/06, in: VersR 2007, 1687). Privatversicherte partizipieren also grundsätzlich nicht an den für gesetzlich Versicherte vereinbarten Abgabepreisen.

Es kann konstatiert werden, dass Krankenhausapotheken – soweit sie zur ambulanten Behandlung von Privatpatienten berechtigt sind – die Abgabepreise für Fertigarzneimittel, die einzeln abgegeben oder als Ausgangsstoffe für Rezepturen verwendet werden, grundsätzlich frei bestimmen können. Die für öffentliche Apotheken geltenden gesetzlichen Vorgaben zur Preisgestaltung bei der Abgabe von Arzneimitteln sind auf Krankenhausapotheken nicht anwendbar.

Einschränkungen der Krankenhausapotheken bei Abgabe von Arzneimitteln

Es fragt sich allerdings, ob Krankenhausapotheken tatsächlich ambulant im Krankenhaus behandelte Patienten mit Arzneimitteln oder parenteralen Zubereitungen versorgen dürfen und welche Folgen sich gegebenenfalls aus der Verneinung dieser Frage ergeben.

Was Krankenhausapotheken dürfen, d. h. welche Patienten sie mit Arzneimitteln versorgen dürfen, ergibt sich aus § 14 Abs. 7 ApoG.

Danach dürfen Arzneimittelabgaben nur erfolgen

- zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere an Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V),
- an Beschäftigte des Krankenhauses für deren unmittelbaren eigenen Bedarf (§ 14 Abs. 7 Satz 3 ApoG),
- an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wenn das Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116 a SGB V) oder vertraglich berechtigt ist (§§ 116 b, 140 b Abs. 4 Satz 3 SGB V),
- an Patienten bei deren Entlassung nach stationärer Behandlung zur Überbrückung, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt (§ 14 Abs. 7 Satz 2 ApoG),
- an die einzelnen Stationen und anderen Teileinheiten des Krankenhauses zur Versorgung von Patienten, die in dem Krankenhaus vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär (§ 115 a SGB V) behandelt, ambulant operiert oder im Rahmen sonstiger stationersetzender Eingriffe (§ 115 b SGB V) versorgt werden,
- an Krankenhäuser, mit denen rechtswirksame Verträge bestehen oder für deren Versorgung eine Genehmigung nach § 14 Abs. 5 Satz 3 ApoG erteilt worden ist (§ 14 Abs. 7 Satz 1 ApoG).

Auslegung des § 14 Abs. 7 ApoG

a) Versorgung ambulanter Patienten nur in den in § 14 Abs. 7 ApoG geregelten Ausnahmefällen

Der Wortlaut der Regelung zieht einen engen Rahmen, innerhalb dessen Krankenhausapotheken Arzneimittel abgeben dürfen. Diese Ausnahmen sind in § 14 Abs. 7 Satz 2 ApoG im Einzelnen und abschließend geregelt. Aus der gesetzlichen Formulierung, dass die Abgabe „nur“ in den genannten Fällen zulässig ist, folgt zwingend, dass eine anderweitige Abgabe nicht in Betracht kommt.

Die Einbindung der Krankenhausapotheken in die ambulante Versorgung von im Krankenhaus behandelten Patienten orientiert sich in § 14 Abs. 7 ApoG an den sektoralen Grenzen zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und ambulanter Behandlung im niedergelassenen Bereich. Im Grundsatz dürfen Krankenhausapotheken nur stationäre Krankenhauspatienten mit Arzneimitteln versorgen. Nur soweit eine schrittweise „Verzahnung“ zwischen ambulanter und stationärer Behandlung in der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt ist, die Krankenhäuser also über ihren eigentlichen stationär-bettenführenden Auftrag hinaus auch ambulante Leistungen innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dürfen (z. B. solche nach §§ 115b SGB V, 116a SGB V oder 116b SGB V), sind Krankenhausapotheken zur Abgabe von Arzneimitteln – gegenüber sozial versicherten Patienten – befugt.

Über den Wortlaut des § 14 Abs. 7 ApoG hinausgehende Ausnahmen sind nicht – auch nicht für Privatversicherte oder Selbstzahler – zulässig.

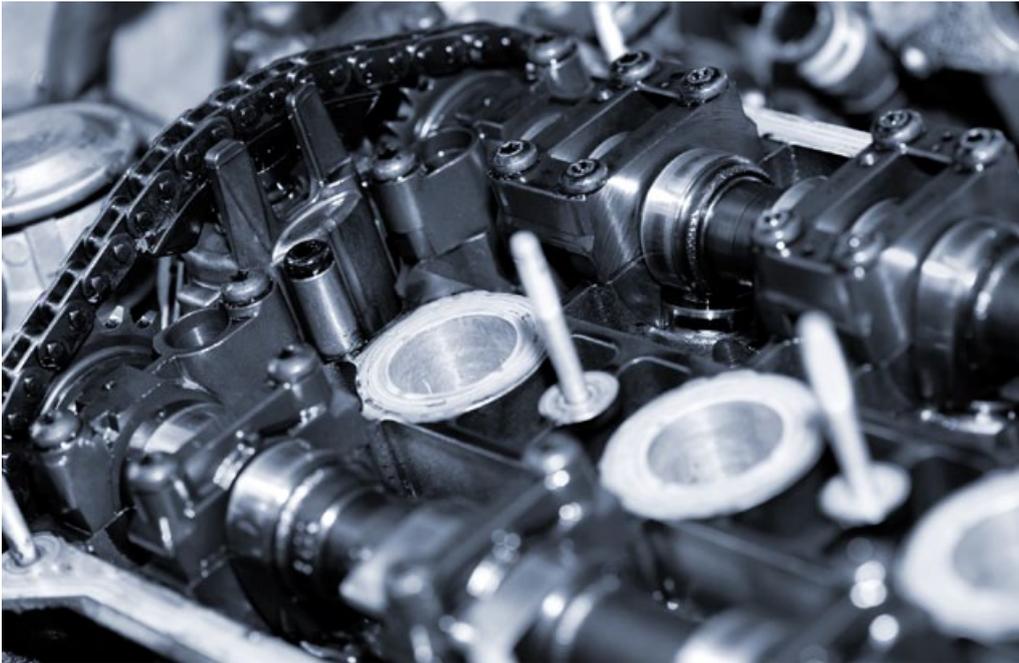
b) Subsumtion der ambulanten Behandlung unter den Begriff der teilstationären Behandlung?

Die ambulante Behandlung lässt sich auch nicht mit einer teilstationären Behandlung gleichsetzen. Eine teilstationäre Behandlung zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient anders als bei der ambulanten Versorgung auf die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses angewiesen ist, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus über den regelmäßig längeren Behandlungszeitraum hinweg notwendig ist (vgl. Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage 2010, § 83, Rn. 30). Es bestehen also strukturelle Unterschiede zwischen diesen beiden Behandlungsformen. Die Zytostatika-Gabe erfolgt weit überwiegend in den onkologischen Schwerpunktpraxen und eher selten im Rahmen einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus. Für die Zytostatika-Gabe bedarf es also gerade nicht der besonderen personellen oder sachlich-apparativen Ausstattung des Krankenhauses. Folglich kann die ambulante Behandlung nicht mit der teilstationären Behandlung gleichgesetzt werden (so auch das Kammergericht Berlin, Urteil vom 27. April 1995, Az.: 25 U 659/95).

c) Teleologische Auslegung

aa) Wettbewerbsverhältnis zwischen öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken

Einer erweiternden Auslegung des § 14 Abs. 7 ApoG steht auch der Sinn und Zweck der in Rede stehenden Bestimmung entgegen. Der Gesetzgeber hat die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung den öffentlichen Apotheken zugewiesen (vgl. § 1 Abs. 1 ApoG). Nur ausnahmsweise, nämlich in den in § 14 Abs. 7 ApoG oder § 11 Abs. 3 ApoG definierten Fällen, dürfen auch Krankenhausapotheken in



die Versorgung einbezogen werden. Würde diese Trennung der Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche aufgegeben bzw. die Ausweitung der Abgabebefugnisse der Krankenhausapotheken in den originär den öffentlichen Apotheken zugeordneten ambulanten Bereich hingenommen, hätte das eine Störung des Gleichgewichts zwischen öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken zur Folge (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, BT-Drs. 8/3554 vom 10. Januar 1980). Letztere genießen im Wettbewerb mit öffentlichen Apotheken ohnehin erhebliche Wettbewerbsvorteile. Wichtigster Vorteil ist die Freistellung der Krankenhausapotheken von den zwingenden Preisvorschriften der Arzneimittelpreisverordnung gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 1 AMPPreisV. Das versetzt sie in die Lage, Arzneimittel zu deutlich günstigeren Preisen erwerben zu können, da der einheitliche Herstellerabgabepreis gemäß § 78 Abs. 3 AMG nicht für Krankenhausapotheken gilt (vgl. BGH, Urteil vom 12. Oktober 1989, Az.: I ZR 228/87). Öffentliche Apotheken können Krankenhausapotheken daher bei Verstößen gegen das Apothekengesetz, die zugleich Verletzungen gemäß § 4 Nr. 11 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) darstellen, und z. B. bei Medikamentenabgaben an ambulant im Krankenhaus behandelte Privatpatienten erfüllt sind, auf Unterlassung in Anspruch nehmen.

bb) Patientenschutz

Regelungen, die den Handlungsspielraum der Krankenhausapotheken einengen, dienen auch dem Patientenschutz. Das lässt sich am Beispiel des § 129a SGB V nachvollziehen. Da für die Krankenhausapotheken die Preisvorschriften nach dem Arzneimittelgesetz nicht gelten, müssen die entsprechenden Preise sowie die Einzelheiten der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen vertraglich vereinbart werden. Solange eine entsprechende Vereinbarung nicht vorliegt, ist das Krankenhaus nicht befugt, Arzneimittel auf Kassenrezept abzugeben (vgl. den Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Modernisierungsgesetz, BT-Drs. vom 8. September 2003, 15/1525, Seite 122). Die Regelung des 129a SGB V ist nach ihrem Zweck also dazu bestimmt, gesetzlich Versicherte vor inakzeptablen Abgabepreisen der Krankenhausapotheken zu schützen. Der GKV-Spitzenverband und die Krankenkassen können die Krankenhausapotheken zudem zur Preisgabe der Bezugsquellen und der tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise zwingen,

um diese Erkenntnisse dann in den Preisverhandlungen verwerten zu können. Privatversicherte können sich zwar nicht auf die Ergebnisse der GKV-Preisvereinbarungen gemäß § 129a SGB V berufen (siehe oben unter I.). Sie können aber geltend machen, dass Krankenhausapotheken Arzneimittel nur in den Grenzen des § 14 Abs. 7 ApoG abgeben dürfen. Insofern kommt dieser Regelung, gerade vor dem Hintergrund der Nichtanwendbarkeit der AMPPreisV auf Krankenhausapotheken, Schutzwirkung zugunsten der nicht in den Anwendungsbereich des SGB V einbezogenen Patienten zu. Krankenhausapotheken, die Privatpatienten mit überhöhten Rechnungen konfrontieren, missachten überdies den mit ihrer Ausnahme von der AMPPreisV verfolgten Willen des Gesetzgebers. Mit der Einführung des Krankenhausprivilegs hat der Gesetzgeber mitnichten intendiert, den Krankenhausapotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln an Endverbraucher bzw. Patienten freie Hand hinsichtlich der Preisgestaltung zu lassen. Er beabsichtigte vielmehr, den Krankenhäusern den Bezug von Arzneimitteln zu Preisen unterhalb der Apothekenabgabepreise im Einzelhandel an Endverbraucher zu ermöglichen (vgl. BGH, Urteil vom 12. Oktober 1989, Az.: I ZR 228/87). Krankenhausapotheken sollen nicht dem einheitlichen Herstellerabgabepreis unterworfen sein, sondern Arzneimittel günstiger erwerben dürfen. Diese Maßnahme diene im Kern dazu, die Kosten für die Arzneimittelausgaben im Krankenhausbereich zu senken. Dass dieses Privileg nun von einigen Krankenhausapotheken in sein Gegenteil verkehrt und dazu missbraucht wird, den Patienten unangemessen hohe Forderungen zu stellen, stellt sich als Verstoß gegen den durch § 14 Abs. 7 ApoG vermittelten Patientenschutz und auch als rechtsmissbräuchliche Anwendung des Krankenhausprivilegs gemäß § 1 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 AMPPreisV dar.

d) Historische Auslegung

Dass Krankenhausapotheken an der ambulanten Versorgung nur innerhalb der in § 14 Abs. 7 ApoG abschließend genannten Fälle teilnehmen dürfen, lässt sich auch anhand der historischen Entwicklung des § 14 Abs. 7 ApoG (vormals § 14 Abs. 4 ApoG) nachvollziehen und belegen. Der Gesetzgeber, der in der Vergangenheit ernsthaft erwogen hatte, den Krankenhausapotheken den Zugang zur ambulanten Patientenversorgung zu eröffnen, hat diesen Ansatz dann schließlich endgültig und ausdrücklich verworfen (vgl. den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen, BT-Drs. 8/1812 vom 17. Mai 1978). Der Gesetzgeber hat seitdem davon abgesehen, den ambulanten Bereich mit Ausnahme der in § 14 Abs. 7 ApoG geregelten Fälle für Krankenhausapotheken vollständig zu öffnen. Zuletzt ist § 14 Abs. 7 ApoG mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (vgl. BGBl. I, 2007, S. 378) geändert worden, ohne dass sich substantielle Änderungen im Rechtsstatus oder zu Abgabebefugnissen ergeben hätten. Der Gesetzgeber hat sich vielmehr ausdrücklich dafür entschieden, dass Ärzte, die an der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Krankenhaus beteiligt sind, den notwendigen Bedarf an Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke nicht decken dürfen (so ausdrücklich Kammergericht Berlin, Urteil vom 27. April 1995, Az.: 25 U 659/95).

Ergebnis

Die Regelung des § 14 Abs. 7 ApoG ist abschließend. Sie stellt eine Ausnahmeregelung dar, die weder analogiefähig noch einer erweiterten Auslegung zugänglich ist. Danach darf in der Chefarzt- oder Institutsambulanz keine Versorgung mit in der Krankenhausapotheke hergestellten Zytostatika erfolgen. Ambulant im Krankenhaus behandelte Patienten müssen die verordneten Medikamente oder Rezepturen aus einer öffentlichen Apotheke beziehen.

Versicherungsvertragliche Grenzen des Aufwendungsersatzes (§ 4 Abs. 3 MB/KK)

Nach § 4 Abs. 1 Musterbedingungen (MB/KK) müssen Arzneimittel von dem in § 4 Abs. 2 MB/KK genannten Personenkreis (niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten) verordnet und aus der Apotheke bezogen werden. Es fragt sich, ob mit dem Begriff der „Apotheke“ ausschließlich öffentliche Apotheken (und den ihnen bei Einhaltung gesetzlicher Vorgaben weitgehend gleichgestellten Versandapotheken) gemeint sind oder aber über den Wortlaut hinaus auch Krankenhausapotheken inkludiert sind. Für die Auslegung und die Inhaltskontrolle von Tarifbedingungen kommt es auf das Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse an. Der Bundesgerichtshof stellt darauf ab, wie die Klausel aus Sicht des Versicherungsnehmers bei aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstanden werden musste (vgl. BGH, Urteil vom 23. Juni 1993, Az.: IV ZR 135/92). Unter Beachtung dieser Kriterien wird ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer unter der Bezeichnung „Apotheke“ diejenige Einrichtung verstehen, die im Normalfall ärztlich verordnete Arzneimittel abgibt, nämlich die öffentliche Apotheke. Er wird nicht erwarten, Medikamente auch aus Krankenhausapotheken beziehen zu können. Das Interesse des Versicherungsnehmers besteht darin, Arzneimittel schnellstmöglich, zuverlässig, wohnortnah und unter Beachtung der Qualitätsvorgaben und geltenden Preisregelungen zu erhalten. Hierfür bieten öffentliche Apotheken, deren gesetzlicher Auftrag darin besteht, die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen, die Gewähr. Der tarifliche Ausschluss von Krankenhausapotheken gefährdet den Vertragszweck der Krankheitskostenvollversicherung angesichts von über 21.400 dem Versicherten zur Verfügung stehenden öffentlichen Apotheken (Quelle: Zahlenbericht der ABDA) nicht im Geringsten. Die Klausel ist weder überraschend noch benachteiligt sie den Versicherungsnehmer.

Aus Sicht des Versicherers ist die Beschränkung auf öffentliche Apotheken eine zulässige Risikobegrenzung, vergleichbar mit der sich aus § 4 Abs. 2 MB/KK ergebenden Begrenzung. Der Kostenerstattungsanspruch des Versicherten besteht gemäß § 4 Abs. 2 MB/KK nur insoweit, als ambulante ärztliche Leistungen grundsätzlich von niedergelassenen Ärzten und nicht von juristischen Personen erbracht werden. Diese wirtschaftliche Risikobegrenzungsklausel verhindert, dass nur medizinisch notwendige Heilbehandlungen vorgenommen werden und merkantile Motive bei der Leistungserbringung in den Hintergrund treten (OLG Karlsruhe, Urteil vom 1. April 1993, Az.: 12 U 233/92). Die Risikobegrenzungsklausel des § 4 Abs. 3 MB/KK hat ebenfalls eine wirtschaftliche Dimension. Sie schützt den Versicherer davor, Aufwendungsersatz für überhöhte Arzneimittelpreise von Krankenhausapotheken leisten zu müssen.

Konsequenzen

Der PKV dürfte grundsätzlich nicht daran gelegen sein, die ambulant-onkologische Behandlung der Privatversicherten in Krankenhäusern zu unterbinden (Stichworte: Systemwettbewerb zur GKV; Diskussionen zum neuen § 116b SGB V). Zwar würde die ambulante Behandlung im Krankenhaus auch bei konsequenter Anwendung des § 14 Abs. 7 ApoG bzw. des § 4 Abs. 3 MB/KK nicht unmöglich gemacht, schließlich könnte der Patient die Zubereitungen auch in einer öffentlichen Apotheke herstellen lassen und sich danach in die Privatambulanz des Krankenhauses begeben. Das hätte aber zur Folge, dass dem gesundheitlich ohnehin angeschlagenen (Krebs-)Patienten – insbesondere in ländlichen Gebieten – ein gegebenenfalls längerer Weg zur nächsten Zytostatika



herstellenden öffentlichen Apotheke zugemutet würde. Allerdings müssen Krankenhausapotheken, die auf unangemessen hohe Abrechnungen insistieren, damit rechnen, dass Unternehmen der PKV die Kostenerstattung unter Hinweis auf die Vorschrift des § 14 Abs. 7 ApoG verweigern, deren Verletzung im Übrigen eine bußgeldbewehrte Ordnungswidrigkeit gemäß § 25 Abs. 1 Nr. 5 ApoG darstellt und behördlicherseits verfolgt wird.

Einzug von Arzneimittelrabatten durch die „Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH“

Wieso sollten gleiche Medikamente für Privatpatienten teurer sein als für gesetzlich Versicherte? Allein aufgrund des Versichertenstatus und ohne erkennbaren Zusatznutzen mehr für ein Arzneimittel zu bezahlen, ist niemandem zu vermitteln. Das hat auch der Gesetzgeber erkannt und deshalb im vergangenen Jahr eine wichtige Regelung ausgeweitet: Zukünftig profitieren auch Privatversicherte und Beihilfeberechtigte von den Rabatten der Pharma-Hersteller, die gesetzlich Krankenversicherte schon seit Jahren erhalten. Zur Anforderung der Rabatte hat der Gesetzgeber eine Zentrale Stelle vorgesehen, die von den Versicherungen und Beihilfestellen gegründet werden muss. Die Rabatte müssen zur Entlastung der Versicherungsbeiträge verwendet werden und kommen somit direkt den PKV-Versicherten und Beihilfeberechtigten zugute. Der Startschuss für das von Beginn an ambitionierte Projekt zur Erlangung der Preisnachlässe erfolgte am 11. November 2010. Damit die Rabatte mit Wirkung des Gesetzes zum 1. Januar 2011 geltend gemacht werden konnten, musste durch PKV und Beihilfe gemeinsam ein neues Unternehmen aufgebaut werden. Zur Umsetzung galt es, innerhalb kürzester Zeit ein professionell arbeitendes Team aus Vertretern von PKV-Unternehmen, des PKV-Verbands und der Beihilfe zu bilden. Hierbei kam dem Projekt der Umstand zugute, dass innerhalb des PKV-Verbands ein Projektmanagement implementiert wurde, welches in der frühen Phase des Aufbaus den Grundstein für den Projekterfolg legte. Auf diese Weise konnte die neue Gesellschaft mit Namen ZESAR (Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH) am 16. Dezember 2010, also nur 5 Wochen nach

der Verabschiedung des Gesetzes, gegründet werden. ZESAR erfüllt mehrere Aufgaben: Zunächst werden dem Unternehmen die rabattrelevanten Arzneimittel-daten ohne personenbezogene Daten von den anspruchsberechtigten PKV-Unternehmen und den Beihilfeträgern in elektronischer Form angeliefert. Im weiteren Verlauf werden Rechnungen an die jeweiligen Arzneimittelhersteller gestellt. Anschließend erfolgt eine Weiterleitung der eingezogenen Rabatte an die betreffenden Versicherungen und Beihilfestellen. So kommen die Rabatte zu guter Letzt bei den Versicherten und Beihilfeberechtigten an. Trotz der zeitweise unsicheren Planungsgrundlage vor der Verabschiedung des Gesetzes hatte das Projektteam bereits im Oktober damit begonnen, den Aufbau des Unternehmens zu organisieren. Damit war der Grundstein für eine kurzfristige Umsetzung des Projektes gelegt. So wurde eine Integrationsplattform aufgebaut, die die hohe Zahl anspruchsberechtigter Stellen (43 PKV-Unternehmen und rund 11.000 Beihilfeträger) an ZESAR anbindet und zur Sammlung der Daten dient. Bereits am 3. Januar 2011 stand ein Web-Portal zur Verfügung, über das PKV-Versicherungen und Beihilfeträger Arzneimittel-daten erfassen konnten. Darüber hinaus wurde die Plattform technisch weiter ausgebaut, sodass heute Datensätze nahezu voll-automatisch an ZESAR übertragen werden können. Um das Datenvolumen – die erwartete Anzahl von Datensätzen liegt im mittleren zweistelligen Millionen-Bereich – effizient verarbeiten zu können, wird als Abrechnungssystem von ZESAR SAP eingesetzt. Im Januar 2011 wurde mit dem Aufbau des SAP-Systems begonnen. Das anspruchsvolle Ziel war es, innerhalb von 3 Monaten die ersten Rechnungen an die Arzneimittelhersteller zu verschicken.

Trotz vieler organisatorischer Hürden und des engen Zeitplans konnten bereits am 18. März 2011, also nur 4 Monate nach Gesetzesverabschiedung, die ersten Rabattforderungen an die Pharmahersteller gesendet werden. Allein die enge Zusammenarbeit zwischen dem PKV-Verband, den beteiligten externen Implementierungspartnern sowie den PKV-Unternehmen und den Beihilfeträgern hat dies ermöglicht. Im Jahr 2011 haben sich bereits alle PKV-Unternehmen sowie rund 8.000 Beihilfestellen bei ZESAR angemeldet. So konnte 2011 ein Rabattvolumen von insgesamt rund 130 Mio. Euro über ZESAR von den Pharmaunternehmen angefordert werden.

Bisher werden lediglich Rabatte für Fertigarzneimittel eingezogen, die als solche direkt auf den Rezepten erkenntlich sind. Der Rabattanspruch besteht auch auf Fertigarzneimitteln, die in sogenannten parenteralen Zubereitungen enthalten sind. Dabei handelt es sich um Arzneimittel, die der Apotheker zum Beispiel im Rahmen einer Krebsbehandlung oder künstlichen Ernährung ganz individuell für einen bestimmten Versicherten herstellt. Diese Zubereitungen bestehen aus vielen einzelnen Fertigarzneimitteln, die teilweise in sehr kleinen Mengen verwendet werden. Auch für diese Teilmengen können Rabatte geltend gemacht werden. Derzeit ist das jedoch nur in einigen wenigen Fällen möglich. Denn vielen Versicherungsunternehmen und Beihilfestellen ist bislang, aufgrund der hierfür unzureichenden Dokumentation auf den Rezepten, nicht bekannt, welche Arzneimittel in den Zubereitungen in welchen Mengen vorhanden sind. Damit auch diese Rabatte künftig geltend gemacht werden können, wird derzeit von ZESAR eine technische Lösung, überwiegend für die Beihilfe, entwickelt, mittels derer die einzelnen Bestandteile der Parenteralia abgerufen werden können. So können auch diese Rabatte über ZESAR eingezogen werden. Auch diese Rabatte kommen den Versicherten und Beihilfeberechtigten zu Gute. Die Medikamente zur Krebstherapie kosten schnell einige Tausend Euro. Der gesetzliche Rabatt in Höhe von 16 Prozent führt hierbei also zu erheblichen Kosteneinsparungen.

Verwirklichung
weiterer Rabatte –
insbesondere bezüglich
Arzneimittelzubereitungen

Auch wenn noch nicht alle Versicherungsunternehmen und Beihilfestellen Arzneimitteldaten zur Rabattabrechnung an ZESAR übermitteln und derzeit noch nicht alle Rabatte geltend gemacht werden können, lässt sich mit Fug und Recht feststellen: ZESAR hat innerhalb kürzester Zeit die höchst anspruchsvolle Aufgabe bewerkstelligt, ein funktionierendes System für die Geltendmachung der Abschläge für Arzneimittel zu etablieren, die den Versicherten der PKV ebenso wie den Beihilfeberechtigten zugute kommt.

Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat in einem Diskussionspapier (www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Arzneimittelrabatte.pdf) mit dem Titel „Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben“ die Wirkungen der Arzneimittelrabatte, an denen die PKV seit dem 1. Januar 2011 mit dem Inkrafttreten des Arzneimittelrabattgesetzes (AMRabG) erstmals partizipiert, analysiert. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erzielt mit Hilfe von gesetzlich festgelegten Rabatten, die ihnen pharmazeutische Hersteller nach § 130a Sozialgesetzbuch V (SGB V) und Apotheken nach § 130 SGB V gewähren müssen, im Arzneimittelbereich jährlich Einsparungen im dreistelligen Millionenbereich.

Die Analyse geht in einem ersten Schritt auf die Situation vor dem Inkrafttreten des AMRabG ein. Anschließend wird dann die Bedeutung der Neuregelungen zum Jahr 2011 abgeschätzt. Hierbei wird auch eine Prognose des zu erwartenden Rabattvolumens in der GKV und in der PKV für das Jahr 2011 vorgenommen. Es wird zudem verdeutlicht, welche Preisdifferenz zwischen PKV und GKV ohne AMRabG entstanden wäre.

Grundsätzlich ist der Apothekenverkaufspreis (AVP) eines Medikaments unabhängig vom Versichertenstatus und somit für alle Patienten gleich. Der Grundgedanke der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) ist, dass ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel in jeder Apotheke zum gleichen Preis abgegeben wird. Gesetzliche Regelungen und Rabattverträge sorgen allerdings dafür, dass der für die Krankenkasse bzw. die Private Krankenversicherung maßgebliche ausgabenwirksame Preis für ein identisches Medikament unterschiedlich ausfällt. Da gesetzliche Abschläge und Rabattverträge bei Kassenpatienten eine größere Bedeutung als bei PKV-Versicherten einnehmen, muss davon ausgegangen werden, dass der maßgebliche Preis für GKV-Versicherte in der Regel niedriger ist als für Privatversicherte. Diese Preiskomponente hat einen wesentlichen Einfluss auf die Arzneimittelausgaben. Darüber hinaus werden die Arzneimittelausgaben von PKV und GKV auch durch eine jeweils andersartige Verordnungs- und Erstattungspraxis beeinflusst. Diese Strukturkomponente ergibt sich vor allem aus systembedingten Unterschieden. Zudem können die Verordnungsprofile von PKV und GKV auch aufgrund andersartiger Versichertenstruktur, vor allem bezüglich Alter und Geschlecht, differieren. Im Folgenden werden die Preis- und die Strukturkomponente näher vorgestellt, wobei der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung auf der Preiskomponente liegt.

Die Regeln der Preisbildung von Arzneimitteln unterscheiden zwischen verschreibungspflichtigen und nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten. Nichtverschreibungspflichtige Medikamente unterliegen keiner Regulierung, der Verkäufer kann den Preis in Anlehnung an eine unverbindliche Preisempfehlung des Herstellers selbst festsetzen. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten

bestimmt der Hersteller den Herstellerabgabepreis. Darauf aufbauend greifen dann aber weitreichende Regulierungsvorschriften der AMPreisV und des SGB V. Die AMPreisV sieht einen Apothekenzuschlag und einen Großhandelszuschlag auf den Herstellerabgabepreis vor. Diese Zuschläge sind als gesetzlich sanktionierte Erträge der Apotheken und des Großhandels zu sehen. Durch den Aufschlag der Mehrwertsteuer von 19 Prozent bildet sich dann der AVP. Dieser AVP wird je nach Kostenträger und Medikament durch gesetzliche Regelungen vermindert. Vor dem Inkrafttreten des AMRabG setzte sich der Arzneimittelpreis für PKV und GKV bei einem patentgeschützten Medikament ohne Festbetrag beispielhaft wie in der folgenden Darstellung gezeigt zusammen. Selbstbehalte in der PKV sowie die Zuzahlungen in der GKV bleiben jeweils außen vor:

Beispielhafte Zusammensetzung des Arzneimittelpreis vor Inkrafttreten des Arzneimittelrabattgesetzes

Herstellerabgabepreis (HAP):	100,00 Euro
Großhandelszuschlag (in diesem Fall 6 %)	+ 6,00 Euro
Apothekenzuschlag (3 % auf HAP und Großhandelszuschlag)	+ 3,18 Euro
Apothekenzuschlag, konstant	+ 8,10 Euro
Mehrwertsteuer (19 %)	+ 22,28 Euro
Apothekenverkaufspreis (AVP) (= Preis für die PKV)	= 139,56 Euro
Apothekenrabatt	- 1,75 Euro
Herstellerrabatt (bei patentgeschützten Arzneien ohne Festbetrag 6 %)	- 6,00 Euro
Preis für die GKV	= 131,81 Euro

R11/3502

Für die PKV war bis 2010 der AVP der maßgebliche Preis für ein Arzneimittel. Bei der Abrechnung zu Lasten der GKV wurde der AVP um einen Apothekenrabatt (§ 130 SGB V) und den Herstellerrabatt (§ 130a SGB V) reduziert. Darüber hinaus mindern gesetzlich festgelegte Zuzahlungen in der GKV die Ausgaben. Für Medikamente, die in einer Festbetragsgruppe eingeordnet wurden, erhält die GKV keinen Herstellerrabatt. Hier gilt der Festbetrag als Erstattungshöchstbetrag in der GKV. Typischerweise liegt in diesem Fall der AVP auf der Höhe des Festbetrages. Der PKV- und der GKV-Preis unterscheiden sich dann nur aufgrund des Apothekenrabatts und der Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten. Liegt der AVP über dem Festbetrag, muss ein gesetzlich Versicherter die Differenz selbst zahlen (sogenannte Aufzahlung), während die PKV-Unternehmen auch dann die Kosten des Medikamentes in voller Höhe übernehmen. Über die beispielhafte Darstellung hinaus kann eine weitere Reduzierung der Arzneimittelausgaben sowohl bei der PKV als auch bei der GKV durch individuelle Rabattverträge mit den pharmazeutischen Herstellern erreicht werden. In der PKV kann eine Reduzierung der Leistungsausgaben zudem durch Selbstbeteiligungen erfolgen. Entsprechende Regelungen sind tarifabhängig.

Im Jahr 2011 stellt sich die Preisfestsetzung eines verschreibungspflichtigen Medikamentes wie in der folgenden Auflistung dar. Beispielhaft wurde auch hier ein fiktives patentgeschütztes Arzneimittel, für das kein Festbetrag gilt, betrachtet. Auch hier sind Selbstbehalte und Zuzahlungen nicht berücksichtigt:

Preisfestsetzung bei einem fiktiven verschreibungspflichtigen Medikament bis Juli 2010

Preisfestsetzung bei einem fiktiven verschreibungspflichtigen Medikament im Jahr 2011

Beispielhafte Preisfestsetzung eines verschreibungspflichtigen Medikaments seit 2011

Herstellerabgabepreis (HAP):	100,00 Euro
Großhandelszuschlag (3,15 % + Festzuschlag 0,70 Euro)	+ 3,85 Euro
Apothekenzuschlag (3 % auf HAP und Großhandelszuschlag)	+ 3,12 Euro
Apothekenzuschlag, konstant	+ 8,10 Euro
Mehrwertsteuer (19 %)	+ 21,70 Euro
Großhandelsabschlag (0,85 % des HAP)	- 0,85 Euro
Apothekenverkaufspreis (AVP)	= 135,92 Euro
Herstellerrabatt (bei patentgeschützten Arzneien ohne Festbetrag 16 %)	- 16,00 Euro
Preis für die PKV	= 119,92 Euro
Apothekenrabatt	- 2,05 Euro
Preis für die GKV	= 117,87 Euro

R11/3502

Die Neuregelungen umfassen einen höheren Hersteller- und Apothekenrabatt und einen geänderten Großhandelszuschlag. Zudem wurde ein Großhandelsabschlag eingeführt, der zu einer Verringerung des AVP führt und von dem damit PKV und GKV gleichermaßen profitieren. Die Regelungen zu Medikamenten, die in einer Festbetragsgruppe eingeordnet wurden, gelten unverändert. Seit Januar 2011 können auch PKV-Unternehmen den Herstellerrabatt einfordern, sofern ihre Versicherten die Arzneimittelrechnung zur Erstattung einreichen. Der Abschlag wird nicht direkt dem Versicherten gutgeschrieben, der das Medikament erhalten hat, sondern fällt bei seinem PKV-Unternehmen als eine Minderung der Arzneimittelausgaben an. Nach § 1 AMRabG dürfen die Einnahmen aus dem Herstellerrabatt vom PKV-Unternehmen ausschließlich zur Vermeidung und Begrenzung von Prämienerrhöhungen bzw. zur Prämienermäßigung bei den Versichertenbeständen verwendet werden. Für Selbstzahler bzw. für Privatversicherte, die ihre Arzneimittelrechnung aufgrund von Selbstbeteiligungs- oder Beitragsrückerstattungsregelungen nicht zur Erstattung bei einem PKV-Unternehmen vorlegen, ist weiterhin der AVP maßgeblich. Hier wird kein Herstellerrabatt gewährt.

Die Arzneimittelversorgung von PKV- und GKV-Versicherten kann sich zudem aufgrund unterschiedlicher Erstattungsregelungen unterscheiden. Laut den Musterbedingungen der PKV erstattet die PKV alle Medikamente, die medizinisch notwendig sind, sofern es sich um von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Mittel handelt und sie von einem Arzt oder Zahnarzt verordnet werden. Darüber hinaus werden, laut den Musterbedingungen, auch Medikamente aus der „Alternativmedizin“ erstattet, soweit sie sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben oder weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die PKV-Unternehmen erstatten in der Regel auch die Kosten von verordneten nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten sowie von Originalpräparaten, auch wenn hierfür bereits Generika verfügbar sind. Den PKV-Unternehmen steht es allerdings frei, für einzelne Tarife abweichende Regeln zu

Strukturkomponente

vereinbaren. Der privatrechtlich abgeschlossene Versicherungsvertrag ist vom Unternehmen nachträglich nicht einseitig kündbar oder veränderbar.

In der GKV haben Versicherte keinen Anspruch auf Arzneimittel, die durch § 34 SGB V oder die Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von der Verordnung ausgeschlossen sind. § 34 SGB V betrifft derzeit vor allem nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (außer bei Kindern und Jugendlichen), Mittel gegen Erkältungen, Medikamente bei Reisekrankheiten, Abführmittel und sogenannte „Lifestyle-Medikamente“. Darüber hinaus sind Apotheken gesetzlich verpflichtet, Kassenpatienten das preisgünstigste Medikament mit gleichem Wirkstoff auszuhändigen, sofern der Arzt derartiges nicht explizit ausschließt („Aut-idem-Regel“ nach § 129 SGB V). Dies führt dazu, dass Kassenpatienten bei Wirkstoffen, bei denen es möglich ist, überwiegend Generika erhalten.

Bedeutung von Rabatten und gesetzlichen Abschlägen

Gesetzlich festgelegte Rabatte gelten als wichtiges Kostendämpfungsinstrument bei den Arzneimittelausgaben der GKV. Eine lange Geschichte besitzt vor allem der Apothekenrabatt zugunsten der GKV. Er wurde bereits 1914 infolge des Inkrafttretens des krankenversicherungsrechtlichen Teils der Reichsversicherungsordnung (RVO) eingeführt. Die Existenz des Apothekenrabatts wird von der aktuellen Rechtsprechung mit dem Gemeinwohl und im speziellen mit der Gemeinwohlaufgabe „finanzielle Stabilität in der GKV“ begründet. Er gilt laut Rechtsprechung weder als verdeckte Sonderabgabe noch als fremdnütziger Sozialversicherungsbeitrag in anderem Gewand, sondern vom Charakter her als Großkundenrabatt bzw. aufgrund der Bindung an eine Frist für den Rechnungseingang als Skonto.

Der Apothekenrabatt lag laut der letzten gültigen Fassung der RVO im Jahr 1988 bei 5 Prozent und behielt diese Höhe auch mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches ab 1989. Im Jahr 2002 wurde er infolge des Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetzes (AABG) auf 6 Prozent und im Rahmen des Beitragssatzsicherungsgesetzes (BSSichG) im Jahr 2003 auf 6 bis 10 Prozent (in Abhängigkeit vom Apothekenverkaufspreis) erhöht. Im Jahr 2004 brachte das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) eine Festschreibung auf 2 Euro (verschreibungspflichtige Medikamente) je Packung bzw. 5 Prozent des AVP (nicht-verschreibungspflichtige Medikamente). Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 wurde für verschreibungspflichtige Medikamente eine Erhöhung auf 2,30 Euro je Packung verfügt. Für die Jahre 2009 und 2010 galten Rabatte von 1,75 Euro. Zum 1. Januar 2011 erfolgte durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) eine erneute Erhöhung auf 2,05 Euro. Für die GKV hat sich im Jahr 2009 durch den Apothekenrabatt eine Einsparung von 1,138 Mrd. Euro ergeben. Dieses vergleichsweise hohe Einsparvolumen ergibt sich daraus, dass die GKV für jedes zu ihren Lasten abgegebene Medikament einen Rabatt erhält. Dies ist insbesondere in Abgrenzung zum Herstellerrabatt zu beachten. Die PKV-Versicherten erhalten den Apothekenrabatt nicht. Eine diesbezügliche Änderung sieht auch das AMRabG nicht vor.

Aktuell sieht die Regelung zum Apothekenrabatt (§ 130 SGB V) für die GKV folgendes vor:

- 2,05 Euro Apothekenrabatt für verschreibungspflichtige Medikamente
- 5 Prozent Apothekenrabatt auf nicht-verschreibungspflichtige Medikamente

Im Gegensatz zum Apothekenrabatt ist der Herstellerrabatt neueren Datums. Er wurde im Jahr 2003 mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) auf 6 Prozent des Herstellerabgabepreises festgesetzt. Er galt nicht für Arzneimittel, die unter eine Festbetrags- bzw. Aut-idem-Regelung fallen. Das GMG brachte eine Erhöhung auf 16 Prozent. Mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wurde der Satz im Jahr 2006 wieder auf 6 Prozent verringert, für generikafähige Wirkstoffe ist seitdem jedoch ein Herstellerrabatt von 10 Prozent verfügt.

Ab August 2010 gilt für verschreibungspflichtige, patentgeschützte Arzneimittel ohne Festbetrag ein Herstellerrabatt von 16 Prozent und für Generika von 10 Prozent. Rabattierfähig sind jetzt auch Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen. Im Rahmen des AMNOG eingeführt wurde in § 130a Abs. 2 SGB V auch ein Herstellerrabatt auf Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Abschlags entspricht hier der Differenz zwischen dem Abgabe- und einem europäischen Durchschnittspreis. Für diesen europäischen Durchschnittspreis werden die maßgeblichen Abgabepreise in vier Mitgliedsstaaten der Europäischen Union mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen herangezogen. Laut § 130a SGB V Abs.2 SGB V muss hierbei nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten gewichtet werden. Damit orientiert sich die gesetzliche Preissteuerung erstmals an dem Arzneimittelpreinsniveau in anderen Ländern.

Seit Januar 2011 findet der Herstellerrabatt auch für die PKV Anwendung. Er wird allerdings nur dann gewährt, wenn ein Privatversicherter die Arzneimittelrechnung zur Erstattung bei seinem PKV-Unternehmen oder bei Beihilfeberechtigten dem Beihilfeträger einreicht. Übernimmt er die Kosten selbst, zum Beispiel motiviert durch eine Selbstbeteiligung oder eine erwartete Beitragsrückerstattung, kommt der Herstellerrabatt nicht zum Tragen. Der Herstellerrabatt muss vom PKV-Unternehmen nachträglich eingefordert werden.

Zum Einzug der Arzneimittelrabatte bei den pharmazeutischen Unternehmen wurde die „Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH“ (ZESAR) gegründet (s. S. 70 ff.). Der Herstellerrabatt in seiner derzeitigen Höhe gilt vorerst bis Ende des Jahres 2013. Im Jahr 2009 konnte die GKV durch den gesetzlichen Herstellerrabatt eine Einsparung von 0,875 Mrd. Euro erzielen. Dies war eine geringere Einsparung als durch den Apothekenrabatt (1,138 Mrd. Euro). Es gilt zu berücksichtigen, dass – im Gegensatz zum Apothekenrabatt – auf nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, patentgeschützte Medikamente für die ein Festbetrag gilt und auf Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, kein Herstellerrabatt fällig wird.

Aktuell sieht die Regelung zum Herstellerrabatt (§ 130a SGB V - gültig ab 1. August 2010) folgendes vor:

- 16 Prozent Herstellerrabatt für verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Festbetrag (ausgenommen Generika)
- 10 Prozent Herstellerrabatt auf patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel (Generika), ausgenommen Arzneimittel deren Preis 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt
- Herstellerrabatt auf Impfstoffe in Höhe der Preisdifferenz zu tatsächlich gültigen Abgabepreisen in vier EU-Ländern



- Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 Prozent niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, sind vom Herstellerrabatt ausgeschlossen

Aus § 1 AMRabG (gültig ab 1. Januar 2011) ergibt sich, dass der Herstellerrabatt nach § 130a SGB V auch für die PKV sowie Kostenträger nach beamtenrechtlichen Vorschriften (Beihilfeträger) gilt.

Die Möglichkeit, über die gesetzlichen Abschläge hinaus weitere krankenkassenspezifische Rabatte zu erzielen, hat die GKV bereits seit dem Jahr 2003. Eine größere Bedeutung erhielten Rabattverträge jedoch erst zum 1. April 2007 mit dem Inkrafttreten des GKV-WSG. Ab diesem Zeitpunkt waren die Apotheken verpflichtet, die kassenspezifischen Rabattverträge zu berücksichtigen und dem Patienten wirkstoffgleiche, rabattierte Arzneimittel auszuhändigen, sofern der Arzt auf dem Rezept eine Substitution nicht explizit ausgeschlossen hat. Die GKV konnte durch Rabattverträge im Jahr 2009 846 Mio. Euro Arzneimittelausgaben einsparen.

Die PKV-Unternehmen verfügen zwar seit 2007 grundsätzlich ebenfalls über die gesetzlich eingeräumte Option, Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern abzuschließen und machen davon auch Gebrauch. Die Gesetzeslage lässt jedoch weder individuelle Verträge mit den Ärzten noch eine Substitution durch den Apotheker entsprechend einer Aut-idem-Regel bei Privatversicherten zu. Das erzielte Einsparvolumen für die PKV-Unternehmen aus den Rabattverträgen ist nicht bekannt, es dürfte aber deutlich unter dem von der GKV erzielten liegen.

Die auf der Grundlage der Arzneiverordnungsdaten von neun PKV-Unternehmen und Daten des Arzneiverordnungs-Reports der GKV durchgeführte Untersuchung, wie sich die Arzneimittelausgaben pro Verordnung unterscheiden und die gesetzlichen Rabatte auswirken, hat gezeigt, dass die PKV zwar auch ohne Berücksichtigung von Rabatten – zum Beispiel aufgrund einer niedrigeren Generikaquote – eine etwas teurere Versorgung aufweist. Apotheken- und

Herstellerrabatt vergrößerten die Ausgabendifferenz jedoch erheblich. Während im Jahr 2009 die Arzneimittelausgaben pro Verordnung ohne Berücksichtigung gesetzlicher Rabatte in der PKV 2,4 Prozent höher lagen als in der GKV, waren es mit gesetzlichen Rabatten 10,2 Prozent.

Nach § 1 AMRabG können erstmals PKV-Unternehmen den – mittlerweile für patentgeschützte Medikamente ohne Festbetrag auf 16 Prozent erhöhten – Herstellerrabatt einfordern. Infolgedessen nähert sich der Durchschnittspreis einer Verordnung von PKV und GKV an. Die prognostizierte Differenz beträgt nunmehr 7,7 Prozent. Ohne AMRabG lägen die Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der PKV 15,7 Prozent höher als in der GKV. Das für 2011 zu erwartende Einsparvolumen aufgrund des Herstellerrabattes beziffert sich nach der WIP-Prognose auf 161 Mio. Euro für die PKV bzw. 281 Mio. Euro für PKV und die Beihilfe. Damit können die durchschnittlichen Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der PKV um voraussichtlich 6,9 Prozent reduziert werden.

Untersuchung zur Substitution von Originalpräparaten durch generische Alternativen in der PKV

Zielsetzung

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) ist in einer aktuellen Untersuchung der Frage nachgegangen, ob Privatpatienten bei einer Erstverordnung, die in der Regel teureren patentfreien Originale oder – bei Verfügbarkeit – die günstigeren, wirkstoffgleichen Nachahmerpräparaten (sog. Generika) verschrieben werden. Die der Analyse zugrundeliegende Frage lautet also: Wählt der Arzt das preisgünstige Generikum, welches er in der Regel auch seinen Kassenpatienten verordnet, oder greift er auf das teurere Original zurück, da er bei Privatversicherten keinen budgetären Zwängen unterworfen ist? Daneben analysierte das WIP, inwiefern Privatversicherte, die ein Medikament über einen längeren Zeitraum einnehmen müssen, bei Einführung von Generika auf diese preisgünstige Alternative umgestellt werden? Das heißt, inwieweit führt der Ablauf des Patentschutzes zu einem Wechsel im Rahmen der längerfristigen Arzneimitteltherapie mit einem Wirkstoff? Für die Studie wurden pseudonymisierte Daten von 470.000 PKV-Versicherten ausgewertet. Das komplette Diskussionspapier des WIP mit dem Titel „Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatpatienten?“ ist auf der Website des WIP abrufbar: www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Umstellung_Original_Generikum.pdf.

Rechtliche Rahmenbedingungen und tatsächliche Gegebenheiten in GKV und PKV

Auf dem Arzneimittelmarkt erhalten neue Wirkstoffe für einen begrenzten Zeitraum einen Patentschutz und können vom Patentinhaber währenddessen exklusiv vermarktet werden. Nach Ablauf des Patentschutzes ist es auch anderen pharmazeutischen Herstellern erlaubt, diesen Wirkstoff herzustellen und zu vertreiben. Diese Nachahmerpräparate werden als Generika bezeichnet. Sie weisen vielfach einen wesentlich geringeren Apothekenverkaufspreis auf als das entsprechende Originalpräparat.

Da bei der Zulassung eines Generikums die Bioäquivalenz zum Original geprüft wird und diese sich nur innerhalb eines bestimmten Rahmens unterscheiden darf, wird typischerweise davon ausgegangen, dass ein Generikum therapeutisch und klinisch die gleiche Wirksamkeit aufweist. Dennoch können Unterschiede auftreten. Aufgrund unterschiedlicher Herstellungsverfahren und verschiedener Hilfsstoffe sind in der Praxis Unverträglichkeiten bei einzelnen Präparaten des gleichen Wirkstoffes nicht vollständig auszuschließen. Die neuen Medikamente können zudem eine andere Form und Farbe aufweisen. Auch die Teilbarkeit kann unterschiedlich möglich sein. Nicht zu vernachlässigen ist das Vertrauen des

Patienten in die bereits bestehende Medikation und die damit einhergehende Therapietreue (Compliance). Beides kann bei einem Wechsel des Medikamentes, auch wenn es den gleichen Wirkstoff enthält, gefährdet sein.

Bei der Verordnung eines Arzneimittels gilt es, die unterschiedlichen Kosten der verschiedenen Präparate bei gleichem Wirkstoff, aber auch die Verträglichkeit und die Compliance zu berücksichtigen.

Die Charakteristik des generikafähigen Marktes berücksichtigen die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV) in unterschiedlicher Form. In der GKV gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V, nach dem die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Daraus folgt eine klare Gewichtung zugunsten der Nutzung von Einsparmöglichkeiten durch Generika. Hauptansatzpunkt in der Umsetzung ist die gesetzliche Vorschrift, dass die Apotheken verpflichtet sind, GKV-Versicherten das preisgünstigste Medikament zu einem Wirkstoff auszuhändigen. Diese so genannte „aut-idem-Regel“ wurde im Jahr 2002 im Rahmen des Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetzes eingeführt (§ 129 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Eine größere Bedeutung erhielt sie allerdings erst im Jahr 2007. Damals beschloss der Gesetzgeber die noch heute gültige Regelung, dass für die „aut-idem-Regel“ auch die Rabattverträge der Krankenkassen zu berücksichtigen seien. Dies führt bei GKV-Patienten zu einem regen Präparatewechsel, auch zwischen den Generika. Bei Preisänderungen, zum Beispiel als Folge von neuen Rabattverträgen, aber auch beim Ablauf des Patentschutzes und die darauffolgende Zulassung von preisgünstigen Nachahmerpräparaten, muss sich der Kassenpatient regelmäßig auf neue Präparate einstellen.

Vor allem bei älteren Menschen können Umstellungsprobleme auftreten. Hierbei spielen auch kognitive Defizite und ein eingeschränktes Sehvermögen, welches bezüglich der Teilbarkeit und der möglicherweise anderen Größe des neuen Präparates von Bedeutung sein können, eine wichtige Rolle. Der Arzt hat zwar die Möglichkeit, „aut-idem“ explizit auszuschließen. Er muss allerdings aufgrund budgetärer Beschränkungen darauf achten, nur in Einzelfällen von der Verordnung eines teureren Medikamentes Gebrauch zu machen.

Der Privatversicherte erhält unabhängig von Arzneimittelpreisen und Rabattverträgen das Medikament, das der Arzt verordnet. Der Arzt hat bei Privatversicherten keine Budgets oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu beachten. Er kann bei der Auswahl der medikamentösen Therapie einen Schwerpunkt auf die Compliance und die Verträglichkeit der Medikamente legen.

Auch für die PKV-Unternehmen gilt es jedoch, die Kosten der Arzneimittelversorgung zu beachten, nicht zuletzt um den Anstieg der Versicherungsprämien zu dämpfen oder zu verhindern. Einsparmöglichkeiten durch Generika können bei der PKV durch die Förderung von kostenbewusstem Verhalten der Privatversicherten erzielt werden. Hierbei schaffen auch die traditionellen Steuerungsinstrumente der PKV (Selbstbeteiligungen, Beitragsrückerstattung) Anreize, bei der ärztlichen Verordnung nach preisgünstigen Alternativen zu fragen. Einige Unternehmen bieten ihren Versicherten zudem kostengünstigere Generikatarife an. Der Versicherte erhält in diesen Tarifen die Kosten von Originalpräparaten nur anteilig erstattet, sofern für den Wirkstoff Generika auf dem Markt verfügbar sind.

Ausgewertet wurden Arzneimittelrechnungen, die von den Versicherten zweier mittelgroßer PKV-Unternehmen mit dem Wunsch auf Kostenerstattung eingereicht wurden. Bei beiden Unternehmen sind etwa 470.000 Personen privat

krankenversichert. Der Untersuchungszeitraum sind die Jahre 2007 bis 2010. Für jedes Kalenderjahr liegen die Daten von etwa 4,0 Millionen Arzneimittelverordnungen in pseudonymisierter Form vor, das heißt, die verordneten Medikamente können einzelnen Versicherten (selbstverständlich anonym) zugeordnet werden.

Die für die vorliegende Untersuchung verwendete Stichprobe von zwei PKV-Unternehmen weist eine ähnliche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die gesamte PKV auf. Der Anteil von Männern liegt bei 62,9 Prozent und damit 2,5 Prozentpunkte über dem PKV-Wert. Das Durchschnittsalter der Versicherten in der Stichprobe liegt bei 41,4 Jahren und damit 0,4 Jahre unter dem der PKV. Die Vergleichsdaten zur GKV wurden dem Arzneiverordnungsreport entnommen.

Ausgewählte Wirkstoffe

Folgende neun Wirkstoffe, für die Generika verfügbar sind, wurden der Untersuchung zugrundegelegt: Amlodipin, Bicalutamid, Fentanyl, Metoprolol, Mirtazapin, Omeprazol, Pantoprazol, Tamsulosin und Venlafaxin. Bei sieben Wirkstoffen war der Patentschutz bereits vor dem Jahr 2007 abgelaufen, so dass die Generikaquote über den gesamten Beobachtungszeitraum (2007-2010) verfolgt werden konnte. Bei zwei Wirkstoffen sind Generika erstmals für das Jahr 2008, für eine weitere Substanz erstmals im Jahr 2009 verfügbar. Bei diesen Wirkstoffen wird das Ausmaß der Umstellung ab dem Jahr des Patentablaufs untersucht.

Ergebnis der Untersuchung

Die Untersuchung hat erneut erbracht, dass die im Vergleich zur GKV niedrigere Generikaquote in der PKV unter anderem daraus resultiert, dass Privat- im Vergleich zu Kassenpatienten weniger vom Original zum Generikum umgestellt werden (vgl. auch die vorhergehenden WIP-Studien zu dieser Thematik, abrufbar unter <http://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/studien-kategorie/arzneimittel/seiten-nr/1.html>). Die Analyse bei den Wirkstoffen Pantoprazol, Venlafaxin und Bicalutamid zeigte, dass selbst im Jahr nach Ablauf des Patentschutzes teilweise deutlich weniger als die Hälfte der Personen, die im Vorjahr noch das Original erhielten, auf ein Generikum umgestellt werden. Bei Medikamenten, deren Patentschutz bereits vor dem Beobachtungszeitraum (2007-2010) abgelaufen ist, wie Amlodipin, Omeprazol und Metoprolol, bleiben sogar zwischen 89 Prozent und 95 Prozent der Privatpatienten, die den Wirkstoff auch über ein Kalenderjahr hinaus weiter verordnet bekommen, bei ihrem gewohnten Medikament (Original bzw. Generikum).

Da der Arzt unabhängig von den budgetären Zwängen der GKV verordnen kann, erhält der Privatpatient sein gewohntes Medikament und damit eine verlässliche Versorgung. Daraus kann eine höhere Therapietreue erwachsen.

Wird ein Privatpatient erstmals auf einen Wirkstoff eingestellt, verordnet der Arzt anteilig in deutlich größerem Umfang als bei einer längerfristigen Arzneimitteltherapie Generika. Die Generikaquote liegt bei Erstverordnungen im Durchschnitt bei 65,0 Prozent und damit mehr als 16 Prozentpunkte höher als bei Versicherten, die diesen Wirkstoff bereits über ein Kalenderjahr hinaus bezogen haben. Damit nutzt die PKV die Einsparmöglichkeiten von Generika vor allem bei Personen, die neu auf einen Wirkstoff eingestellt werden.

Im Gegensatz zu Privatpatienten werden GKV-Versicherte in der Regel direkt nach Ablauf des Patentschutzes auf Generika umgestellt. Bei drei der neun untersuchten Wirkstoffe liegt die Generikaquote in der GKV derzeit bei 99 Prozent, bei vier weiteren bei über 90 Prozent. Bei Bicalutamid und bei Venlafaxin liegen die Generikaquoten bereits zwei Jahre nach Ablauf des Patentschutzes bei 96 Prozent und 80 Prozent, im Vergleich zu 60 Prozent bzw. 43 Prozent in der PKV.

3.3 Prävention

Seit September 2006 ist in Deutschland ein Impfstoff gegen die humanen Papillomviren (HPV) zugelassen. Die Impfung bietet einen Schutz gegen bestimmte HPV-Typen, die für die Mehrzahl der durch HPV verursachten Zervixkarzinome verantwortlich sind. Zudem kann der Impfschutz auch helfen, Erkrankungen an weiteren seltenen Karzinomen, wie Vulva- und Vaginalkarzinome, zu verhindern. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die HPV-Impfung seit März 2007 für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren. Laut Studienlage sollte eine Impfung möglichst vor dem ersten sexuellen Kontakt erfolgen, als primäre Zielgruppe gelten die 12- bis 13-jährigen Mädchen. Die Impfempfehlung wurde im August 2009 nach Bewertung aktueller Studien erneuert. Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) ist in einer Studie („Impfung gegen humane Papillomviren – Eine Analyse der Verwaltungsdaten Privatversicherter“, WIP-Diskussionspapier 3/2011, zu finden unter www.wip-pkv.de) der Frage nachgegangen, inwieweit der STIKO-Empfehlung von PKV-Versicherten gefolgt wird. Dabei wurde sowohl die Impfquote in den relevanten Jahrgängen als auch das Alter der Geimpften betrachtet. Die Studie ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Impfstatus der Bevölkerung in Deutschland nur im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen und Bevölkerungssurveys erhoben wird. Ein Impfreister existiert nicht. Es kann also nur indirekt auf die Durchimpfung geschlossen werden. Dies geschah für Privatversicherte anhand einer Auswertung von Arzneimitteldaten aus den Jahren 2006 bis 2009. Die Studie ist nicht nur bezüglich der Versorgungsqualität von Bedeutung, sondern liefert auch generell einen Beitrag zum Monitoring der Impfpraxis in Deutschland.

An Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) erkranken weltweit etwa eine halbe Million Frauen, davon entfallen ca. 80 Prozent auf Frauen in Entwicklungsländern. Eine hohe Verbreitung zeigt sich insbesondere in vielen afrikanischen Ländern sowie in Thailand und Indien. Hier ist das Neuerkrankungsrisiko bis zu viermal höher als in Europa. In Deutschland sind jährlich etwa 5.470

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Studie des WIP

Hintergrund



Neuerkrankungen und 1.492 Sterbefälle zu verzeichnen (Daten von 2006). Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 52 Jahren und damit 18 Jahre unter dem für alle Krebsarten. Es erkrankt eine von 100 Frauen im Laufe ihres Lebens an Gebärmutterhalskrebs, während eine von 350 Frauen daran verstirbt.

Eine Infektion mit bestimmten Typen der humanen Papillomviren gilt als Ursache für Gebärmutterhalskrebs. Zudem können die Erreger einen maßgeblichen Anteil bei Vulva- und Vaginalkarzinomen, Penis- und Analkarzinomen sowie bei Genitalwarzen haben.

Seit dem Ende der 1980er Jahre nimmt die Zahl der Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs in Deutschland ab. Ein wichtiger Anteil zur Prävention wird dem Screening-Programm zur Früherkennung zugeschrieben, welches per Gesetz im Jahr 1971 für alle Frauen ab dem 20. Lebensjahr etabliert wurde. Die Teilnehmerate an diesem Programm liegt bei etwa 50 Prozent.

Die Impfung gegen die humanen Papillomviren (HPV-Impfung) bietet einen nachgewiesenen Schutz gegen Krebsvorstufen im Genitalbereich sowie Zervixkarzinome, die durch bestimmte HPV-Typen verursacht werden. Der erste HPV-Impfstoff Gardasil® wurde im September 2006 von der europäischen Zulassungsbehörde EMA (European Medicine Agency) zugelassen und ist seitdem auch auf dem deutschen Markt verfügbar. Seit Juli 2007 gibt es unter den Handelsnamen Cervarix® einen zweiten Impfstoff zum gleichen Preis. Die Impfung mit Gardasil® ist zugelassen für junge Frauen und Mädchen zwischen 9 und 26 Jahren sowie Jungen von 9 bis 15 Jahren. Die Zulassung von Cervarix® gilt für junge Frauen vom 10. bis 25. Lebensjahr.

Gardasil® enthält Bestandteile von vier der hundert bekannten HPV-Typen, auf die 70 Prozent aller Zervixkarzinome zurückgeführt werden. Cervarix® kann zur Immunisierung von zwei HPV-Typen führen. Für den Aufbau eines Impfschutzes sind bei beiden Präparaten drei Injektionen erforderlich.

Die STIKO hat im März 2007 die Empfehlung ausgesprochen, Mädchen vom 12. bis zum Ende des 17. Lebensjahres zusätzlich zu den routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen zu impfen. Der Studienlage entsprechend sollte die vollständige Impfung mit drei Impfdosen vor dem ersten sexuellen Kontakt erfolgen, als primäre Zielgruppe gelten die 12- bis 13-jährigen Mädchen.

Die Untersuchung des WIP basiert auf Arzneimittelverordnungen von Personen, für die eine Vollversicherung in der Privaten Krankenversicherung besteht. Die Analyse wurde für die Jahre 2006 bis 2009 durchgeführt. Grundlage waren die Daten von vier PKV-Unternehmen, bei denen etwa 113.800 Mädchen und Frauen im – für die HPV-Impfung relevanten – Alter von 9 bis 26 Jahren versichert sind. Der Datensatz enthielt neben der Pharmazentralnummer der zur Erstattung eingereichten Medikamente auch die anonymisierten Versichertendaten mit Angaben zum Alter und Geschlecht.

Im Jahr 2007 entfielen 4,8 Prozent [5,1 Prozent [2008], 5,6 Prozent [2009]] der Verordnungen auf Versicherte, die das 25. Lebensjahr bereits überschritten haben. 2,9 Prozent [1,9 Prozent [2008], 1,9 Prozent [2009]] der Versicherten waren sogar über 40 Jahre alt. Möglich erscheint, dass es sich hierbei um eine off-label use handelt, da die Impfung bei Frauen nur bis zum 26. Lebensjahr, bei Männern nur bis zum 15. Lebensjahr zugelassen ist. Denkbar ist jedoch auch, dass Arzneimittelrechnungen irrtümlich einem Elternteil des Versicherten zugerechnet wurden. In diesem Fall ist kein Rückschluss auf das Alter der Geimpften möglich. Aufgrund dieser Unklarheiten fanden die Datensätze, die

ein Versichertenalter von über 26 enthielten, für die Berechnung zur Altersabhängigkeit der HPV-Impfung keine Berücksichtigung.

In einer ersten Analyse wurden die Versicherten, die einen HPV-Impfstoff erhielten, nach ihrem Geschlecht sortiert. Hierbei galt es festzustellen, inwieweit die HPV-Impfung in der Realität als eine „Frauen-Impfung“ angesehen werden muss. Danach erfolgte eine Betrachtung der HPV-Impfung im Zeitablauf. Hierzu galt es, die Verordnungszahlen der beiden HPV-Impfstoffe Gardasil® und Cervarix® aus den Daten für vier Jahre (2006-2009) auszulesen und auf die Gesamtversichertenzahl der PKV hochzurechnen. Im nächsten Schritt wurden die Verordnungszahlen der einzelnen Kalenderjahre in das Verhältnis zur Zahl der weiblichen 9- bis 26-jährigen Privatversicherten gesetzt. Dieser Nenner orientierte sich am Altersbereich, für den Gardasil® zugelassen ist. Aufgrund der geringen Verordnungszahlen für Jungen bildeten hierbei nur die weiblichen Versicherten die Basis.

Da die Altersstruktur des Versichertenkollektives der PKV-Unternehmen nach Geschlecht in den zu untersuchenden Jahren vorlag, konnte die Impfquote pro Alter gebildet werden. Da es nicht möglich war, mehrere Impfdosen einer Person zuzuordnen, wurde die Zahl der Personen, die aufgrund der verordneten Impfdosen einen vollständigen Impfschutz bekommen könnten, ermittelt, indem die Zahl der Verordnungen einer Altersgruppe durch drei dividiert wurde. Die Begründung für das Vorgehen ist die Vorgabe der pharmazeutischen Hersteller von Gardasil® und Cervarix®, dass für den Aufbau einer Immunität drei Impfungen notwendig sind. Diese Vorgehensweise führt zu einer Überschätzung der vollständig geimpften und zu einer Unterschätzung der teilweise geimpften Personen. Es entstehen zudem Ungenauigkeiten, da nicht alle drei Impfdosen innerhalb eines Alters- bzw. Kalenderjahres gegeben werden müssen. Die Impfquote wurde aus dem Verhältnis der Anzahl der Personen einer Altersgruppe gebildet. Anschließend erfolgte die Berechnung einer Durchimpfungsquote der einzelnen Geburtsjahrgänge. Die Durchimpfungsquote wurde durch Addition der Impfquoten der einzelnen Geburtsjahrgänge über die vier Verordnungsjahre berechnet. Schließlich wurden die berechneten Ergebnisse in einen internationalen Kontext gestellt.

Die ermittelten Ergebnisse sind unter Berücksichtigung der Datenqualität zu sehen. Aufgrund von Selbstbeteiligungen und Beitragsrückerstattungen in den Versicherungstarifen besteht für einige Versicherte grundsätzlich der Anreiz, einzelne Arzneimittelrechnungen nicht zur Erstattung einzureichen. Dies kann zu einer Untererfassung der ausgewerteten Daten führen.

Die Studie hat gezeigt, dass nach anfänglich hohen Verordnungszahlen ein Rückgang um mehr als ein Drittel von 2007 zu 2008 und im darauffolgenden Jahr nochmals um die Hälfte zu verzeichnen war. Die meisten Impfungen wurden bei den 17-jährigen Mädchen vorgenommen, was als vergleichsweise spät gelten muss. Auf die 12- bis 13-Jährigen, die als primäre Zielgruppe gelten, entfielen nur 10,1 bis 12,4 Prozent der Impfungen. Dagegen konnten in den Jahren 2008 und 2009 ein Fünftel der HPV-Impfungen bei den 19- bis 26-Jährigen registriert werden.

Während etwas mehr als ein Drittel aller Mädchen des Geburtsjahrganges 1991 einen HPV-Impfschutz vorweisen kann, sind es vom 1994er Jahrgang nur ein Fünftel und vom 1995er Jahrgang weniger als ein Sechstel. Junge Männer lassen sich nur in Einzelfällen gegen HPV impfen. Ihr Anteil liegt bei 0,4 bis 1,4 Prozent.

Während bei den deutschen Impfquoten die niedrigen Werte bei den 12- bis 13-jährigen Mädchen auffallen, werden in Ländern, in denen die HPV-Impfung Teil eines schulbasierten Impfprogramms ist, die Mädchen typischerweise in jüngeren Jahren geimpft. Dies führt zum Beispiel in Großbritannien zu hohen Impfquoten bei den 12-jährigen Mädchen. Es stellt sich die Frage, ob der Aufbau einer Immunität auch bei einer späteren Impfung unter Berücksichtigung der Verbreitung von HPV in der Bevölkerung und des Zeitpunktes der ersten sexuellen Kontakte Jugendlicher hierzulande noch möglich ist.

Die Determinanten für die niedrige Impfquote der Privatversicherten sind vielschichtig und konnten im Rahmen der Studie nicht gewichtet werden. Die Unterschätzung der Konsequenzen des Nichtimpfens und die Zurückhaltung der Eltern, mit ihren Kindern Fragen zu erörtern, die eng mit dem Thema Sexualität in Verbindung stehen, mögen ebenso eine Rolle spielen wie Skepsis gegenüber dem Nutzen der Impfung, die Angst vor der Injektion und die Befürchtung, es könne zu größeren Nebenwirkungen kommen. Leider wird die Verunsicherung noch durch eine Reihe von Ärztevertretern und Wissenschaftlern verstärkt, die sich gegen die Impfempfehlung der STIKO aussprechen. Um eine höhere Impfquote erzielen zu können, braucht es in einem Impfsystem, wie in Deutschland, das auf Freiwilligkeit und auf Nachfrage basiert, eine hohe Akzeptanz sowohl bei den Eltern als auch bei den Ärzten.

3.4 Stationäre Leistungen

Verhandlungen auf Bundes- und Landesebene

Im Jahr 2011 hat sich der PKV-Verband wiederum an zahlreichen Verhandlungen auf Landes- und Bundesebene beteiligt. Zu den Verhandlungsgegenständen zählten die Landesbasisfallwerte, die Ausbildungszuschläge, der Bundesbasisfallwert, die Tarifsteigerungsrate in der Psychiatrie, die Vereinbarung für besondere Einrichtungen und der DRG-Systemzuschlag.

Die Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten

Die Ermittlung der landeseinheitlichen Basisfallwerte hat für die Kostenträger besondere Bedeutung, da durch sie der größte Ausgabenblock determiniert wird. Die Verhandlungen für die Landesbasisfallwerte 2011 standen unter dem Eindruck des zum 1. Januar 2011 avisierten GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG), das eine um 0,25 Prozent gekürzte Veränderungsrate und einen erneuten sogenannten Mehrleistungsabschlag von 30 Prozent im Jahr 2011 vorsah. In Niedersachsen beispielsweise wo der LBFW traditionell rechtzeitig vor Jahresfrist ausgehandelt wird, wurde eine Anpassungsklausel für den Fall aufgenommen, dass das GKV-FinG gegenüber der Entwurfsfassung vom 20. November 2010 den geeinigten Landesbasisfallwert tangierende Tatbestände enthalten würde. In nicht wenigen Ländern zogen sich die Verhandlungen bis weit ins neue Jahr. Als letztes Bundesland wurde von der zuständigen Senatsverwaltung in Berlin der Landesbasisfallwert für 2011 zum 01. Juli 2011 genehmigt. Die Bundesübersicht über die Landesbasisfallwerte 2011 stellt sich wie folgt dar:

Übersicht zu den Landesbasisfallwerten des Jahres 2011	Betrag in Euro	
	ohne Ausgleiche	mit Ausgleichen
Baden-Württemberg	2.985,50	2.970,00
Bayern	2.982,60	2.982,60
Berlin	2.935,00	2.935,00
Brandenburg	2.900,00	2.900,00
Bremen	3.011,31	3.004,85
Hamburg	2.975,00	2.955,00
Hessen	2.977,15	2.959,65
Mecklenburg-Vorpommern	2.880,00	2.863,00
Niedersachsen	2.922,63	2.905,00
Nordrhein-Westfalen	2.912,65	2.912,65
Rheinland-Pfalz	3.130,14	3.130,14
Saarland	3.059,91	3.058,00
Sachsen	2.884,00	2.884,00
Sachsen-Anhalt	2.899,50	2.889,00
Schleswig-Holstein	2.884,86	2.884,86
Thüringen	2.884,00	2.868,44

R11/3401

Die Bildung von Ausbildungsfonds auf der Landesebene

Auch beim Thema Ausbildungsfinanzierung genießt die PKV den Status einer Vertragspartei. Die Ausbildungskosten werden seit dem Jahr 2005 über explizit ausgewiesene Zuschläge auf die DRG Fallpauschalen finanziert. Diese sind von allen Krankenhäusern eines Bundeslandes zu erheben und an einen Fonds abzuführen, der bei der jeweiligen Landeskrankenhausesgesellschaft angesiedelt ist. Der Fonds soll die so erhaltenen Gelder an diejenigen Krankenhäuser verteilen, die Ausbildungsstätten vorhalten. Da die Ausbildungskapazitäten und die Krankenhausfallzahlen in den einzelnen Bundesländern variieren, bringt die Verfahrensweise unterschiedliche Zuschlagshöhen zwischen den Ländern mit sich. Innerhalb eines Bundeslandes wird aber grundsätzlich immer nur ein einheitlicher Zuschlag erhoben. Die Höhe der genehmigten Ausbildungszuschläge ist der folgenden Übersicht zu entnehmen:

Vereinbarungen zu den landesweiten Ausbildungsfonds 2011	Zuschlag im Jahresdurchschnitt in Euro	genehmigt am:	Zahlbetrag in Euro*	gültig ab:
Baden-Württemberg		17.12.	86,64	01.01.
Bayern				
Berlin	56,68		56,68	01.01.
Brandenburg				
Bremen	68,46		68,46	01.01.
Hamburg				
Hessen	68,52		65,81	01.01.
Mecklenburg-Vorpommern				
Niedersachsen	85,40	28.12.	82,45	01.01.
Nordrhein-Westfalen	75,11	28.12.	75,11	01.01.
Rheinland-Pfalz	68,06		68,06	01.01.
Saarland **	109,00		108,75	01.03.
Sachsen				
Sachsen-Anhalt				
Schleswig-Holstein	83,23	06.01.	83,23	01.01.
Thüringen	33,49		32,23	01.01.

* 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 Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung galt der Ausbildungszuschlag aus 2010 von 111,72 Euro weiter.

R11/3402

Bundesbasisfallwert 2012

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG/GKV/PKV) haben am 22. September 2011 eine Vereinbarung über den Bundesbasisfallwert für das Jahr 2012 geschlossen. Unter Berücksichtigung der Veränderungsrate 2012 von 1,48 Prozent verständigte man sich auf einen Bundesbasisfallwert in Höhe von 2.991,53 Euro. Die Grenzen des Basisfallwertkorridors liegen damit bei 3.066,32 Euro für die obere Grenze (+ 2,5 Prozent) und 2.954,14 Euro für die untere Grenze (- 1,25 Prozent). Die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte werden von 2010 bis 2014 in fünf gleichen Konvergenzschritten an den Basisfallwertkorridor angeglichen.

Tariferhöhungsrate Psychiatrie 2011

Zudem war von der Selbstverwaltung die Berichtigungsrate nach § 15 Absatz 1 BpflV zu verhandeln. Die Gesamtauswirkung des Tarifvertrages für das Jahr 2011 wurde dabei mit 1,9 Prozent angenommen. Nach Abzug der Veränderungsrate in Höhe von 1,15 Prozent und eines weiteren gesetzlichen Abschlags hiervon wurde die Berichtigungsrate in Höhe von 0,4 Prozent festgelegt. Diese ist in den

örtlichen Pflegesatzverhandlungen für die Psychiatrie-Häuser budgeterhöhend zu berücksichtigen.

Vereinbarung für besondere Einrichtungen 2012

GKV, DKG und PKV haben wiederum die Vergütungsregeln für besondere Einrichtungen konsentiert. Danach können 2012 auch Palliativstationen, die als besondere Einrichtungen anerkannt sind, ihre Leistungen außerhalb der DRG-Vergütung abrechnen. Dies gilt jedoch nicht für die Zusatzentgelte für besonders pflegeaufwendige Fälle.

DRG-Systemzuschlag für 2012

Der DRG-Systemzuschlag für 2012 wurde auf 1,14 Euro pro Fall festgesetzt (Vorjahr 1,13 Euro). Er setzt sich zusammen aus dem Anteil InEK (0,17 Euro) und dem Anteil Kalkulation (0,97 Euro). Das Krankenhaus rechnet diesen Zuschlag zusätzlich zur Abrechnung der Krankenhausbehandlung ab.

DRG-System 2012

Eine Verständigung auf das DRG-System 2012 (Fallpauschalensystem) in Gänze konnte auf Selbstverwaltungsebene diesmal nicht erreicht werden. Lediglich Fallpauschalenvereinbarung, Kodierrichtlinien und Abrechnungsbestimmungen wurden einvernehmlich abgestimmt. Obgleich sowohl der vom InEK vorgestellte Fallpauschalenkatalog als auch der Zusatzentgeltkatalog inhaltlich nachvollzogen werden konnten, scheiterte eine entsprechende Vereinbarung daran, dass die Kostenträger eine Doppelfinanzierung im Zusammenhang mit der Einrechnung der Finanzierungsbeträge aus dem dreijährigen Förderprogramm Pflege in die Landesbasisfallwerte und der neuen Zusatzentgelte (ZE) für hochaufwändige Pflege befürchteten. Das DRG-Institut war beauftragt gewesen, geeignete Kriterien für die Überführung der Fördermittel aus dem Pflegesonderprogramm in das DRG-Vergütungssystem ab 2012 zu entwickeln. Es hat für die Finanzierung von besonders pflegeaufwendigen Bereichen die Abrechnung über ZE als geeignet vorgeschlagen und die ZE 130 und 131 in den DRG-Katalog aufgenommen. Die Umsetzung über ZE war für den Gesetzgeber allerdings bei der seinerzeitigen gesetzestechnischen Umsetzung der Einrechnung der Pflegefördermittel in die Landesbasisfallwerte nicht absehbar, so dass aufgrund des Gesetzeswortlautes von den Kostenträgern die beschriebene Sorge der doppelten Finanzierung bestand, wenn nicht die Finanzierungsbeträge der ZE 130 und ZE 131 adäquat mindernd bei der Anpassung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt würden (geschätztes Volumen 200 bis 300 Mio. Euro). Da auch in mehreren Spitzengesprächen der Dissens bezüglich einer hierzu zu treffenden Nebenabrede nicht ausgeräumt werden konnte, wurde letztlich das Scheitern hinsichtlich der Entgeltkataloge erklärt, so dass eine Ersatzvornahme durch das BMG notwendig wurde.

Langwieriger gestalteten sich auch die Verhandlungen für das Zusatzentgelt ZE 2012-27. Letztlich konnte noch Einigung dahingehend erzielt werden, dass dessen Bezeichnung 2012 wie in den Vorjahren „Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren“ lautet. Die DKG fordert aber weitere Verhandlungen, um für 2013 die Erweiterung der Abrechenbarkeit von Gerinnungsfaktorpräparaten als ZE zu erreichen. Hintergrund ist, dass – historisch gewachsen – die

Vergütung von Gerinnungsfaktorpräparaten zur Behandlung der Bluterkrankheit teilweise von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart und extrabudgetär finanziert wird. Dabei variiert zwischen den Bundesländern die Definition des Begriffs „Bluter“. Zum Teil, so z.B. in Bayern, ist sie so erheblich ausgeweitet worden, dass letztlich jeder Einsatz eines Gerinnungsfaktorpräparates über ein ZE finanziert wird. In anderen Ländern umfasst die Empfehlungsvereinbarung ihrem Wortlaut nach die Behandlung von angeborenen oder dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen.

Die Fallpauschalenvereinbarung (Abrechnungsbestimmungen) unterscheidet sich 2012 gegenüber 2011 nur durch eine Konkretisierung dahingehend, dass nach Entbindung durch eine gesunde Mutter bei krankem Neugeborenen erst nach Überschreiten der mittleren Verweildauer die Tagespauschale für eine Begleitperson zusätzlich in Rechnung gestellt werden kann. Das System enthält 1193 (-1) DRGs, davon 5 teilstationäre (nur eine Dialyse-DRG bewertet), 23 explizite und 320 implizite Ein-Belegungs-DRGs. 40 DRGs sind nicht bewertet, müssen also ggf. von den örtlichen Vertragsparteien bewertet werden. Die CCL-Matrix wurde überarbeitet. Belegärztliche DRGs mussten erneut mangels hinreichender Fallzahlen überwiegend aus Hauptabteilungs-DRGs abgeleitet werden; nur 78 Beleg-DRGs konnten kalkuliert werden, wovon aber immerhin 67 Prozent der DRG-Fälle erfasst werden. Das System enthält 150 (+4) ZE (mengenabhängig gesplittet, so dass sich eine höhere Zahl ZE ergibt). 86 ZE sind bewertet, die übrigen von den Örtlichen gegebenenfalls zu vereinbaren.

DRG-Begleitforschung

Im Rahmen der Einführung des G-DRG-Systems wurde in § 17b Abs. 8 KHG normiert, dass eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des G-DRG-Vergütungssystems durchzuführen ist. Die Ergebnisse des zweiten Forschungszyklus wurden Mitte 2011 vom beauftragten IGES Institut präsentiert. Demnach hat das pauschalierte Vergütungssystem in der Krankenhausfinanzierung weder zu Qualitätseinbußen bei der stationären Versorgung noch zu Leistungsverlagerungen in andere Versorgungsbereiche geführt. Untersucht haben die Wissenschaftler die Jahre 2006 bis 2008, also den Kern der Zeitphase, in der die krankenhausindividuellen Basisfallwerte schrittweise an die Landesbasisfallwerte angeglichen wurden. Ermittelt wurden die Auswirkungen des Vergütungssystems auf die Kapazitäts- und Leistungsentwicklung, den Personaleinsatz, die Anpassung interner Strukturen in den Krankenhäusern und das Investitionsverhalten sowie die Veränderung von Kosten und Erlösstrukturen. Besonderes Augenmerk legte die Forschung auf die Konsequenzen für die Patienten und die Versorgungsqualität. Die Auswertungen weisen durchweg auf positive Entwicklungen im untersuchten Zeitraum hin. Darüber hinaus gibt es keine Anzeichen für Leistungsverlagerungen in angrenzende Versorgungsbereiche aufgrund der DRG-Einführung. Die zum ersten Mal erhobenen poststationären Arzt-Patienten-Kontakte im vertragsärztlichen Bereich entsprechen dem allgemeinen Trend von Arztbesuchen und weisen keine Steigerung in Verbindung mit einem vorherigen stationären Aufenthalt auf. Die in den letzten Jahren immer wieder geäußerten Sorgen, dass es durch die Fallpauschalen zu einer Verlagerung der Versorgung zulasten anderer Bereiche kommt, haben sich insoweit als gegenstandslos erwiesen.



Entwicklungen in einzelnen Bundesländern

Der Krankenhausplan des Landes Berlin gilt bis zum Jahre 2015 fort. Er wurde im September 2010 verabschiedet und die Feststellungsbescheide verschickt. Seither werden einzelne Änderungsanträge der Krankenhäuser im schriftlichen Umlaufverfahren beschlossen.

Die Umstellung der Krankenhausförderung auf Investitionspauschalen für Plankrankenhäuser ab dem Jahr 2012, für psychosomatische und psychiatrische Einrichtungen ab 2014 gemäß § 10 KHG wird auch in Berlin vorangetrieben. Dazu gab es seitens der Senatsverwaltung erste Eckpunkte zur Umsetzung. Historische Nachteile in der Krankenhausförderung einzelner Häuser sollen danach in den Jahren 2013 bis 2015 ausgeglichen werden, dafür stünden 7 Mio. Euro zur Verfügung. Ab 2016 werde das System dann „scharf“ gestellt. Die Krankenhausgesellschaft Berlin beziffert den Investitionsstau auf 800 Mio. Euro. Auch wenn naturgemäß beide Zahlen Extremwerte darstellen, wird deutlich, dass das Land Berlin seinen Investitionsverpflichtungen nicht ansatzweise nachkommt. Die Berechnungsmethode ab 2016 ist noch offen und natürlich wiederum abhängig von den verfügbaren Haushaltsmitteln.

Auch in Brandenburg ist die Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen Thema. Anfängliche Widerstände des Finanzministeriums konnten durch ein „Chefgespräch“ von Finanz- und Gesundheitsministerium ausgeräumt werden. Es wurde eine Arbeitsgruppe aus Kostenträgern, Krankenhausgesellschaft und Gesundheitsministerium gegründet, um nähere Rahmenbedingungen zu erarbeiten.

Die Fortschreibung des dritten Krankenhausplans ist mit einer Kick off Veranstaltung unter Moderation der Ministerin Tack begonnen worden. Im Hinblick auf eine sektorenübergreifende Krankenhausplanung wird die Kassenärztliche Vereinigung in den Prozess der Krankenhausplanung einbezogen. Dies stößt auf große Vorbehalte bei der Krankenhausgesellschaft. Der weitere Planungsprozess wird sich über die Erarbeitung in einer Arbeitsgruppe, Durchführung der Gebietskonferenzen und Anhörung der Fachverbände bis ins Jahr 2013 hinziehen. Der PKV Verband ist in der Arbeitsgruppe als gleichwertiges Mitglied vertreten.

Berlin

Brandenburg

Bremen

Im April 2011 wurde im Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen das erste Bremische Krankenhausgesetz (BremKrhG) verkündet. Im Land Bremen gab es bis dato – anders als in den meisten anderen Bundesländern – kein allgemeines Krankenhausgesetz, das insbesondere die Aufgaben und Verpflichtungen der Krankenhäuser, die Rechte und Ansprüche der Patientinnen und Patienten und die Aufsicht regelt. Anspruch des BremKrhG ist es, den Kliniken mehr Gestaltungsfreiheit (Rahmenplanung, Investitionsförderung mittels Pauschalen) zu geben. Auf der anderen Seite müssen sie definierte Qualitäts- und Rechtsnormen erfüllen. Die Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassenverbände in Bremen haben das Gesetz als bürokratisch, kostentreibend und wettbewerbsfeindlich kritisiert. Die PKV hat ausreichende Fördermittel und eine angemessene Entscheidungsautonomie in Zusammenhang mit der (pauschalierten) Investitionsfinanzierung sowie Qualitätsparameter, die Patientinnen und Patienten transparent und umfassend informieren und so den Wettbewerb fördern, angemahnt. Dass bei der abschließenden gesetzlichen Definition der Wahlleistungen die gesonderte Berechenbarkeit medizinischer Wahlleistungen ausgeschlossen ist und so der für alle Krankenhausnutzer einheitliche Versorgungsauftrag bestätigt wird, wurde begrüßt.

Hessen

Die mit dem Hessischen Krankenhausgesetz 2011 neu installierten Gesundheitskonferenzen haben sich konstituiert und erste Sondierungen sind erfolgt. Dabei sind eine Reihe von Fragen zur Arbeit in den Konferenzen, zur Geschäftsordnung, zum Umgang mit Krankenhausanträgen, zur Einbindung der gegenüber den Krankenhauskonferenzen neu hinzu gekommenen Vertretergruppen, zur Abstimmung mit dem Landeskrankenhausausschuss u.a. aufgetreten. In einem Workshop des Ministeriums gemeinsam mit allen Vertretergruppen im Dezember 2011 wurden erste Antworten gesucht.

Mecklenburg-Vorpommern

Im Mai 2011 wurde das neue Landeskrankenhausgesetz verabschiedet. Die Krankenhausplanung ist demnach als Rahmenplanung ausgestaltet. Der neue Krankenhausplan wird derzeit erarbeitet. Um die Akzeptanz der Beteiligten im Planungsprozess zu erhöhen, soll eine vorgeschaltete Arbeitsgruppe aller Beteiligten für ausreichende Einbeziehung in den Prozess sorgen. Der bisherige vierte Krankenhausplan endet am 31. Dezember 2011; der neue Krankenhausplan muss also zügig erarbeitet und durch die parlamentarische Abstimmung gehen.

Niedersachsen

Auch in Niedersachsen wurde 2011 ein novelliertes Krankenhausgesetz (NKHG) auf den Weg gebracht und am 18. Januar 2012 im Niedersächsischen Landtag verabschiedet. Das Festhalten an einer „schlanken“ Ausgestaltung des Landeskrankenhausgesetzes wurde von der PKV begrüßt. Auch künftig bleibt in Niedersachsen die Verbesserung der Versorgungsstruktur über Einzelfördermaßnahmen erhalten, von der Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen soll kein Gebrauch gemacht werden. Bei der Pauschalförderung allerdings erfolgt eine Lösung von der Förderung allein nach Bettenzahl, sie ist nun auch leistungsbezogen.

Nach dem NKHG können nun die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer Niedersachsens und das Ministerium für Wissenschaft und Kultur mit beratender Stimme am Planungsausschuss teilnehmen. Neu ist, dass der Krankenhausplan für einzelne Fachrichtungen und für medizinische, insbesondere fachrichtungsübergreifende Schwerpunkte, durch sogenannte Krankenhausfachpläne ergänzt werden kann. Dieses Instrument wurde in den Anhörungen kritisch hinterfragt und die Ausgestaltung bleibt abzuwarten.

Die Gemeinsame Kommission zur Investitionsplanung verabschiedete im Mai 2011 den ersten Teil des Investitionsprogrammes 2011. Dieses enthält 5 Maßnahmen mit einem Gesamtumfang von ca. 12,7 Mio. Euro. Das Ministerium ist beauftragt, den notwendigen Kabinettsbeschluss herbeizuführen. Der 2. Teil des Investitionsprogramms wurde Ende 2011 verabschiedet.

Die Kostenträger in Thüringen erarbeiteten ein Konzept zu den „kleinen Fachabteilungen“ nach dem sechsten Thüringer Krankenhausplan. Das Konzept untersucht die Bedarfsnotwendigkeit insbesondere von kleinen Fachabteilungen und schlägt als Ergebnis einzelne Abteilungen zur Schließung vor. Besonders betroffen sind Abteilungen der Kinder- und Jugendmedizin, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO, Urologie sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten. Neben einzelnen Strukturkriterien wird dabei auch die Erreichbarkeit thematisiert. Erstmals nennen die Kostenträger für diese Abteilungen Zeiten innerhalb derer die Erreichbarkeit gewährleistet sein soll. Die Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sollten innerhalb von 40 Minuten oder von 40 Kilometer erreichbar sein. Für die weiteren genannten Abteilungen werden auch größere Entfernungskilometer oder längere Zeiträume der Erreichbarkeit als annehmbar betrachtet. Das Konzept konnte jedoch beim Ministerium und der Krankenhausgesellschaft keinen Anklang finden.

GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG)

Im Jahr 2011 hat das Bundesgesundheitsministerium den Entwurf des sogenannten GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vorgelegt und damit erneut für rege Diskussionen in der Versorgungslandschaft gesorgt. Für den stationären Sektor sind folgende Regelungen von Relevanz:

Durch den § 11 Absatz 6 Satz 1 SGB V erhalten die Krankenkassen per Satzungsregelungen die Möglichkeit, Leistungen durch nicht nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen zu lassen.

Krankenhäuser sind mit dem GKV-VStG zum Entlassungsmanagement ausdrücklich verpflichtet. Umfasst ist auch die Entlassung der Patienten in die ambulante fachärztliche Versorgung. Kliniken müssen künftig für einen zeitnahen Behandlungstermin bei einem niedergelassenen Facharzt sorgen, wenn eine Anschlussbehandlung notwendig ist.

Es ist Krankenhäusern nunmehr erlaubt, im Bereich der ambulanten Operationen auch mit Vertragsärzten, die keinen Belegarztstatus haben, zu kooperieren.

Neuerungen gibt es auch bei der Ausgründung von Privatkliniken. Laut GKV-VStG darf eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Plankrankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses entsprechende Leistungen keine höheren Entgelte verlangen als sie nach den einschlägigen Normen zu leisten wären.

Ab 2012 wird es ein neues Verfahren hinsichtlich der Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V geben. Entscheidungen zur spezialärztlichen Versorgung werden demnach nicht mehr von den Krankenhausplanungsbehörden getroffen, sondern sind vom erweiterten Landesausschuss zu behandeln. Die ambulante Behandlung in Fällen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Krankenhaus wird gegenüber den derzeitigen Regelungen auf schwere Verlaufsformen beschränkt.

Das Versorgungsstrukturgesetz sieht in § 90a SGB V weiter vor, dass auf Landesebene für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden kann, welches sektorenübergreifende Versorgungsfragen behandelt. Aus einigen Ländern wurde bereits der politische Wille bekundet, die Option auf ein solches Gremium zu nutzen.

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen werden den stationären insofern gleichgestellt als einheitliche Versorgungsverträge geschlossen werden. Auch für die ambulante Rehabilitation gibt es künftig ein Schiedsverfahren bei den Vergütungsverträgen.

Ausgegründete Privatkliniken

Der PKV-Verband hat sich mit seiner Rechtsauffassung, dass die Abrechnungspraxis der Betreiber ausgegründeter Privatkliniken rechtswidrig sei, vor Gericht nicht durchsetzen können. Die Oberlandesgerichte München und Köln hatten bereits im Jahr 2010 eine Bindung der ausgegründeten Privatkliniken an das gesetzliche Krankenhausentgeltrecht verneint und eine Revision zum Bundesgerichtshof nicht zugelassen. Die hiergegen eingelegten Nichtzulassungsbeschwerden des Verbands wies der Bundesgerichtshof im Berichtsjahr zurück und verneinte in einer Entscheidung ausdrücklich die Geltung des Krankenhausentgeltrechts für ausgegründete Privatkliniken (Beschluss vom 21. April 2011 – III ZR 114/10).

Diese Entscheidung des Bundesgerichtshofs hat den Gesetzgeber veranlasst, zum Schutz der Patienten eine Entgeltbindung von Privatkliniken, die in der Nähe von Plankrankenhäusern betrieben werden und mit diesen verbunden sind, mit Wirkung zum 1. Januar 2012 gesetzlich zu verankern. Hierfür hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I Nr. 70 vom 28. Dezember 2011) die Vorschrift des § 17 Abs. 1 KHG um zwei neue Sätze wie folgt ergänzt:

„Eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, darf für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Leistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen dieses Gesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären. Für nichtärztliche Wahlleistungen gilt § 17 Abs. 1, 2 und 4 Krankenhausentgeltgesetz entsprechend.“

Der Verband begrüßt die Gesetzesänderung in der vorstehenden Fassung und den mit dieser Regelung intendierten Patientenschutz. Eine solche Regelung ist dringend notwendig, um unzumutbare Mehrausgaben für die Privatversicherten von einer Milliarde Euro und mehr pro Jahr – ohne medizinischen Zusatznutzen – zu vermeiden. Der Verband wird sich auch zukünftig für einen effektiven Patientenschutz und für die Einhaltung entsprechender Regelungen einsetzen.

Krankenhaus-Datenbank des Verbands

Um die Mitgliederunternehmen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen zu unterstützen, betreibt der PKV-Verband eine umfangreiche Datenbank. Basis der Datenerfassung sind die Genehmigungsbescheide im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes und die Befragungen der Krankenhäuser. Daraus ergeben

sich Informationen hinsichtlich sämtlicher Entgeltformen wie z.B. Landesbasisfallwerte, Zusatzentgelte und Pflegesätze. Eingang in die Datenbank finden auch die Beurteilungen der Kliniken auf der Basis der Musterbedingungen. Die Datenbank ist im Internet unter www.derprivatpatient.de zu finden.

Die folgenden Übersichten zeigen eine Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge im Vergleich der Jahre 2010 zu 2011. Diese Entgelte der Krankenhäuser vergüten eine gegenüber der Regelstation verbesserte Unterbringung auf der Basis des BGH-Urteils vom 4. August 2000 (Az.: ZR 158/99). Das Preis-Leistungs-Verhältnis für die einzelne Klinik wird dabei weiter konkretisiert durch eine Vereinbarung zwischen der DKG und dem PKV-Verband. Die Auswertung ergibt für das Jahr 2011 einen durchschnittlichen bundesweiten Einbettzimmerzuschlag von 89,22 Euro, während für die bessere Unterbringung im Zweibettzimmer bundesweit durchschnittlich 45,01 Euro zur Abrechnung kamen. Bezogen auf die einzelnen Bundesländer liegen die Spannweiten einerseits der durchschnittlichen Einbettzimmerpreise zwischen 118,36 Euro für Berlin und 64,67 Euro für Sachsen und andererseits der durchschnittlichen Zweibettzimmerentgelte zwischen 49,08 Euro für Nordrhein-Westfalen und 29,82 Euro für Sachsen-Anhalt.

Einbettzimmerzuschläge nach Ländern	2010 in Euro	2011 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	85,38	89,22	4,50
Baden-Württemberg	88,25	89,77	1,72
Bayern	87,13	91,30	4,79
Berlin	91,47	118,36	29,40
Brandenburg	70,34	71,34	1,42
Bremen	93,34	95,08	1,86
Hamburg	86,86	90,39	4,06
Hessen	89,05	91,91	3,21
Mecklenburg-	69,12	79,35	14,80
Niedersachsen	84,05	84,58	0,63
Nordrhein-Westfalen	89,32	91,49	2,43
Rheinland-Pfalz	87,27	88,34	1,23
Saarland	87,32	91,03	4,25
Sachsen	66,00	64,67	-2,02
Sachsen-Anhalt	65,11	65,45	0,52
Schleswig-Holstein	83,77	84,28	0,61
Thüringen	79,15	79,33	0,23

R11/3403

Ein- und Zweibettzimmerzuschläge

Zweibettzimmer- zuschläge nach Ländern	2010 in Euro	2011 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	43,74	45,01	2,90
Baden-Württemberg	43,93	45,29	3,10
Bayern	44,22	44,74	1,18
Berlin	44,31	46,22	4,31
Brandenburg	36,45	37,83	3,79
Bremen	47,38	47,75	0,78
Hamburg	43,05	45,66	6,06
Hessen	42,44	44,73	5,40
Mecklenburg-	29,48	30,58	3,73
Niedersachsen	42,35	42,73	0,90
Nordrhein-Westfalen	47,98	49,08	2,29
Rheinland-Pfalz	45,07	45,72	1,44
Saarland	42,61	43,96	3,17
Sachsen	30,07	30,36	0,96
Sachsen-Anhalt	29,55	29,82	0,91
Schleswig-Holstein	45,07	45,40	0,73
Thüringen	39,61	39,82	0,53

R11/3404

3.5 Private Pflegepflichtversicherung

Beiträge

Der monatliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist zum 1. Januar 2011 auf 72,40 Euro (Vorjahr: 73,12 Euro) gefallen. Der Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation der Beitragsbemessungsgrenze (3.712,50 Euro) mit dem Beitragssatz (1,95 Prozent). Für Versicherte mit Beihilfeanspruch gilt gesetzlich der halbe Höchstbeitrag, also 36,20 Euro (Vorjahr: 36,56 Euro). In der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ist der Beitrag grundsätzlich vom Alter beim Eintritt in die Versicherung abhängig. Eine Beitragsbegrenzung auf den Höchstbeitrag 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 2011 also 28,96 Euro (Vorjahr 29,25 Euro). Der Durchschnittsbeitrag aller Versicherten (Beihilfetarif auf 100 Prozent hochgerechnet) lag in der PPV bei 27,90 Euro. In der sozialen Pflegeversicherung (SPV), 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.

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).

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. Droht durch die Beitragszahlung dann immer noch Hilfebedürftigkeit, leistet der nach dem SGB II oder SGB XII zuständige Träger auf Antrag einen Zuschuss, so dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Auch wenn unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht und dies durch den nach dem SGB II oder SGB XII zuständigen Träger bescheinigt wird, reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags.

Der Beitrag für die über 25 Jahre alten und damit nicht mehr beitragsfreien Studenten (nur Tarifstufe PVN) lag für das Jahr 2011 unverändert bei 16,10 Euro monatlich. Für die Anwartschaftsversicherung, die für Zeiten einer Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) abgeschlossen werden kann, lagen die Beiträge im Jahr 2011 ebenfalls unverändert 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.

Gesetzgebung zur Pflege

Für die 17. Legislaturperiode benennt der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die Pflegeversicherung als Reformthemen

- Überprüfung und Entbürokratisierung der Rahmenbedingungen für Pflegenden 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

Beitragszuschlag für
Kinderlose

Höchstbeiträge für
Versicherte des Basistarifs

Studentenbeitrag,
Anwartschaftsversicherung

Koalitionsvertrag

- 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

Umsetzung des Koalitionsvertrags

Zu den umgesetzten Themen aus dem Koalitionsvertrag zählen die Überprüfung und Entbürokratisierung der Rahmenbedingungen im Bereich Pflege, die durch das Projekt Bürokratiekostenmessung als Bestandteil des Programms der Bundesregierung „Bürokratieabbau und bessere Rechtssetzung“ angegangen wurden. Zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wurde einerseits das Familienpflegezeitgesetz beschlossen und andererseits erfolgte eine Berücksichtigung dieser Thematik im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege als eigenes Handlungsfeld. Der im Januar 2012 vorgelegte Referentenentwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes sieht unter anderem die Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung und die Steigerung der Transparenz vor. Bereits im Dezember 2009 wurden die vorgesehenen Vereinfachungen beim Einsatz ausländischer Hilfskräfte für pflegerische Alltagshilfen durch § 21 der Beschäftigungsverordnung eingeführt.

Aber damit wurden noch nicht alle Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt. Ein neues Berufsgesetz zur Steigerung der Attraktivität der Altenpflege als Beruf wurde bislang nicht verabschiedet. Nicht umgesetzt wurden auch der Vorrang der Ergebnisqualität vor der Strukturqualität bei Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen sowie die Umsetzung einer neuen, differenzierten Definition der Pflegebedürftigkeit. Letztere soll jedoch noch in der laufenden Legislaturperiode durch einen Expertenbeirat begleitet und die Umsetzung vorbereitet werden. Die vorgesehene verpflichtende Ergänzung des Umlageverfahrens durch Kapitaldeckung wurde aufgegeben. Die PKV, die sich intensiv mit dem Thema befasst hatte, musste zur Kenntnis nehmen, dass sich die Bundesregierung aufgrund unterschiedlicher und unvereinbarer Konzepte der drei Koalitionsparteien nicht in der Lage sah, eine große Reform zur generationengerechten Lösung der demografischen Probleme in der Pflegeversicherung auf den Weg zu bringen. Als Ersatz sieht ein Kabinettsbeschluss vom 16. November 2011 eine steuerliche Förderung der freiwilligen zusätzlichen Pflegeversicherung vor.

Weitere Einzelheiten sind den nachstehenden Ausführungen zu entnehmen.

Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und zur Änderung weiterer Gesetze

Durch Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 (BGBl I, S. 1622) wurde der seit längerem umstrittene Bereich der Beteiligung der PKV an den Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen neu geregelt. Die Landesverbände der Pflegekassen haben danach den Prüfdienst des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. mit zehn Prozent der jährlich anfallenden Prüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu beauftragen. Durch die Übernahme von zehn Prozent der jährlich anfallenden Qualitätsprüfungen durch den PKV-Prüfdienst wird die bei Nichtbeteiligung an den Qualitätsprüfungen ansonsten fällige Beteiligung an den Kosten in Höhe von jährlich ca. zehn Mio. Euro abgelöst.

Der PKV-Prüfdienst übernimmt nun die gleichen Aufgaben mit den gleichen Befugnissen wie der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Insbesondere ist er nach § 114 a Absatz 1 SGB XI berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI erfüllen. Bei seiner Prüftätigkeit

hat der PKV-Prüfdienst die gesetzlichen Vorgaben und die allgemein verbindlichen Richtlinien und Verfahrensweisen zu beachten. Zentrale Bedeutung kommt dabei den Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 a Absatz 7 SGB XI zu. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt diese zukünftig unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V.

Das Ergebnis der Prüfungen sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen sind nach § 115 Absatz 1 SGB XI vom PKV-Prüfdienst in gleicher Weise wie vom MDK den Landesverbänden der Pflegekassen und anderen gesetzlich definierten Empfängern mitzuteilen.

Das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. ist gemäß § 114 a Absatz 5 a SGB XI bis zum 31. Oktober 2011 vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem PKV-Verband zu vereinbaren. Inhalt dieser Vereinbarung sind insbesondere Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie zur einheitlichen Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Die Unterzeichnung erfolgte nach längeren Verhandlungen im Februar 2012. Wesentliche Punkte waren allerdings bereits vorher in freiwilligen Vereinbarungen der PKV mit den Landesverbänden der Pflegekassen geregelt worden. Nur dadurch war es möglich, dass der PKV-Prüfdienst im vierten Quartal 2011 endlich tätig werden und Qualitätsprüfungen durchführen konnte. Zeitgleich mit der Vereinbarung nach § 114 a Absatz 5 a SGB XI ist eine weitere Vereinbarung mit den Bundesverbänden der Pflegekassen unter Federführung des Verbands der Ersatzkassen geschlossen worden, welche die Zurverfügungstellung der sogenannten Transparenzdaten (§ 115 Absatz 1a SGB XI) zum Gegenstand hat. Damit kann auch der PKV-Verband künftig eine Veröffentlichung der „Pflegenoten“ im Internet vornehmen.

Prüfdienst des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V.

Der organisatorische und personelle Aufbau des PKV-Prüfdienstes ist weitgehend abgeschlossen. Von den geplanten 133 Vollzeitstellen sind aktuell 127 Stellen (Stand 28. Februar 2012) besetzt. Etwa 70 Prozent der Qualitätsprüfer verfügen zusätzlich über eine Qualifikation als Auditor und können damit auch als Prüfungsleiter eingesetzt werden. Diese Quote liegt deutlich über dem in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien geforderten Maß von 50 Prozent. Sämtliche Mitarbeiter aus dem Bereich der Qualitätsprüfungen wurden neun Regionen organisatorisch zugeordnet, wobei ein regionsübergreifender Einsatz aus qualitätssichernden Gründen und zur Steigerung der Effektivität des Personaleinsatzes erfolgt. Mit der Prüfungstätigkeit wurde im September 2011 durch qualifizierte Mitarbeiter begonnen und bis Ende Januar 2012 wurden bereits 800 Qualitätsprüfungen durchgeführt.

Der Prüfdienst der PKV ist zudem seit Herbst 2011 nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert, nachdem er in einem Zertifizierungsverfahren durch den TÜV Rheinland seine Management-Kompetenz nachgewiesen hat.

Die geführten Verhandlungen mit allen Landesverbänden der Pflegekassen in den Bundesländern führten in 12 Bundesländern zu Vereinbarungen über die Beauftragung des PKV-Prüfdienstes durch die Landesverbände der Pflegekassen. In

Rheinland-Pfalz, dem Saarland und in Bayern stand die Vereinbarung kurz vor dem Abschluss. Eine Einigung mit dem Bundesland Baden-Württemberg war hingegen noch nicht absehbar.

Inwieweit eine Finanzierungsverpflichtung der PKV gemäß § 114a Abs. 5 SGB XI für den Zeitraum von Juli 2008 bis Dezember 2010 wegen der von den Landesverbänden der Pflegekassen verhinderten Übernahme von Qualitätsprüfungen besteht, bedurfte noch der Klärung. Inzwischen wurde durch das Bundesversicherungsamt eine Berechnung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen (MDS) übermittelt, aus der sich ein PKV-Anteil von ca. 12 Mio. Euro ergibt. Hierzu wurde ausführlich Stellung genommen und insbesondere das durch Verschleppung, Verweisung und Verweigerung gekennzeichnete Verhalten der Landesverbände der Pflegekassen dargestellt und eine Finanzierungsverpflichtung abgelehnt, da die PKV die Nichtbeteiligung an den Qualitätsprüfungen nicht zu vertreten hat.

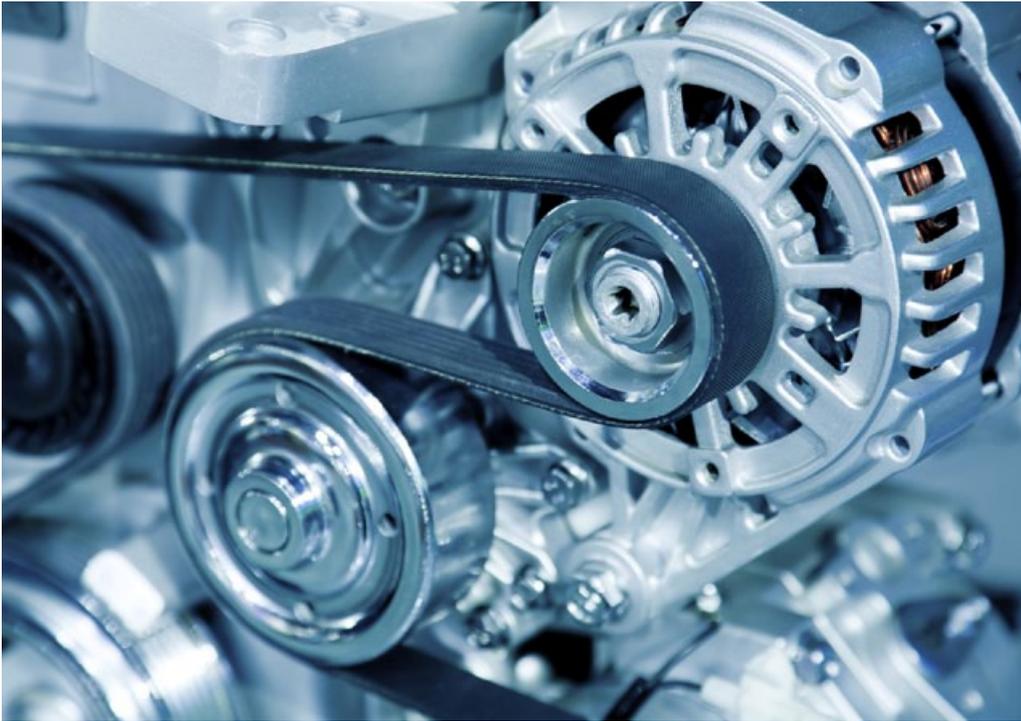
Heimgesetze der Länder

Auch fünf Jahre nach Übergang der Zuständigkeit für das Heimaufrecht auf die Länder im Rahmen der Föderalismusreform traten auch im Jahr 2011 weitere Landesheimgesetze in Kraft. In Sachsen-Anhalt ist zum 26. Februar 2011 das Gesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Sachsen-Anhalt (Wohn- und Teilhabegesetz – WTG LSA) in Kraft getreten. Das Niedersächsische Heimgesetz (NHeimG) trat am 30. Juni 2011 in Kraft. In Sachsen lag ein Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Regelung der Betreuungs- und Wohnqualität im Alter, bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Freistaat Sachsen (Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz – SächsBeWoG) vor. Für das Land Hessen lag ein Gesetzentwurf für ein Hessisches Betreuungs- und Pflegegesetz (HBPG) vor. Nach Abschluss der noch laufenden Gesetzgebungsverfahren fand das bis zur Föderalismusreform gültige bundesweit einheitliche Heimgesetz nur noch in Thüringen Anwendung – wobei auch hier die Einführung eines eigenen Heimgesetzes geplant ist.

Familienpflegezeitgesetz

Zur Stärkung der Rahmenbedingungen zur Wahrnehmung pflegerischer Aufgaben im Familienkreis durch berufstätige Angehörige wurde zum 1. Januar 2012 die Familienpflegezeit eingeführt, um damit eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu erreichen. Der PKV-Verband war am Gesetzgebungsverfahren beteiligt, und hat eine Stellungnahme hierzu abgegeben. Voraussetzung zur Inanspruchnahme ist eine Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und pflegenden Angehörigen – ein Rechtsanspruch existiert hingegen nicht. Über einen Zeitraum von maximal 2 Jahren kann eine Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden erfolgen. Vollzeitbeschäftigte können beispielsweise ihre Arbeitszeit halbieren – und das bei einem Gehalt von 75 Prozent des bisherigen regelmäßigen Bruttoeinkommens. Zum Ausgleich müssen sie im Anschluss an die Pflegephase wieder voll arbeiten, bekommen aber weiterhin nur 75 Prozent des Gehalts, bis das Zeitkonto wieder ausgeglichen ist.

Die Aufstockung des Arbeitsentgelts während der Pflegephase kann durch ein zinsloses Darlehen refinanziert werden. Hierzu kann durch den Arbeitgeber beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftlichen Aufgaben (BAFzA) die Gewährung eines zinslosen Darlehens beantragt werden. Im Anschluss an die Pflegephase behalten sie einen Teil des Gehalts der Beschäftigten ein und zahlen diesen an das Bundesamt zurück. Von der Familienpflegezeit profitieren Beschäftigte und Arbeitgeber gleichermaßen: Beschäftigte sind bei verbindlichen Rahmenbedingungen, insbesondere im Hinblick auf mögliche Rentenansprüche, finanziell abgesichert. Sie können den Kontakt zum Unternehmen



aufrechterhalten und nicht zuletzt Pflege und Beruf besser vereinbaren. Arbeitgebern bleiben ohne finanziellen Mehraufwand qualifizierte Beschäftigte erhalten.

Auf Initiative des damaligen Bundesgesundheitsministers Philipp Rösler und im Rahmen eines von ihm proklamierten „Jahres der Pflege“ wurde ein umfassender Dialog mit Expertenkreisen und Betroffenenvertretern begonnen, um den Handlungsbedarf zu ermitteln und die Positionen und Vorschläge der Beteiligten kennen zu lernen. Der erste Pflege-Dialog im Dezember 2010 widmete sich dem Thema „Ausbildung“. Die folgenden Pflege-Dialoge im Jahr 2011 beschäftigten sich mit den Themen „Pfleger Angehörige, Entbürokratisierung, Demenz und Pflegebedürftigkeitsbegriff“. Die Ergebnisse der Pflege-Dialoge dienten der Vorbereitung der Reform der Pflegeversicherung. An mehreren dieser Dialoge war auch der PKV-Verband beteiligt und hat z.B. Vorschläge zur Entbürokratisierung oder zum neuen Pflegebegriff gemacht.

Durch das Statistische Bundesamt wurde im Auftrag der Geschäftsstelle Bürokratieabbau des Bundeskanzleramtes im Rahmen eines Projekts der Bundesregierung zum Bürokratieabbau ermittelt, welcher Erfüllungsaufwand bei der Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung entsteht. Hintergrund ist ein Beschluss der Bundesregierung vom 27. Januar 2010 der den Ausbau des Programms „Bürokratieabbau und bessere Rechtssetzung“ und die Ausweitung auf die Betrachtung des gesamten Aufwands der Rechtsbefolgung vorsieht. Unter anderem sollen in den bereits im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode genannten Bereichen der messbare Erfüllungsaufwand dargestellt und Möglichkeiten zur Entlastung aufgezeigt werden. Ziel ist es, unter Beibehaltung bisheriger Standards vor allem die bessere und effizientere Ausgestaltung der Verfahren zu erreichen. Zu dem zu untersuchenden Bereich gehört dabei auch das Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen die pflegebedürftig und chronisch krank sind.

Pflege-Dialoge

Projekt
Bürokratiekostenmessung

Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus den Erhebungen, an denen sich auch die PKV und ihr medizinischer Dienst MEDICPROOF beteiligt hatten, sollen zu konkreten Vereinfachungsempfehlungen führen.

Reform der Pflegeversicherung

Eckpunkte

Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrages für die Pflegereform wurden am 16. November 2011 durch das Kabinett beschlossen. Sie sehen die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durch bedarfsgerechte Leistungen – auch für Menschen mit Demenz, die Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, die Unterstützung pflegender Angehöriger und deren Familien, die nachhaltige Finanzierung und die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs vor. Darüber hinaus ist zur Berücksichtigung der Menschen mit Demenz eine Neudefinition der Pflegebedürftigkeit erforderlich; zur Klärung der noch offenen Fragen zur Umsetzung der bereits vorliegenden Erkenntnisse soll ein Beirat eingerichtet werden. Dieser soll die bereits geleisteten Vorarbeiten des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe Rechenschaftsbericht 2008, Seite 104 und Rechenschaftsbericht 2009, Seite 95) berücksichtigen, welche unter Mitarbeit der PKV zustande kamen.

Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) wurde am 20. Januar 2012 durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt. Der Entwurf sieht eine Fortentwicklung der Leistungsangebote der Pflegeversicherung vor. Zudem ist ein neues Verständnis darüber erforderlich, wer als pflegebedürftig anzusehen ist und welchen Hilfebedarf insbesondere Menschen mit Demenz haben. Die damit verbundene Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll mehrstufig erfolgen; hierzu soll ein Expertenbeirat die noch zu klärenden umfassenden Umsetzungsfragen parallel zum Gesetzgebungsverfahren bearbeiten und die weiteren Schritte vorbereiten. Um eine zeitnahe Verbesserung der Leistungen für Menschen mit Demenz sicherzustellen, erhalten diese im Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ab dem 1. Januar 2013 mehr und bessere Leistungen. Verbunden ist dies mit weiteren Leistungsverbesserungen, wie der Aufnahme der Betreuungsleistungen in den Sachleistungsanspruch, der Flexibilisierung der Inanspruchnahme, der Betreuung in Wohngruppen, der besseren Pflegeberatung bis hin zur Entlastung von Angehörigen. Die Verbesserungen bei der Pflegeberatung wurden dabei offenbar der von der PKV praktizierten Praxis nachgebildet, welche eine zugehende Pflegeberatung durch die COMPASS Private Pflegeberatung bereits vorsieht.

Daneben erfolgt eine Anpassung der Finanzierungsgrundlagen für die Pflege. Einerseits erfolgt eine kurzfristig wirksame Beitragssatzerhöhung um 0,1 Beitragssatzpunkte und andererseits ist eine zusätzliche, aus Steuermitteln geförderte private Eigenvorsorge geplant.

Zum Referentenentwurf fand am 13. Februar 2012 in Berlin eine Verbändeanhörung statt. Seitens der PKV wurde hierzu eine ausführliche schriftliche Stellungnahme zu den vorgesehenen Änderungen abgegeben. Die verbesserten und flexibler einsetzbaren Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und für alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege wurden dabei begrüßt. Seitens der PKV wurden als zentrale Forderungen benannt:

- Die Ausweitung der Pflegeberatung muss mit verbindlichen Qualitätsstandards für alle Anbieter einhergehen.

- Die Erledigungsfristen der medizinischen Dienste zur Entscheidung über Pflegestufen und Reha-Empfehlungen sowie die damit verbundenen Strafzahlungen sind zu überprüfen.
- Die Vorschriften zur Förderung der Pflege in ambulanten Wohngruppen müssen nachjustiert werden, um für die Kostenträger praktikabel zu sein.
- Im Sinne der Gleichbehandlung und im Rahmen des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ sollten bei Rehabilitationsempfehlungen auch für PKV-Versicherte die nach § 111 SGB V vereinbarten Entgelte Anwendung finden.
- Die PKV sollte an den Vereinbarungen, Empfehlungen und Richtlinien nach dem SGB XI gleichberechtigt beteiligt werden.

Nachdem die Bundesregierung das Vorhaben aufgegeben hat, eine verpflichtende ergänzende kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung entsprechend des Koalitionsvertrags einzuführen, sieht der Kabinettsbeschluss vom 16. November 2011 nun vor, eine freiwillige private Vorsorge für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich zum heutigen System der kapitalgedeckten Altersvorsorge ab dem 1. Januar 2013 steuerlich zu fördern. Dies soll in einem eigenen Gesetz geregelt werden.

Die PKV unterstützt dieses Vorhaben und bedauert zugleich, dass sich die Regierungskoalition nicht zu einer großen Lösung mit einer verpflichtenden ergänzenden Pflegeversicherung durchringen konnte. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung werden mit der Kostenentwicklung im Pflegebereich nicht Schritt halten können, so dass eine ergänzende Vorsorge notwendig ist. Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde zudem als Teilabsicherung konzipiert, so dass im Pflegefall immer auch ein Eigenanteil aufzubringen ist. In stationären Pflegeeinrichtungen können es bei Pflegestufe III mehr als 2.000 Euro monatlich sein. Gerade den heute noch im Erwerbsprozess stehenden Generationen drohen stark steigende Eigenbelastungen und, wenn diese nicht aus Alterseinkünften getragen werden können, Einschränkungen bei der Pflege. Diese Finanzierungslücke kann durch eine Pflegeitagegeldversicherung geschlossen werden. Mit Unterstützung durch eine staatliche Zulage können auch Personen, die nur mit geringen Alterseinkünften rechnen können, auf diese Weise finanziell für den Pflegefall vorsorgen. Das Ziel soll dabei eine möglichst weitgehende Unabhängigkeit von staatlichen Unterstützungsleistungen im Pflegefall sein. Mit den sich daraus ergebenden finanziellen Möglichkeiten kann eine individuelle und selbstbestimmte Pflege organisiert werden. Die PKV kann dabei mit ihren Versicherungsprodukten einer breiten Palette von Absicherungsbedarfen gerecht werden.

Pflegeberatung in der PPV – COMPASS Private Pflegeberatung

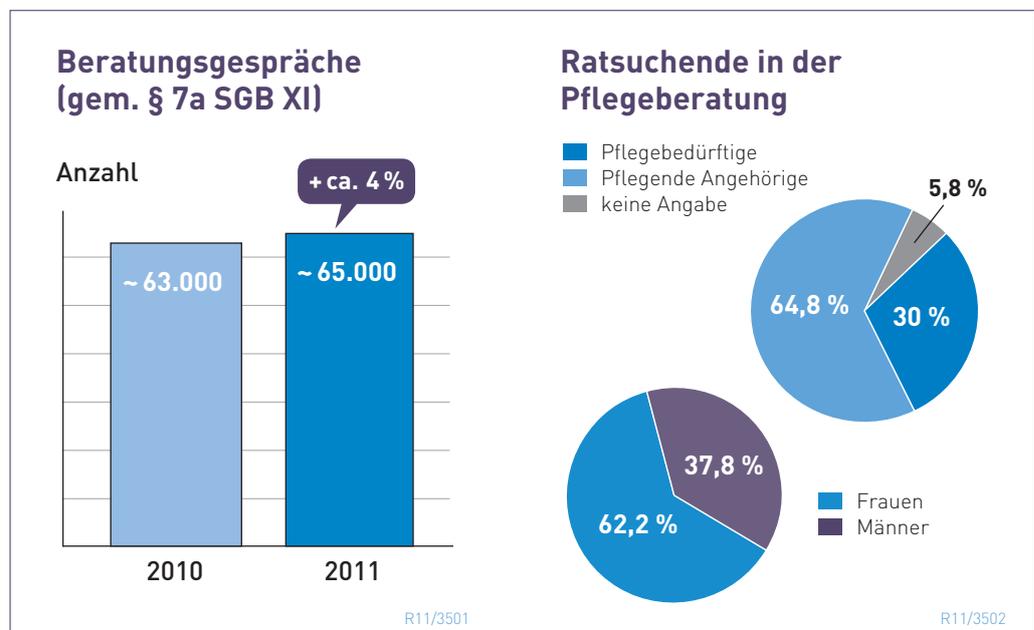
COMPASS ist nunmehr seit drei Jahren bundesweit in der Pflegeberatung tätig und hat sich sowohl bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie den Akteuren des gesundheitlich-sozialen Netzwerks etabliert. Der Bedarf der Versicherten und ihrer Angehörigen an sachgerechter Information ist groß. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater stehen hier als kompetente Gesprächspartner zur Verfügung. Dieser Bedarf spiegelt sich auch in den Beratungszahlen von COMPASS wider. 2011 haben die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater insgesamt rund 65.000 Gespräche gemäß § 7a SGB XI geführt – persönlich oder telefonisch. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung von knapp vier Prozent. Insbesondere die Zahl der persönlichen Gespräche vor Ort hat deutlich zugenommen und lag 2011 um 29 Prozent höher als noch 2010. Die

Ratsuchenden nehmen durchschnittlich 1,4 Beratungsgespräche in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch.

Seit 2010 bietet COMPASS auch Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Empfänger von Pflegegeld an. Diese sind gesetzlich verpflichtet, die Beratungsgespräche viertel- bzw. halbjährlich in Anspruch zu nehmen. COMPASS konnte sich im vergangenen Jahr mit dieser Leistung bei den Privatersicherten etablieren und 2011 deutlich mehr Beratungsgespräche gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen.

COMPASS hat die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflegeberatung im vergangenen Jahr mit einem umfassenden und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Fort- und Weiterbildungsprogramm qualifiziert. Die Fort- und Weiterbildungen reichten von den Initialschulungen für neue Beraterinnen und Berater über training-on-the-job für die Telefon-Beraterinnen bis hin zur Weiterqualifikation der Teamleiterinnen und Teamleiter zur fachlichen Unterstützung ihrer Leitungsfunktion. Eine weitere Form des kontinuierlichen Lernens in der Praxis stellt die kollegiale Fallberatung dar. Diese ist immanenter Bestandteil zur Reflexion des Beratungshandelns und wird regelmäßig in allen Teams genutzt.

Hervorzuheben ist im Kontext der Bildungsveranstaltungen die curriculare Neuausrichtung der Qualifikation zur COMPASS-Pflegeberaterin/zum COMPASS-Pflegeberater. Die Weiterbildung wird dadurch noch stärker auf das neue Handlungsfeld der Pflegeberatung ausgerichtet. Darüber hinaus sind seit 2011 Supervisionsveranstaltungen als unterstützendes Instrument in den Teams implementiert worden. Die Fallsupervision als berufsbezogenes Beratungs- und Reflexionsverfahren ist mit dem vorrangigen Ziel verbunden, die professionelle Beratungskompetenz zu fördern. Ferner soll die Supervision Hilfen zur Verarbeitung starker beruflicher Belastungen vermitteln.



Drei Jahre nach Festschreibung der Pflegeberatung als gesetzliche Leistung der Pflegepflichtversicherung im Sozialgesetzbuch hat COMPASS an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu den Erfahrungen mit der Pflegeberatung berichtet. Der Gesetzgeber hat diese Berichtspflicht für den Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen festgeschrieben. COMPASS hat aus eigenem Entschluss berichtet, um dem Gesetzgeber einen vollständigen Überblick

über die Entwicklung der Pflegeberatungslandschaft zu ermöglichen. Die Studie gliedert sich in drei Teile. Neben einem beschreibenden Teil zu Organisation und Umsetzung der Pflegeberatung umfasst der Bericht eine Klientenbefragung zur Zufriedenheit mit der Pflegeberatung sowie eine externe wissenschaftsbasierte Bewertung der COMPASS-Pflegeberatung.

Die Klientenbefragung zeigt:

- 100 Prozent der befragten Klientinnen und Klienten zeigt sich zufrieden oder sehr zufrieden mit der Pflegeberatung.
- Mehr als 90 Prozent haben wertvolle Hinweise erhalten.
- 97 Prozent würden COMPASS wieder in Anspruch nehmen. Gleich viele Nutzer würden die Pflegeberatung im Freundes- und Bekanntenkreis weiterempfehlen.
- Die Erwartungen der Ratsuchenden werden erfüllt. 91,7 Prozent sehen ihre Fragen beantwortet.

Nicht nur die Klientinnen und Klienten, sondern auch die beiden Wissenschaftlerinnen, die die Pflegeberatung evaluiert haben, stellen COMPASS was Angebot und Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeht, ein gutes Zeugnis aus. Die Wissenschaftlerinnen kommen zu dem Ergebnis, dass die Aspekte, die in § 7a SGB XI als Aufgabe der Pflegeberatung formuliert werden, von COMPASS vollständig abgedeckt werden. COMPASS bemisst dabei der Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung und Betreuung in der Beratung die größte Bedeutung bei. Alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater haben zum 30. Juni 2011 die Anforderungen – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands zur Qualifikation erfüllt.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nehmen in der Versorgungslandschaft eine koordinierende Aufgabe wahr und vernetzen bestehende Angebote. Dies geschieht zum einen in der täglichen Beratungspraxis. Zusätzlich zu den Beratungsgesprächen mit Klientinnen und Klienten führen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vor Ort innerhalb des Beratungsverlauf Gespräche mit Dritten – stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Selbsthilfeorganisationen, Sachbearbeitern der Versicherungsunternehmen, Behörden sowie Hausärzten – um die optimale Versorgung des Pflegebedürftigen sicherzustellen. Um diese Arbeit effektiv und um einen möglichst umfassenden Überblick über das Versorgungsangebot zu erhalten, hat COMPASS ein eigenständiges Beraterinformationssystem entwickelt, das alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in der Praxis nutzen und gleichzeitig im Beratungsprozess weiterentwickeln und ergänzen.

Neben der klientenzentrierten Netzwerkarbeit zur optimalen Versorgung der Ratsuchenden baut COMPASS in den Regionen Netzwerke auf systemischer Ebene auf, um gemeinsam mit den Partnern im Versorgungssystem dieses weiterzuentwickeln, Versorgungslücken zu identifizieren und zu schließen. In diesem Rahmen hat COMPASS 2011 auch erste Kooperationen mit Krankenhäusern im Entlassungsmanagement abgeschlossen.

Ausblick

Aufgrund der steigenden Zahl der Leistungsempfänger in der privaten Pflegepflichtversicherung und einem weiter zunehmenden Informationsbedürfnis der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen – nicht zuletzt aufgrund von

gesetzlichen Änderungen – rechnet COMPASS für 2012 mit einem weiteren Anstieg der Beratungsgespräche. Gleichzeitig wird COMPASS die Vernetzung in den Regionen sowie die Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren im Versorgungssystem weiter forcieren, mit dem Ziel die Versorgung der Klientinnen und Klienten zu verbessern.

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 gem. § 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 2010	Realisiert 2011
Baden-Württemberg	50	26	50
Bayern	60	0	9
Berlin	36	26	26
Brandenburg	18 – 36	16	19
Bremen	3	3	3
Hamburg	9	9	9
Hessen	26	11	22
Mecklenburg-Vorpommern	18	0	2
Niedersachsen	47	23	33
Nordrhein-Westfalen	159	52	55
Rheinland-Pfalz	135	135	137
Saarland	8	8	8
Sachsen	0	0	0
Sachsen-Anhalt	0	0	0
Schleswig-Holstein	15	10	16
Thüringen	4	0	1

Quelle: ZQP, www.psp.zqp.de; Stand 04.01.2012

R11/3503

Qualität der Pflege

Die Neufassung der Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik konnte wegen des Widerstands einiger Pflegeeinrichtungsverbände bereits im Jahre 2010 nicht vorgenommen werden. Die Bundesregierung hat deshalb im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze die Konfliktlösung der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI übertragen. Der PKV-Verband ist neben Vertretern der Pflegekassen, der Sozialhilfe und den Leistungserbringern nach § 113b Abs. 2

Satz 5 SGB XI Mitglied der Schiedsstelle. Gemäß § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI kann nunmehr jeder Vereinbarungspartner die Schiedsstelle anrufen, sofern nicht innerhalb von 6 Monaten nach schriftlicher Aufforderung eines Vereinbarungspartners zu Verhandlungen eine einvernehmliche Einigung zustande kam.

Die Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 SGB XI wurden durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verpflichtet, neue Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität festzulegen. Diese wurden am 27. Mai 2011 mit Beteiligung der PKV durch die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI festgesetzt. Der Schiedsspruch war aufgrund strittiger Punkte zu den Maßstäben und Grundsätzen zwischen den Vereinbarungspartnern nötig geworden. Im Vorfeld des Schiedsstellenverfahrens wurde durch den PKV-Verband zu den Entwürfen Stellung genommen. Auch im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens hat der PKV-Verband die PKV-spezifischen Aspekte im Rahmen einer Stellungnahme dargestellt.

Die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011 und die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011 sowie die Anlage nach Ziffer 5 (ambulant) bzw. 7 (stationär) der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege in Bezug auf die Anforderungen an die Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation von Prüfinstitutionen und unabhängigen Sachverständigen nach § 114 Absatz 4 SGB XI sowie die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren sind am 1. Juni 2011 in Kraft getreten sind und am 21. Juli 2011 im Bundesanzeiger Nr. 108 (S. 2567-2580) veröffentlicht worden.

Mit der Veröffentlichung der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI im Bundesanzeiger sind die darin enthaltenen Regelungen für alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie für die Pflegekassen und deren Verbände unmittelbar verbindlich. Weiterhin sind diese zukünftig von den Prüfstellen und unabhängigen Sachverständigen, die anerkannte Qualitätsprüfungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz durchführen wollen, zu berücksichtigen. Insbesondere die Definition von Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, an die Pflegeplanung und Dokumentation, an Sachverständige und Prüfinstitutionen für trägerinitiierte Prüfungen sind Gegenstand der Neufassungen. Darüber hinaus erfolgte neben Präzisierungen auch eine Anpassung an den aktuellen Stand der Entwicklung sowie der geltenden Gesetzeslage.

Zur Sicherung und Ausweitung der Fachkräftebasis in der Altenpflege wurde durch die Bundesregierung auf Einladung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im April 2011 eine „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ ins Leben gerufen, die gemeinsam von Bund, Ländern und Verbänden getragen und umgesetzt werden soll. Durch Vertreter von Bund, Ländern und Verbänden (Leistungserbringer und Kostenträger) wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe unter Mitarbeit der PKV der Entwurf einer Vereinbarung erstellt, welcher für den Zeitraum 2012 bis 2014 Strategien zur Sicherung des Berufsnachwuchses und zur Verbesserung der Fachkräftesituation in der Altenpflege umfasst. Die Vereinbarung umfasst 10 Handlungsfelder zu

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege

denen entsprechende Beiträge der Partner im Rahmen der Offensive formuliert wurden.

Durch die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) wurde unter Mitarbeit der PKV der Band 69 der Schriftenreihe der GVG zum Thema „Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege in Deutschland“ erarbeitet und veröffentlicht. Anlass war eine Sitzung des GVG-Ausschusses „Pflege/Rehabilitation im März 2010 mit dem Titel „Wer pflegt wen?“ – Personelle Ressourcen in der Pflege“. Der im Rahmen einer Pressekonferenz unter Mitwirkung von PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach und dem Vorstandsvorsitzenden der Krankenkasse DAK, Prof. Herbert Rebscher, im Herbst 2011 vorgestellte Band 69 umfasst vorwiegend eine Bestandsaufnahme, wie z. B. Aussagen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, zur Entwicklung des Pflegepersonals, zur Entwicklung der Bereiche der pflegenden Angehörigen und des Ehrenamtes, stellt mögliche Ursachen für den Fachkräftemangel dar und trifft Aussagen zur Ausbildung, Umschulung und Weiterbildung. Darüber hinaus werden Empfehlungen zum Umgang mit dem Fachkräftemangel für die Bereiche Rahmenbedingungen, Von der Schule zum Ausbildungsberuf, Ausbildung, Gute Arbeitsbedingungen und Sozialrecht, Pflegewissenschaft, Pflegepraxis vorgeschlagen.

Entsprechend § 113a SGB XI haben die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicherzustellen. Im Rahmen seines Vorschlags- und Beteiligungsrechtes hat der PKV-Verband gegenüber dem GKV-Spitzenverband Vorschläge für die Erarbeitung neuer Expertenstandards benannt. Im Rahmen dieses Vorschlagsrechts wurden für die Themen „Demenz, Dokumentation in der stationären Altenpflege und ambulanten Pflege, Kontraktprophylaxe und Pflegerische Interventionen zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen“ Vorschläge unterbreitet, wobei die Themen „Demenz“ und „Dokumentation in der stationären Altenpflege und ambulanten Pflege“ mit hoher Priorität und entsprechenden Ausführungen zur Relevanz und Realisierbarkeit gemäß der Verfahrensordnung benannt wurden. Angemerkt wurden darüber hinaus die praxisorientierte Entwicklung zur Unterstützung der Realisierbarkeit in den Pflegeeinrichtungen sowie die Durchführung einer Kosten-Nutzen-Analyse vor Einführung des Expertenstandards. An den Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, die im Übrigen vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu tragen sind, hat sich die PKV gemäß § 113a Abs. 4 SGB XI mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen zu beteiligen.

Recht der Versicherungsleistungen

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat am 16. Mai 2011 (Az. L 19 AS 2130/10) entschieden, dass Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) Anspruch auf einen Zuschuss zur privaten Pflegepflichtversicherung bis zur Höhe des Höchstbeitrages zu sozialen Pflegeversicherung haben. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig, es wurde Revision beim Bundessozialgericht eingelegt.

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 2. Juni 2010 (Az. 8 C 24.09) entschieden, dass in Heimverträgen mit Leistungsempfängern der sozialen Pflegeversicherung eine Klausel, die eine Fortgeltung des Heimvertrages und eine Pflicht zur Fortzahlung von Bestandteilen des Heimentgeltes über den Sterbetag des Bewohners hinaus vorsieht, unzulässig und unwirksam ist.

Umgang mit dem
Fachkräftemangel in der
Pflege

Expertenstandards
zur Sicherung und
Weiterentwicklung der
Qualität in der Pflege
gemäß § 113a SGB XI

PPV-Beitragszuschuss für
Hartz IV Empfänger

Unzulässigkeit von
Fortzahlungsklauseln

Eine Lichtsignalanlage (Umwandlung von akustischen in optische Signale) ist ein Hilfsmittel der Krankenversicherung und keine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, es sei denn, Verbindungskabel zwischen Türklingel und Sender müssten unter Putz gelegt oder durch die Wand geführt werden. Dies hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 29. April 2010 (Az. B 3 KR 5/09 R) entschieden.

Lichtsignalanlage keine Wohnumfeldverbesserung

Das OLG Schleswig-Holstein hat mit Urteil vom 24. November 2011 (Az. 16 U 43/11) klargestellt, dass eine Medikamentengabe durch den Pflegedienst auch bei einer pflegebedürftigen PKV-Versicherten nicht aus der Krankenversicherung zu zahlen ist, wenn der Versicherungsvertrag dies nicht vorsehe. Auch die Pflegeversicherung sei hier nicht eintrittspflichtig.

Behandlungspflege keine PPV-/PKV-Leistung

Am 15. November 2011 hat das Bundesarbeitsgericht (Az. 9 AZR 348/10) entschieden, dass die Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz nur einmalig in Anspruch genommen werden kann. Mit der erstmaligen Inanspruchnahme ist das Recht erloschen, dies gelte selbst dann, wenn die genommene Pflegezeit die Höchstdauer von sechs Monaten unterschreitet. Eine mehrmalige Inanspruchnahme ist damit nicht möglich.

Mehrmalige Pflegezeit nicht möglich

Der Bundesfinanzhof hat mit Beschluss vom 14. April 2011 (Az. VI R 8/10) entschieden, dass Aufwendungen wegen Pflegebedürftigkeit nur insoweit als außergewöhnliche Belastungen zu berücksichtigen sind, als die Pflegekosten die Leistungen der Pflegepflichtversicherung und das aus einer ergänzenden Pflegekrankenversicherung bezogenen Pflege(tage)geld übersteigen.

Pflegekosten nur bedingt steuerlich abziehbar

Der Bundesgerichtshof hat am 7. Dezember 2011 (Az. IV ZR 105/11) geurteilt, dass im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung jede außerordentliche Kündigung des Versicherers gemäß § 110 Abs. 4 SGB XI ausgeschlossen ist. Begründet wird dies mit der Entstehungsgeschichte der Vorschrift und dem Fehlen eines gesonderten Pflegebasistarifs.

Unkündbarkeit der privaten Pflegepflichtversicherung

Medizinische Begutachtung der Antragsteller (MEDICPROOF)

MEDICPROOF GmbH

Die Begutachtungen für die private Pflegepflichtversicherung werden von der MEDICPROOF GmbH mit Sitz in Köln durchgeführt. Es handelt sich dabei um ein Tochterunternehmen des PKV-Verbands. Die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erfolgt bundesweit durch freiberuflich tätige 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 sowie der Ausprägung von Einschränkungen der Alltagskompetenz erfolgt auf der Grundlage der Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) in der jeweils geltenden Fassung. Die Bewertungsmaßstäbe dieser 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.

MEDICPROOF GmbH

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 2012) durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt. Darüber hinaus kann ein ärztliches Gutachten durch eine pflegefachliche 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 Versicherungsleistung unter § 4 Absatz 15 MB/PPV 2012 aufgeführte „Schulung pflegender Angehöriger“ durch.

Mit Stand vom 31. Dezember 2011 waren 835 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig, 768 Ärzte und 67 Pflegefachkräfte.

Die Zahl der externen Gutachter richtet sich nach dem Aufkommen von Begutachtungen. Bei einer im Wesentlichen altersbedingten Fluktuation von gut 10 Prozent blieb die Gesamtzahl der freien Mitarbeiter 2011 weitgehend konstant. Um der perspektivischen Fallzahlsteigerung unter Einhaltung der gesetzlich festgelegten Bearbeitungsfrist gewachsen zu sein, ist es jedoch erforderlich, den derzeitigen Gutachterstamm auszubauen und die dazu notwendige Akquise zu intensivieren. 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 der Facharzt- und Zusatzqualifikationen** (Mehrfachangaben möglich) ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Allgemeinmedizin	25 %
Innere Medizin	16 %
Arbeitsmedizin	12 %
Chirurgie, Orthopädie	5 %
Öffentliches Gesundheitswesen	9 %
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	7 %
Kinder- und Jugendmedizin	4 %
Sonstige Fachärzte	7 %
Physikalische u. Rehabilitative Medizin	2 %
Sozialmedizin	19 %
Praktische Ärzte	18 %

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31. Dezember 2011)

R11/3504

Gutachterschulung

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

Darüber hinaus richtet MEDICPROOF überregionale Aufbaueminare mit speziellen Themenschwerpunkten sowie Regionaltreffen aus. Letztere dienen dem Erfahrungsaustausch in Fragen der Pflegebegutachtung mit Fallbesprechungen.

Extranet

Im Informationsaustausch zwischen der MEDICPROOF-Zentrale und den freien Mitarbeitern hat sich das Gutachter-Extranet als feste Größe etabliert. Das Extranet erreicht jeder Gutachter über ein persönliches Kennwort. Es umfasst eine eigens für die Begutachtung in der privaten Pflegepflichtversicherung eingerichtete Wissensdatenbank und speziell darauf abgestimmten E-Learning-Sequenzen.

Aufträge der Privaten Pflegepflichtversicherung

Mit 122.661 bearbeiteten Aufträgen kam es 2011 gegenüber dem Vorjahr (120.895) zu einem Anstieg um 1,5 Prozent. Davon entfielen 26 Prozent auf die stationäre und 74 Prozent auf die ambulante Pflege.

Als Ergebnis der gutachterlichen Feststellung ergaben sich für das Jahr 2011 folgende Einstufungen:

Begutachtungsergebnisse

	ambulante Pflege in Prozent	stationäre Pflege in Prozent
Erstbegutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit	26,5	11,1
Pflegestufe I	51,6	44,0
Pflegestufe II	18,6	36,1
Pflegestufe III	3,3	8,8
Alle Begutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit	18,0	5,0
Pflegestufe I	44,3	28,4
Pflegestufe II	29,0	44,9
Pflegestufe III	8,7	21,6

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31. Dezember 2011)

R11/3505

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 sogenannten 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 2011 durchgeführten Einstufungen (102.671 Begutachtungen).

Pflege stufe	ambulant			stationär		
	Einschränkung der Alltagskompetenz in Prozent...					
	nein	erheb- lich	in erhöhtem Maße	nein	erheb- lich	in erhöhtem Maße
0	81,3	12,5	6,2	68,9	20,9	10,2
1	71,5	13,5	14,9	50,0	24,5	25,4
2	56,8	16,7	26,5	28,3	26,9	44,8
3	37,5	19,2	43,3	11,2	25,5	63,3

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31. Dezember 2011)

R11/3506

Härtefälle

Entsprechend § 36 SGB XI MB/PPV 2012 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 der Spitzenverbände 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 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 2011 insgesamt 3736 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 2011 belief sich der Anteil der erstmalig als schwerstpflegebedürftig eingestuften Versicherten mit einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand im ambulanten Bereich auf 2,2 Prozent. Im stationären Bereich überstieg der Anteil der als schwerstpflegebedürftig anerkannten Versicherten, bei denen auch die Kriterien eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes festgestellt wurden, erstmalig die 5 Prozent-Grenze. Allerdings führen die Merkmale für einen außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand im Sinne der Härtefall-Richtlinien nicht zwangsläufig zur leistungsrechtlichen Anerkennung als Härtefall. Im stationären Bereich trifft das nur dann zu, 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. Wie bereits 2010 lag die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Eingang des Begutachtungsauftrags bei der MEDICPROOF GmbH bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens auch 2011 bei 23 Tagen im Bereich ambulanter und bei 19 Tagen im Bereich 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 das Verfahren der Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung eines Antragstellers. Bei beabsichtigter häuslicher Pflege und eindeutiger Aktenlage können auch die gängigsten Hilfsmittel (z. B. Pflegebett, Toilettenstuhl) 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 Tage) 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 auf die formalen Vorgaben der Begutachtungs-Richtlinien. In der Beurteilung medizinischer und pflegerischer Sachverhalte sind die beauftragten Ärzte und Pflegefachkräfte unabhängig. Formal auffällige Gutachten werden einer zusätzlichen Plausibilitätsprüfung unterzogen. Systematische Qualitätskontrollen erfolgen darüber hinaus bei einer einprozentigen Stichprobe sowie bei allen Begutachtungen von neu hinzugekommenen freien Mitarbeitern und 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)

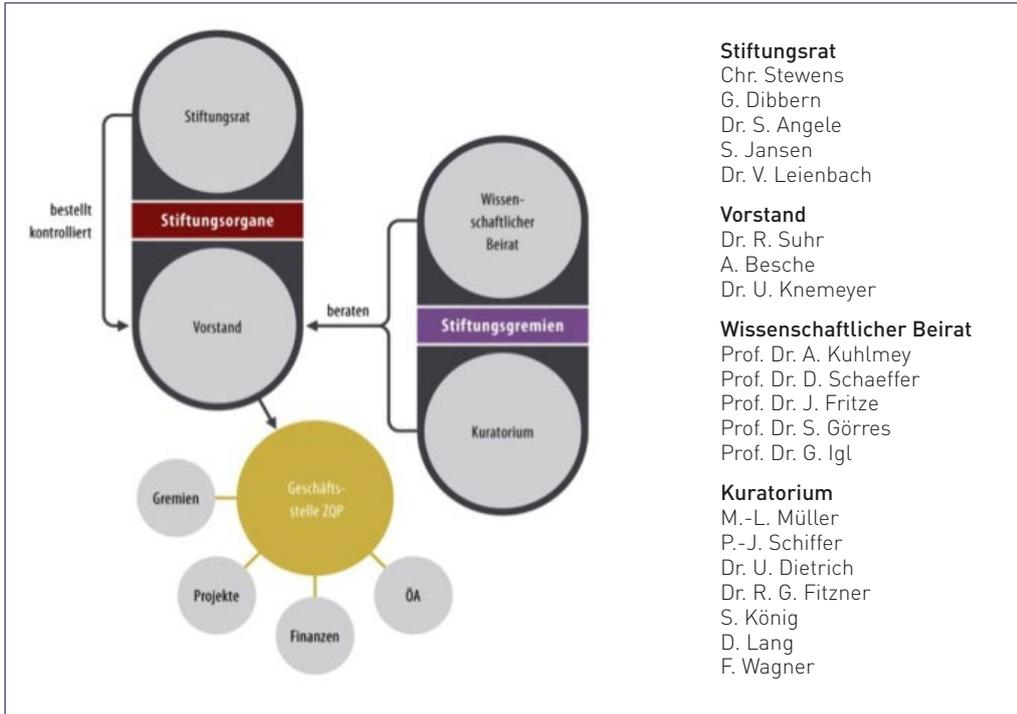
Das Zentrum für Qualität in der Pflege blickt nunmehr auf zwei Jahre aktive Stiftungsarbeit zurück. In diesen gelang es, die Etablierung der jungen gemeinnützigen Stiftung des PKV-Verbands als Akteur im Gesundheits- und Sozialwesen erfolgreich voranzutreiben.

Im Jahr 2011 wurden hierzu die beratenden Gremien des ZQP, das Kuratorium und der wissenschaftliche Beirat, um anerkannte Vertreter des Verbraucherschutzes und der Selbsthilfe sowie um namhafte Wissenschaftler erweitert. Diese ehrenamtlich in den Stiftungsorganen und Gremien tätigen Experten tragen nicht nur dazu bei, für das ZQP relevante Projektideen zu identifizieren und auf hohem Niveau zu realisieren –, sie unterstützen auch den Aufbau des ZQP-Netzwerks und verankern die junge Stiftung in der Fachszene.

Aufbau des ZQP

Zudem wurden die Ziele des ZQP – die kritische Bestandsaufnahme zu Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagement in der Pflege sowie die Entwicklung von Konzepten für eine qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen ausgerichtete Versorgung älterer, hilfebedürftiger und behinderter Menschen – in der wissenschaftsbasierten Stiftungsarbeit weiter konsequent verfolgt.

Das ZQP initiierte hierzu qualitative und quantitative Studien, erstellte Synopsen, deren systematisch zusammengetragene Erkenntnisse als Grundlage für Wissens-Datenbanken dienen und evaluierte und entwickelte Instrumente der Qualitätssicherung. Insgesamt bearbeiteten die sieben Mitarbeiter in der ZQP-Geschäftsstelle in Berlin Mitte 23 unterschiedliche Stiftungsprojekte. Zwölf neue



Studien wurden auf den Weg gebracht, vier im Jahr 2011 erfolgreich abgeschlossen und veröffentlicht. Thematisch breit deckte die Arbeit des ZQP verschiedene wichtige Aspekte von „guter Pflege“ ab.

Programmbereiche und Programmlinien der ZQP-Projektarbeit

Immer zeichneten sich die Stiftungsprojekte des ZQP durch hohe Praxisrelevanz aus – von aktuellen pflegepolitisch oder pflegeökonomisch relevanten Fragestellungen bis zu empirischer Sozialforschung zur Organisation von Pflege im vertrauten Wohnumfeld sowie der Erarbeitung von Instrumenten zur Qualitätssicherung der Pflegeberatung zielt die Arbeit des ZQP auf eine tatsächliche Verbesserung der Versorgungssituation von pflege- und hilfebedürftigen Menschen. Zentraler Schwerpunkt der Stiftungsarbeit war die wissenschaftliche Untersuchung von bisher unzureichend geklärten Fragestellungen rund um das häusliche Versorgungsgehehen.

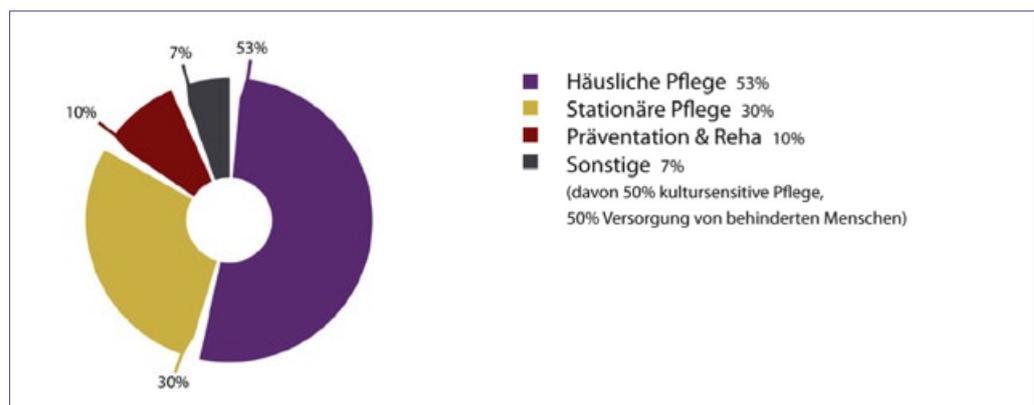


Im Jahr 2011 begonnene Projekte des ZQP

Lfd.-Nr. Projekt

- 1 Erstellung einer systematischen Übersicht zu Qualitätssiegeln und Zertifizierungsverfahren in Deutschland
- 2 Durchführung einer sensorbasierten häuslichen Bewegungslangzeitanalyse zur individuellen Bewegungsberatung älterer Menschen
- 3 Zusammenstellung von Indikatoren zur Messung der Qualität und des Gesundheitszustands in der ambulanten Versorgung
- 4 Erhebung und Analyse des Gesundheitszustands und der Pflegequalität in der ambulanten Versorgung
- 5 Befragung von mittelständischen Unternehmen in Deutschland zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege
- 6 Untersuchung zum Einsatz von Menschen mit geistiger Behinderung als Alltagshelfer der Altenhilfe
- 7 Untersuchung zu Schwerpunkten, Datenqualität und potentiellen Informationslücken vorhandener Pflegereports in Deutschland
- 8 Ermittlung von Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Pflege- und Hilfebedarf
- 9 Untersuchung zur Verfügbarkeit und zur Qualität von pflegerischen Standards und Leitlinien im deutschsprachigen Raum
- 10 Aufbau einer Datenbank zur Pflegeberatung in Deutschland
- 11 Erarbeitung einer systematischen Übersicht vorhandener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege
- 12 Erstellung eines zentralen Online-Verzeichnisses bundesweiter Projekte und Studien im Bereich Betreuung und Pflege

Themenschwerpunkte der ZQP-Projektarbeit 2011



Die Projektergebnisse stellt das ZQP als gemeinnützige Einrichtung der Öffentlichkeit kostenlos zur Verfügung. Neben Publikationen in Fach- und Tagesmedien initiierte die Stiftung hierzu auch verschiedene zielgruppenspezifische Veranstaltungen. Die Medienresonanzanalyse – über 40 Millionen Leserkontakte und eine Verdreifachung der Zugriffszahlen auf die ZQP-Internetseite – zeigt auf, dass es mit den Stiftungsarbeiten im Jahr 2011 gelungen ist, neben der Pflegepolitik und der Pflegefachszene, auch die breitere Öffentlichkeit zu erreichen. Und nicht zuletzt die vielen Anfragen von arrivierten Akteuren im

Gesundheits- und Sozialwesen für weitergehende Kooperationen sowie der Verweis etablierter Einrichtungen und Bundesministerien auf das Angebot des ZQP belegen darüber hinaus: die Stiftungsinitiative der PKV für mehr Qualität in der Pflege kommt an.

Beziehungen zu den Leistungserbringern

Einerseits in Folge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28. Mai 2008 und andererseits durch das in Kraft tretende der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI zum 1. Juni 2011 sowie notwendiger darüber hinaus gehender Aktualisierungen wurden zahlreiche Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI unter Beteiligung des Verbands der Privaten Krankenversicherung überarbeitet.

In Niedersachsen erfolgte eine geringfügige Anpassung des Rahmenvertrages ambulant und des Rahmenvertrages teilstationär, um die gesetzlichen Vorgaben aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zu unangemeldeten Qualitätsprüfungen umzusetzen. Ein Rahmenvertrag zur teilstationären Pflege wurde in Baden-Württemberg abgeschlossen. Neue Rahmenverträge zur vollstationären Pflege wurden in Berlin und Thüringen geschlossen. In Hessen konnten die Verhandlungen zum Rahmenvertrag Kurzzeitpflege zum Abschluss gebracht werden.

Neuverhandlungen zu ambulanten Rahmenverträgen finden in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Saarland und Sachsen sowie zur teilstationären Pflege in Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt statt. Verhandlungen über die Verträge zur Kurzzeitpflege laufen in Berlin, Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt sowie zur vollstationären Pflege in Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt. In Sachsen hat die angerufene Schiedsstelle zum Rahmenvertrag vollstationär die Vertragspartner des Rahmenvertrages zur Rückkehr an den Verhandlungstisch aufgefordert.

Nach wie vor ist die Umsetzung der neuen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in den Schiedsstellen nach § 76 SGB XI problematisch. Dabei stellt sich z. B. die Durchführung der Plausibilitätsprüfung in der Praxis als schwierig dar. Dennoch hat sich mittlerweile eine gefestigte Spruchpraxis etabliert, welche entsprechend bei den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt wird. In Bayern hingegen wird hinsichtlich der Vereinbarung der Pflegesätze die bisherige Spruchpraxis der Schiedsstelle beibehalten, so dass eine Anwendung der BSG-Rechtsprechung nicht erfolgt.

Zur Umsetzung der BSG-Rechtsprechung wird in den Bundesländern die Änderung der Verfahrensgrundsätze (z. B. Kalkulationsunterlagen) zur Durchführung von ambulanten und stationären Vergütungsverhandlungen und damit dem Abschluss von Vergütungsvereinbarungen vorgenommen. Insbesondere für die auch in der Vergangenheit üblichen pauschalen Steigerungen der ambulanten Vergütungen sind neue Anforderungen angesichts der BSG-Rechtsprechung an die Kalkulationsunterlagen erforderlich. Auch bei pauschalen Steigerungen muss ein Mindestmaß an vorzulegenden Unterlagen bzw. Daten gewährleistet werden.

In zahlreichen Ländern wurden die Verordnungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen überarbeitet. Grundlage hierfür waren die Empfehlungen

Rahmenverträge

Verhandlungen der
Pflegevergütungen

nach § 45c Abs. 6 SGB XI in Verbindung mit § 45d Abs. 3 SGB XI des GKV-Spitzenverbands und des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. Eine Anpassung erfolgte in Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg und Sachsen. Die PKV beteiligte sich bundesweit mit 1,278 Mio. Euro (Vorjahr: 1,092 Mio. Euro) an dieser Förderung. Auf die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe entfiel dabei ein Anteil von 928.351 Euro (Vorjahr 243.112 Euro).

Neben der Veröffentlichungspflicht der Transparenzberichte gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI sehen nunmehr auch die Landesheimgesetze oftmals die Veröffentlichung der Ergebnisse der Heimaufsichtsbehörden vor. Die Veröffentlichung der wesentlichen Ergebnisse in verständlicher Form erfolgt teilweise durch die Heimaufsichtsbehörden selbst, durch die Pflegeeinrichtungen oder auch durch die Landesverbände der Pflegekassen und die PKV. Lediglich in den Bundesländern Niedersachsen, Saarland und Sachsen sind keine diesbezüglich Regelungen in den Gesetzen bzw. Gesetzentwürfen hierzu enthalten. Eine Veröffentlichung der Berichte ist auch in Thüringen aufgrund der Weitergeltung des bislang gültigen bundesweiten Heimgesetzes nicht vorgesehen. Die Berichte der Heimaufsichtsbehörden sollen die Transparenz der Einrichtungen verbessern und damit dem Verbraucherschutz dienen.



4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen



4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen

Rechengrößen 2012

Die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2012 legt die für das Jahr 2012 maßgebenden Rechengrößen fest. Es ergibt sich daraus eine Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für 2012 in den alten Bundesländern in Höhe von 67.200 Euro jährlich und 5.600 Euro monatlich (Vorjahr: 66.000 Euro jährlich bzw. 5.500 Euro monatlich) und in den neuen Bundesländern von unverändert 57.600 Euro jährlich bzw. 4.800 Euro monatlich. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit Abs. 6 SGB V 50.850 Euro jährlich bzw. 4.237,50 Euro monatlich (Vorjahr: 49.500 Euro jährlich bzw. 4.125 Euro monatlich). Sie gilt für das Neugeschäft seit 1. Januar 2003. Für diejenigen, die am Tag vor dem Inkrafttreten des Beitragssatzsicherungsgesetzes (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 2012 45.900 Euro jährlich bzw. 3.825 Euro monatlich (Vorjahr: 44.550 Euro jährlich bzw. 3.712,50 Euro monatlich). Die Beitragsbemessungsgrenzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung betragen für das Jahr 2012 ebenfalls 45.900 Euro jährlich bzw. 3.825 Euro monatlich (Vorjahr: 44.550 Euro jährlich bzw. 3.712,50 Euro monatlich).

Nach den vorgegebenen Rechengrößen beträgt die Bezugsgröße 2012 gemäß § 18 SGB IV 31.500 Euro jährlich bzw. 2.625 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

Beitragsbemessungs-
und Jahresarbeitsentgelt-
grenzen

Bezugsgröße



Pflegeversicherungsbereich relevant ist, für das ganze Bundesgebiet gilt. Die Bezugsgröße ist maßgebend für folgende Werte:

Familienversicherung in GKV und SPV

Ein Siebtel der Bezugsgröße und damit im Jahr 2012 bundeseinheitlich monatlich 375 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 874,91 Euro (Vorjahr: 851,67 Euro) monatlich macht die dem Beitrag freiwilliger GKV-Mitglieder nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zugrunde zulegende 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 1.968,75 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 0,3450-fachen 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 2012 daraus ein Zuschuss in Höhe von 134,94 Euro. Für die PPV gelten als beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße (§ 110 Abs. 2 Satz 4 i.V.m. § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Der Zuschuss beträgt damit 2012 bei einem Beitragssatz von 1,95 Prozent 18,53 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. Die Bundesagentur für Arbeit hat daraufhin den Zuschuss für laufende Leistungsfälle ab dem 18. Januar 2011 auf die Hälfte des zu zahlenden Beitrags, höchstens jedoch auf die Höhe des halben Beitrags im Basistarif (2012: 296,44 Euro) erhöht.

Beitragszuschuss für landwirtschaftliche Altenteiler

Schließlich ist die Bezugsgröße für den Zuschuss für von der Versicherungspflicht 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 2012 120 Euro monatlich (Vorjahr: 117 Euro) ausmacht. In den neuen Bundesländern hat dieser Beitragszuschuss keine Bedeutung.

Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Nach § 166 Abs. 2 SGB VI errechnet sich in dort bestimmter Weise aus der Bezugsgröße die beitragspflichtige Einnahme rentenversicherungspflichtiger, nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen, 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 Beschäftigten beträgt 400 Euro.

Rechengrößen für 2012 in Euro (bisherige Werte in Klammern)		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung	jährlich	67.200	(66.000)	57.600	(57.600)
	monatl.	5.600	(5.500)	4.800	(4.800)
Beitragsbemessungsgrenze Kranken-, Pflegeversicherung	jährlich	45.900	(44.550)	45.900	(44.550)
	monatl.	3.825	(3.712,50)	3.825	(3.712,50)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	50.850	(49.500)	50.850	(49.500)
	monatl.	4.237,50	(4.125)	4.237,50	(4.125)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	45.900	(44.550)	45.900	(44.550)
	monatl.	3.825	(3.712,50)	3.825	(3.712,50)
Bezugsgröße	jährlich	31.500	(30.660)	26.880	(26.880)
	monatl.	2.625	(2.555)	2.240	(2.240)
Geringfügigkeitsgrenze		400		400	
Einkommensgrenze für Familienversicherung		375	(365)	375	(365)
Allgemeiner Beitragssatz der GKV		15,5 %	(15,5 %)	15,5 %	(15,5 %)
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		279,23	(271,01)	279,23	(271,01)
Höchstbeitrag PVN	einzel	74,58	(72,40)	74,58	(72,40)
	Ehegatten (150 %)	111,87	(108,60)	111,87	(108,60)
	Ehegatten (75 %)	55,93	(54,30)	55,93	(54,30)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	37,29	36,20	37,29	(36,20)
Höchstbeitrag PVB	einzel	29,83	(28,96)	29,83	(28,96)
	Ehegatten (150 %)	44,75	(43,44)	44,75	(43,44)
	Ehegatten (75 %)	22,37	(21,72)	22,37	(21,72)
	Basistarif	37,29	(36,20)	37,29	(36,20)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	18,65	(18,10)	18,65	(18,10)
Zuschuss zur PPV		37,29	(36,20)	37,29	(36,20) in Sachsen 18,17 (17,63)
Höchstbeitrag Basistarif		592,88	(575,44)	592,88	(575,44)
Höchstbeitrag Standardtarif		592,88	(553,17)	592,88	(553,17)
Zuschuss zur Krankenversicherung für ALG II-Empfänger		134,94	(131,34) 296,44 (287,72)*	134,94	(131,34) 296,44 (287,72)*
Zuschuss zur Pflegeversicherung für ALG II-Empfänger		18,53	(18,04)	18,53	(18,04)

* Die Bundesagentur für Arbeit hat aufgrund der Entscheidung des Bundessozialgerichts den Zuschuss für laufende Leistungsfälle ab dem 18. Januar 2011 auf die Hälfte des zu zahlenden Beitrags, höchstens jedoch auf die Höhe des halben Beitrags im Basistarif (2012: 296,44 Euro) erhöht.

R11/4101

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde am 28. Dezember 2011 im Bundesgesetzblatt (Jahrgang 2011, Teil Nr. 70, S. 2983ff.) veröffentlicht. Für die PKV von Relevanz sind folgende Regelungen:

Den Krankenkassen wird die Befugnis eingeräumt, in ihrer Satzung folgende zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen vorzusehen (§ 11 Abs. 6 SGB V):

- Medizinische Vorsorge- und Rehabilitation
- Künstliche Befruchtung
- Zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz
- Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern

Nach § 17 Abs. 1 S. 5 KHG darf eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen dieses Gesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegegesetzverordnung zu leisten wären. Für nichtärztliche Wahlleistungen gilt § 17 Absatz 1, 2 und 4 Krankenhausentgeltgesetz entsprechend.

Die Ausgründung von Schein-Privatkliniken, die gegenüber dem öffentlichen Krankenhaus nicht eigenständig sind und nur aus Gründen der Entgeltmaximierung gegründet werden, wird damit erheblich erschwert (s. Seite 92).

Schließlich wurden die Möglichkeiten privat versicherter Arbeitnehmer erweitert, sich wegen verringerter Arbeitszeiten und damit verbundener Gehaltskürzungen von der Versicherungspflicht in der GKV während oder nach der Familienpflegezeit nach § 2 Familienpflegezeitgesetz befreien zu lassen:

Wer seine regelmäßige Wochenarbeitszeit während der Familienpflegezeit herabsetzt, wird auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit (§ 8 Abs. 1 Nr. 2a SGB V). Die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) des Familienpflegegesetzes.

Privat versicherte Arbeitnehmer, die im Anschluss an Familienpflegezeit oder der Nachpflegephase ein Beschäftigungsverhältnis (wieder) aufnehmen, dessen Arbeitszeit auf maximal die Hälfte vergleichbarer Vollbeschäftigte begrenzt ist und welches bei Vollbeschäftigung mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze vergütet würde, können sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen (§ 8 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). 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, d.h. die Elternzeit wird bei der Berechnung des 5-Jahreszeitraums berücksichtigt.

GKV-Finanzierungsgesetz

Das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) ist hinsichtlich der für die PKV bedeutsamen Teile im Wesentlichen am 31. Dezember 2010 in Kraft getreten. Die für die private Krankenversicherung relevanten Regelungen sind:

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. 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 sei. In dem zu entscheidenden Fall überstieg das Gehalt des Klägers aufgrund verbindlicher tarifvertraglicher Regelungen die Jahresarbeitsentgeltgrenze erst im laufenden Jahr. Der Kläger scheidet daher mit Ablauf des Jahres aus der Versicherungspflicht aus.

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 Selbstständiger 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.

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 Vollbeschäftigte begrenzt ist und welches bei Vollbeschäftigung mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze vergütet würde, dass sie sich von der Versicherungspflicht in der GKV 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 die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen bieten, gilt ab dem 2. Januar 2011 nur noch eine

Versicherungsfreiheit von Angestellten

Berufsanfänger, Wechsel ins Angestelltenverhältnis, Arbeitgeberwechsel

Eltern- und Pflegezeit

Bindungsfristen für Wahltarife gem. § 53 SGB V

einjährige Mindestbindungsfrist. Für Wahltarife, die Selbstbehalte vorsehen, Tarife für besondere Versorgungsformen 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).

Beitragszuschuss für ALG II-Bezieher

Mit der Einführung des Basistarifs und der Zuordnung von Hilfebedürftigen zur Privaten Krankenversicherung durch die Einführung der Pflicht zur Versicherung zum 1. Januar 2009 ergab sich das Problem, dass Bezieher von Arbeitslosengeld II Beitragsrückstände aufbauten, da der Gesetzgeber zwar die Beitragspflicht auf den halbierten Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzte, die Grundsicherungsträger aber nur einen Zuschuss in Höhe des nicht kostendeckenden Zuschusses zur Gesetzlichen Krankenversicherung gewährten. Monatlich entstand so eine Deckungslücke.

Mit Urteil vom 18. Januar 2011 (Az. B 4 AS 108/10R) entschied das Bundessozialgericht, dass Bezieher von Arbeitslosengeld II einen Anspruch darauf haben, dass der Träger der Grundsicherung die Beiträge zur Privaten Krankenversicherung in voller Höhe übernimmt. In Anlehnung daran wurde durch das Vierte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22. Dezember 2011 (Bundesgesetzblatt I, S. 3057 ff.) in § 26 Abs. 4 Zweites Buch Sozialgesetzbuch und § 32 Abs. 5 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch ein Direktzahlungsanspruch aufgenommen. Gemäß der Neuregelung zahlen die Grundsicherungsträger analog der bisherigen Rechtslage in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Zuschüsse unmittelbar an die PKV-Unternehmen.

Im politischen Raum wird diskutiert, wie mit den Altschulden umgegangen wird, die bis zur Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgelaufen sind. Die einzelnen PKV-Unternehmen entscheiden, wie sie mit den offenstehenden Beitragsforderungen umgehen werden. Es besteht jedoch eine grundsätzliche Bereitschaft, die infolge der gesetzlichen Deckungslücke bis zum 31. Januar 2011 entstandenen offenen Beitragsforderungen zu erlassen. Der Erlass erfolgt im Einzelfall auf einen entsprechenden Antrag des Versicherten, der einen Nachweis über die Hilfebedürftigkeit vorzulegen hat.

Versicherte mit Beitragsrückständen – (Nichtzahler)

Während nach alter Rechtslage säumigen Beitragszahlern seitens des Versicherers gekündigt werden durfte, ist diese Sanktionsmöglichkeit infolge des GKV-WSG nicht mehr gegeben. Gerät ein Versicherungsnehmer 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 2011 befanden sich etwa 112.900 „dauerhafte“ Nichtzahler (mindestens 6 Monate Beitragsverzug) in der Vollversicherung (inklusive Basistarif). Die Subventionierung dieser Nichtzahler geht stets zu Lasten der anderen Versicherten, denn die ausbleibenden Beiträge mindern die Überschussbeteiligung.



Die erbrachten Leistungen müssen aus den Beitragsmitteln anderer Mitglieder ausgeglichen werden.

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 betroffenen Versicherten Notfallleistungen sowie Leistungen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, gewährt und den betroffenen Versicherten vor einem weiteren uferlosen Anstieg der Beitragsrückstände bewahrt.

Nach den derzeitig diskutierten Vorschlägen soll für Nichtzahler ein sogenannter Nichtzahlertarif im Gesetz geschaffen werden. In diesem Tarif soll der Versicherungsnehmer in der Zeit als versichert gelten, in der sein Normaltarif nach zweimaliger Mahnung ruhend gestellt ist. Hilfebedürftige im Sinne des SGB II oder SGB XII sollen dagegen nicht in den Nichtzahlertarif. Ihre Versicherung soll im Basistarif fortgesetzt werden, wo sie aufgrund der Hilfebedürftigkeit nur den halbierten Beitrag zu zahlen und zudem einen Anspruch auf Zuschussgewährung zur Krankenversicherung gegen ihren Sozialhilfeträger haben.

Auch im Nichtzahlertarif soll ein Beitrag erhoben werden, der den Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen darf. Tatsächlich wird der Beitrag für den Nichtzahlertarif aller Voraussicht nach jedoch weit unter diesem Beitrag liegen. Es soll keine Alterungsrückstellung neu aufgebaut werden und eine gegebenenfalls bereits vorhandene Alterungsrückstellung teilweise während der Versicherung im Nichtzahlertarif angerechnet, das heißt verbraucht werden.

Wenn der Versicherungsnehmer alle Beitragsrückstände ausgeglichen hat, soll die Versicherung in seinem ursprünglichen Tarif fortgesetzt werden. Er soll dabei bis auf die teilweise verbrauchte Alterungsrückstellung so gestellt werden, als wäre er die ganze Zeit in seinem Ursprungstarif versichert gewesen. Wurden in der Zwischenzeit Beitragsanpassungen in diesem Tarif durchgeführt, so sollen sie daher auch für ihn gelten.

Entwurf eines VVG-Änderungsgesetzes

Das Bundesjustizministerium hat im Februar 2012 einen Entwurf für ein Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften vorgelegt. Er enthält für die Private Krankenversicherung wesentliche Gesetzesänderungen:

Auskunftsanspruch von
Versicherten

Für medizinisch notwendige Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 3.000 Euro überschreiten, soll in § 192 Abs. 8 VVG n.F. ein Auskunftsanspruch zugunsten des Versicherungsnehmers geregelt werden. Vorgesehen ist, dass die Auskunft verbindlich ist, soweit sie auf einem vom Versicherungsnehmer vorgelegten Heil- und Kostenplans beruht. In dringlichen Fällen hat der Versicherer die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, abzusenden. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer.

Krankentagegeld-
versicherung

In § 204 Abs. 3 VVG soll „klargestellt“ werden, dass die Rechte nach § 204 Abs. 1 VVG, d.h. der Anspruch auf Tarifwechsel unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Anspruch auf einen Übertragungswert beim Wechsel des Versicherers im Falle der Kündigung, auch für die gemäß § 196 VVG befristete Krankentagegeldversicherung gelten soll.

Kündigungsfrist bei
Beitragserhöhungen

Im Hinblick auf die Problematik der Vorlage des Nachversicherungsnachweises nach einer Kündigung infolge der Beitragserhöhung gemäß § 205 Abs. 4 VVG soll die Kündigungsfrist auf zwei Monate verlängert werden. Die Regelung über die Vorlage des Nachversicherungsnachweises bleibt unberührt.

Selbstbehalte im Basistarif

Für den Basistarif soll in § 12 Abs. 1a Satz 4 VAG ein Sonderkündigungsrecht im Hinblick auf den Selbstbehalt eingeführt werden, wenn der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer Reduzierung der Prämie führt.

„Außerordentliche Kündigung einer Krankheitskosten- und Pflegepflichtversicherung“

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in zwei Urteilen entschieden, dass § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG nicht jede außerordentliche Kündigung eines Krankheitskostenversicherungsvertrages, der die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, durch den Versicherer ausschließt.

In einem Verfahren (Az.: IV ZR 50/11) unterhielt der Kläger eine private Krankheitskosten- und Pflegeversicherung bei dem beklagten Versicherer. Die Krankheitskostenversicherung wurde durch den Versicherer mit der Begründung außerordentlich gekündigt, dass der Kläger bzw. seine für ihn handelnde Ehefrau in den Jahren 2007 bis 2009 insgesamt 168 angebliche Medikamentenbezüge zur Abrechnung eingereicht habe, tatsächlich aber viele Medikamente nicht bezogen und bezahlt worden seien, so dass eine Überzahlung vorliege.

In einem weiteren Verfahren (Az.: IV ZR 105/11) unterhielt der Kläger bei dem Beklagten eine private Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Pflegepflichtversicherung. Nach einer Herzoperation erhielt der Kläger Krankentagegeld. Im Zuge des Besuchs durch einen Außendienstmitarbeiter der Beklagten griff der Kläger diesen tätlich mit einem Bolzenschneider an und bedrohte ihn, worauf der Versicherer den gesamten Vertrag mit dem Kläger außerordentlich kündigte.

Der BGH führte zur Krankheitskostenversicherung aus, § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG sei teleologisch dahingehend zu reduzieren, dass er zwar die Kündigung wegen Prämienverzugs untersage, jedoch in Fällen sonstiger schwerer Vertragsverletzung eine außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach § 314

Abs. 1 BGB in Betracht komme. In diesem Fall werde die Krankheitskostenversicherung mit dem bisherigen Versicherer weder im Basistarif fortgesetzt, noch stehe dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Abschluss eines derartigen Vertrages mit seinem bisherigen Versicherer zu. Ein ausreichender Schutz des Versicherungsnehmers werde dadurch gewährleistet, dass er weiterhin darauf Anspruch habe, gemäß § 193 Abs. 5 VG bei einem anderen Versicherer im Basistarif versichert zu werden.

Im Bereich der Pflegepflichtversicherung sei hingegen jede außerordentliche Kündigung des Versicherers gemäß § 110 Abs. 4 SGB XI ausgeschlossen, da hier die Entstehungsgeschichte der gesetzlichen Bestimmung und das Fehlen eines gesonderten Basistarifs einer teleologischen Reduktion entgegenstehen. Dies ist jedoch nicht überzeugend, da verkannt wird, dass der Kündigungsausschluss gemäß § 110 Abs. 4 SGB XI nur greift, solange Kontrahierungszwang nach § 110 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 23 Abs. 1 SGB V besteht, dieser jedoch ausgeschlossen ist, wenn die Krankheitskostenversicherung (wegen Kündigung) nicht mehr besteht. Zudem ist der Versicherte auch nicht schutzlos gestellt, weil er beim Nachfolgersicherer, bei welchem er sich notfalls im Basistarif versichern kann, auch Versicherung in der Pflegepflichtversicherung nehmen kann.

4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft

Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagerechts

Das Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagerechts vom 6. Dezember 2011 wurde am 12. Dezember 2011 im Bundesgesetzblatt verkündet (BGBl. 2011, Teil 1, Nr. 63, S. 2481). Es ergänzt in Artikel 22 das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) mit Wirkung ab dem 1. April 2012 um Regelungen zur Regulierung von Abschlussprovisionen und der Stornohaftungszeit. Folgende Vorschriften sind danach zu beachten:

Die Höhe von Abschlussprovisionen wird gemäß § 12 Abs. 7 VAG in der substitutiven Krankenversicherung in dreifacher Weise begrenzt:

1. Die von einem Versicherer in einem Geschäftsjahr insgesamt an alle Versicherungsvermittler gewährten Abschlussprovisionen und sonstigen Vergütungen sind auf 3 Prozent der Bruttobeitragssumme des Neuzugangs begrenzt. Die Bruttobeitragssumme entspricht der über 25 Jahre hochgerechneten Erstprämie ohne den gesetzlichen Zuschlag.
2. Die in einem Geschäftsjahr für den Abschluss substitutiver Krankenversicherungen an einen einzelnen Versicherungsvermittler gewährten Zahlungen und sonstigen geldwerten Vorteile, werden auf 3,3 Prozent der Bruttobeitragssumme des von diesem Vermittler vermittelten Geschäfts limitiert.
3. Die für den Abschluss eines einzelnen Versicherungsvertrags gewährte Provision und sonstige Vergütung darf 3,3 Prozent der Bruttobeitragssumme nicht übersteigen, was einer Begrenzung auf 9,9 Monatsbeiträge entspricht.

Um eine Umgehung der Regelungen zur Limitierung von Abschlussaufwendungen zu verhindern, wird weiterhin vorgeschrieben, dass ein Vermittler für Leistungen, die über den Vermittlungserfolg hinausgehen, im Rahmen bestimmter Verträge

Limitierung von
Abschlussprovisionen

Dienstleistungsverträge

wie Dienstleistungsverträge nur ein Entgelt erhalten darf, dass ein ordentlicher und gewissenhafter Geschäftsleiter vereinbaren würde (§ 12 Abs. 8 VAG). Darüber hinaus gehende Vergütungen und sonstige geldwerte Vorteile dürfen nur gewährt werden, wenn die Leistungen zu einer Aufwendungsersparnis des Versicherers führen.

Schließlich wird die Stornohaftungszeit geregelt. Sie darf nach § 80 Abs. 5 VAG grundsätzlich fünf Jahre nicht überschreiten. Eine Ausnahme gilt für die Kündigung des Versicherungsvertrags wegen Versicherungspflicht in der GKV. Ist die vereinbarte Prämienzahlungsdauer kürzer als fünf Jahre (z.B. in der umgekehrten Auslandsreisekrankenversicherung), so kann diese zu Grunde gelegt werden.

Der Verband hat zu den Neuregelungen Auslegungshinweise gegeben.

VAG-Novelle

Am 15. Februar 2012 wurde der Referentenentwurf der Bundesregierung des „Zehnten Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ (Bundestagsdrucksache 90/12, im Folgenden: VAG-RefE) vorgelegt, mit dem in erster Linie die Solvency II-Rahmenrichtlinie 2009/138/EG in deutsches Recht umgesetzt werden soll. Der VAG-RefE enthält jedoch auch darüber hinausgehende Änderungen, die in keinem inhaltlichen Zusammenhang mit Solvency II stehen, wie etwa die Änderungen im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz zur Umsetzung des Unisex-Urteils des EuGH.

Durch die Novellierung erhält das VAG eine neue Systematik. Inhaltliche Neuerungen durch die Umsetzung der Solvency II-Rahmenrichtlinie sind unter anderem in den Bereichen Eigenmittelausstattung der Unternehmen, Rückstellungen und der Geschäftsorganisation vorgesehen. Im Rahmen der Konsultation hat der PKV-Verband am 20. September 2011 eine Stellungnahme abgegeben. Hervorgehoben wurde die Verankerung des inflationsneutralen Bewertungsverfahrens, die sachgerechte Umsetzung der Unisex-Rechtsprechung des EuGH, die Folgeänderung des Handelsbilanzrechts und Einzelfragen, die von besonderer Relevanz für die Private Krankenversicherung sind. Themen, die derzeit im Rahmen der Omnibus II-Richtlinie diskutiert werden, sind mangels bisheriger Verabschiedung der Omnibus II-Richtlinie nicht Gegenstand des VAG-RefE. In diesem Zusammenhang ist daher zu erwarten, dass das VAG nach Verabschiedung der Omnibus II-Richtlinie erneut ergänzt werden muss. Die Verabschiedung der Omnibus II-Richtlinie wird im Sommer 2012 erwartet.

Mit der Umsetzung der Solvency II-Rahmenrichtlinie ändert sich auch die Rolle des VAG: Bisher sind im VAG alle das Aufsichtsrecht betreffenden Richtlinien umgesetzt worden; zukünftig wird es europäische Regelungen geben, die direkt gelten und die im VAG nicht mehr niedergelegt werden. Das VAG wird somit nur noch eine Rechtsquelle neben anderen europäischen Regulierungsebenen sein. Natürlich bleibt das VAG die maßgebliche Rechtsgrundlage für nationale aufsichtsrechtliche Fragestellungen.

Das Gesetzgebungsverfahren soll vor der Sommerpause abgeschlossen sein.

Beihilfe des Bundes und der Länder

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

Beihilfe des Bundes

Am 25. Juli 2011 wurde die zweite Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Juli 2011 verkündet. Mit der Verordnung und dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Übertragung ehebezogener Regelungen im öffentlichen Dienstrecht auf Lebenspartnerschaften vom 14. November 2011 liegen die Voraussetzungen für die beihilferechtliche Berücksichtigung von Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern vor. Die Regelung gilt rückwirkend seit dem 1. Januar 2009. Beihilfeberechtigten können nunmehr anstelle der Beihilfe die für eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner für die Zeit zwischen dem 1. Januar 2009 und dem Inkrafttreten der Regelung aufgewandten und nachgewiesenen Prämien einer privaten Krankheitskostenvollversicherung in einem 100-Prozent Tarif auf Antrag erstattet werden. Der Beihilfeanspruch für Aufwendungen bis zur Höhe eines vertraglich vereinbarten Selbstbehaltes bleibt unberührt. Der Anteil der Prämie, der auf Risiken entfällt, die über den nach § 193 Absatz 3 VVG geforderten Versicherungsumfang hinausgehen, wird nicht berücksichtigt, der Anteil der Prämie, der nach dem für den berücksichtigungsfähigen Angehörigen geltenden Bemessungssatz als Eigenvorsorge aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist, nicht erstattet.

Mit der zweiten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung wurden zudem die notwendigen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Festsetzungsstellen die Abschläge für Arzneimittel nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel gegenüber den pharmazeutischen Unternehmen geltend machen können.

Gegen Ende des Jahres 2011 lag bereits der Entwurf einer dritten Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung-BBhV) vor. Der Entwurf enthält im Wesentlichen folgende Regelungen:

- Schaffung einer Rechtsgrundlage für die beihilfefähige Anerkennung pauschaler Abrechnungen und einer einheitlichen Härtefallregelung unter Einbeziehung der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel
- Gewährung von Beihilfe in besonderen Fällen, in denen pflegebedürftige Beihilfeberechtigte in eine kaum vertretbare wirtschaftliche Notlage geraten, bei grundsätzlicher Beibehaltung der Übernahme der Pflegeversicherungsregelungen in das Beihilferecht des Bundes
- Abschaffung des besonderen Bemessungssatzes von 100 Prozent für freiwillig gesetzlich versicherte Beamte und Beamte
- Vererblichkeit des Beihilfeanspruchs
- Begrenzung der Beihilfefähigkeit für die Aufwendungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern auf die zwischen den Fachverbänden und dem Bundesinnenministerium vereinbarten Gebührensätze
- Anpassung des Beihilferechts an die aktuelle Rechtsprechung und an Veränderungen im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Neufassung der Anlagen.

Am 23. September 2011 wurde eine Vereinbarung zwischen den Verbänden der Heilpraktiker mit dem Bundesministerium des Innern geschlossen, nach der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker den Beihilfeberechtigten des Bundes keine anderen Leistungen und keine höheren als die in der Anlage der Vereinbarung aufgeführten Honorare berechnen sollen. Kosten sind nur bis zur Höhe dieser Honorare beihilfefähig, da höhere Honorare wirtschaftlich nicht angemessen sind (§ 6 Abs. 1 BBhV). Der Vereinbarung können gemäß § 3 auch die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung beitreten.

Mit Rundschreiben vom 24. Januar 2012 machte das Bundesministerium des Inneren darauf aufmerksam, dass die im Rundschreiben vom 9. April 2002 -D 15 -213 106 -11/0- in Verbindung mit Hinweis 45.4.2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur BBhV unter Abschnitt 111 Nr. 2 aufgeführten Pauschalen für das Jahr 2012 wie folgt neu festgesetzt werden:

- a) eine Organisationspauschale je transplantiertes Organ in Höhe von 9.179 Euro und
- b) bei extrarenalen Organen (z. Z. Herz, Leber, Lunge, Pankreas und Darm) zusätzlich eine Pauschale für Flugkosten von 6.994 Euro je transplantiertes Organ, für das ein eigenständiger Flugtransport durchgeführt wurde.

Damit wurden die Pauschalen im Verhältnis zu denen, auf die im Rundschreiben vom 20. Juni 2011 hingewiesen worden waren (8.765 Euro bzw. 6.731 Euro), erhöht.

Beihilfe der Länder

Das Verwaltungsgericht Stuttgart hat in seinem Urteil vom 10. März 2011 – Az: 12 K 3301/10 – entschieden, dass § 6 Abs. 5 BBhV im Hinblick auf eine Kürzung der Beihilfe auf die GOÄ-Sätze des Basistarifs wegen eines Verstoßes gegen Art. 3 GG unanwendbar sei, wenn sich ein im Basistarif versicherter Beihilfeberechtigter in ärztliche Behandlung begeben, ohne dem Arzt sein Versicherungsverhältnis zu offenbaren. Dies sei ungeachtet dessen der Fall, dass der Versicherte aus seinem Versicherungsverhältnis verpflichtet sein dürfe, ärztliche Leistungserbringer auf seinen Basistarif hinzuweisen. Es sei nicht erkennbar, wie ein möglicher Obliegenheitsverstoß im Versicherungsvertragsverhältnis auf die Beihilfegewährung Auswirkungen haben könne.

Das Bayerische Staatsministerium der Finanzen hat aufgrund der Ermächtigungsgrundlage des Art. 96 Abs. 5 Satz 1 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) die zweite Verordnung zur Änderung der Bayerischen Beihilfeverordnung (BayBhV) erlassen. Die Verordnung ist vom 11. März 2011. Sie wurde am 31. März 2011 verkündet und trat weitgehend mit Wirkung vom 1. April 2011 in Kraft. Die aufgrund des Inkrafttretens des Neuen Dienstrechts in Bayern erforderlichen Änderungen traten bereits ab 1. Januar 2011 in Kraft. Die Vollzugsbestimmungen der zweiten Verordnung zur Änderung der Bayerischen Beihilfeverordnung wurden am 7. April 2011 bekannt gemacht.

Nach vielen politischen Diskussionen wurde am 16. Dezember 2011 die Elfte Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeiVO) vom 8. Dezember 2011 verkündet. Mit die Verordnung wurde die derzeitige Fassung der Hessischen Beihilfenverordnung bis zum 30. Juni 2012 verlängert.

Am 1. Januar 2012 trat die neue Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO) in Kraft und löste die bisher in Niedersachsen geltenden Beihilfavorschriften des Bundes ab.

Beihilfe des Landes
Baden-Württemberg

Beihilfe des Landes Bayern

Beihilfe des Landes Hessen

Beihilfe des Landes
Niedersachsen



Änderungen gab es bei der Beihilfefähigkeit ambulanter zahnärztlicher Leistungen (§ 9 NBhVO). Demnach sind grundsätzlich Aufwendungen für bis zu vier Implantate je Kiefer, bei implantatgetragendem Zahnersatz im zahnlosen Oberkiefer für bis zu 6 Implantate beihilfefähig. Die Beschränkung auf eine Höchstzahl von Implantaten für implantologische Leistungen entfällt, wenn eine der in § 9 Absatz 2 NBhVO aufgeführten Indikationen vorliegt. Beihilfefähig sind ferner Aufwendungen für Leistungen der Retention, die innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss der von der Beihilfefestsetzungsstelle anerkannten kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, sowie Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen bei Vorliegen einer der in § 9 Absatz V NBhVO aufgeführten Indikationen oder Maßnahmen.

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Haushaltshilfe ist in Anlehnung an das SGB V neu geregelt worden. Diese Aufwendungen sind nach Rückkehr von einer außerhäuslichen Unterbringung (z. B. Krankenhausaufenthalt) in den Haushalt für die an die Rückkehr anschließenden vier Wochen (bisher eine Woche) beihilfefähig (§ 23 NBhVO).

Des Weiteren sind nunmehr folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung,
- Aufwendungen für soziotherapeutische Leistungen (§ 25 NBhVO),
- Aufwendungen einer familienorientierten Rehabilitation bei einer Erkrankung eines Kindes (bei Krebs- oder Herzerkrankung, bei Mukoviszidose), ebenso Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen und Aufwendungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining in Gruppen (§ 29 NBhVO),
- Aufwendungen für Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden (§ 31 NBhVO),
- neben den Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Palliativversorgung Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37 NBhVO),

- Aufwendungen für Leistungen im Geburtsfall in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung (z. B. Geburtshaus; § 39 NBhVO) und
- Aufwendungen für eine notwendige Inanspruchnahme einer Gebärdendolmetscherin oder eines Gebärdendolmetschers (§ 42 NBhVO).

In Nordrhein-Westfalen wurden am 9. Dezember 2011 die Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (VVzBVO) verkündet, am 22. Dezember 2011 gefolgt von der Verkündung der Ersten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW. Gemäß § 10 Abs. 7 der Ersten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung ist nunmehr für den Beihilfeberechtigten und jede berücksichtigungsfähige Person ein Betrag von bis zu 10 Euro für die jährlichen Versicherungsbeiträge beihilfefähig, wenn zur Absicherung von Krankheits-, Beförderungs- und Rücktransportkosten eine Auslandsrankenversicherung abgeschlossen wird.

In Rheinland-Pfalz wurde die Beihilfenverordnung (BVO) mit Datum vom 22. Juni 2011 neu gefasst. Sie trat am 1. August 2011 in Kraft.

Die Neufassung war aufgrund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 28. Mai 2008 - 2 C 12.07 - notwendig geworden. Danach muss der Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen über die Leistungen an Beamte und Versorgungsempfänger im Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit selbst treffen und die tragenden Strukturprinzipien des Beihilferechts gesetzlich regeln. Mit der neuen Beihilfenverordnung wurde der gesetzliche Rahmen des Landesbeamtengesetzes (LBG) ausgefüllt und konkretisiert und das Beihilferecht des Landes Rheinland-Pfalz insgesamt auf eine neue Grundlage gestellt.

Aufgrund der neuen BVO ergeben sich insbesondere folgende Änderungen:

- Nach § 5 BVO ist der Geldanspruch auf die Beihilfe, nicht aber der statusrechtliche Beihilfeanspruch, vererblich.
- Gemäß § 8 Abs. 4 BVO können u. a. mit der PKV Vereinbarungen über Beihilfeangelegenheiten abgeschlossen werden, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlichen Krankenfürsorge liegt. Eine Vereinbarung über Preisnachlässe und feste Preise ist möglich. Außerdem kann Vereinbarungen, die unter anderem private Krankenversicherungen mit Leistungserbringern im Interesse einer wirtschaftlichen Leistungserbringung geschlossen haben, beigetreten werden.
- Nach § 26 Abs. 2 BVO wird bei der Beihilfefähigkeit von Behandlungen in Krankenhäusern ohne Zulassung bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, nunmehr auf den Bundesbasisfallwert abgestellt. In allen anderen Fällen sind die Behandlungen bis zu einer bezifferten Obergrenze beihilfefähig.
- Bezugnehmend auf die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung (unter anderem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. Oktober 2003 - 2 C 26.02 -) wurden ferner die Regelungen hinsichtlich der
- Beihilfefähigkeit und Angemessenheit von Heilbehandlungen,
- Beihilfefähigkeit und Angemessenheit von Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke,
- Beihilfefähigkeit psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlungen, sowie

- über den Ausschluss wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Behandlungsmethoden von der Beihilfefähigkeit,

die bislang als Verwaltungsvorschriften erlassen waren, in die Rechtsverordnung selbst überführt.

Am 7. Dezember 2011 wurde das Erste Dienstrechtsänderungsgesetz zur Verbesserung der Haushaltsfinanzierung in der Fassung der Beschlussempfehlung des federführenden Haushalts- und Finanzausschusses verabschiedet. Danach findet gemäß Artikel 13 des Gesetzes die für die Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern abgesenkte Einkommensgrenze von derzeit 8.004 Euro nur Anwendung auf Beihilfeansprüche, die nach dem 31. Dezember 2011 entstehen (Verbeamtung ab 1. Januar 2012), in Fällen der Eheschließung und Eintragung der Lebenspartnerschaft nach dem 31. Dezember 2011. Für die am 31. Dezember 2011 bestehenden Ehen und Lebenspartnerschaften besteht insoweit ein Bestandsschutz.

Des Weiteren wurde der Beitrag der beihilfeberechtigten Personen zur Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Beihilfefähigkeit von Wahlleistungen bei stationären Behandlungen von 13 Euro auf 26 Euro angehoben. Für die Maßnahme gilt eine Öffnungsaktion bis zum 30. Juni 2012, aufgrund derer alle beihilfeberechtigten Personen, die in der Vergangenheit die Frist zur Ausübung ihres Wahlrechts versäumt oder sich gegen die Beihilfefähigkeit von Wahlleistungen ausgesprochen hatten, ihr Wahlrecht erneut ausüben können. Die Aufwendungen für Sarg, Einsargung, Beisetzung etc. sind für Todesfälle nach dem 31. Dezember 2011 im Wesentlichen nicht mehr beihilfefähig.

Erwähnenswert im Hinblick auf die Beihilfe in Rheinland-Pfalz sind auch zwei Urteile.

Das Verwaltungsgericht Koblenz hat in seinem Urteil vom 2. Februar 2011- 2 K 729/10.KO - entschieden, dass die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in Krankheitsfällen nicht generell auf einen durch die Bundesbeihilfeverordnung festgeschriebenen Höchstbetrag beschränkt werden dürfe, da eine entsprechende Begrenzung gegen die durch Art. 33 Abs. 5 GG gewährleistete Fürsorgepflicht des Dienstherrn und damit gegen höherrangiges Recht verstößt. Mehrkosten für notwendige medizinische Versorgung dürften Betroffenen nicht in unzumutbarer Weise belasten.

Laut Urteil des Oberverwaltungsgerichts Koblenz vom 21. November 2006 – Az: 6 A 10271/06.OVG – darf die nach § 1 Abs. 1 HeilprG erforderliche Erlaubnis zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde auch gegenständlich beschränkt für bestimmte Fachgebiete erteilt werden, wenn und soweit dort mit gesetzlicher Billigung eine Ausdifferenzierung der Berufsbilder zu verzeichnen ist. Die Eignungsüberprüfung nach § 2 Abs. 1 Buchst. i HeilprGDV I entfällt, wenn die Heilpraktikererlaubnis sich auf ein Gebiet beschränkt, auf dem die heilkundliche Betätigung vom Bestehen einer speziellen berufseröffnenden Prüfung abhängig sei.

Am 10. Januar 2012 lag ein Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Saarländischen Beamtengesetzes und sonstiger dienstrechtlicher Vorschriften vor. Mit dem Gesetz soll die Möglichkeit des Landes, Haushaltsentlastungen im Bereich der Beihilfeausgaben für Arzneimittel zu realisieren, auf eine rechtssichere Grundlage gestellt werden. Die Vorschriften zur Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln, die bisher teilweise im Rang von Ausführungsvorschriften bestehen, wurden in der Beihilfeverordnung zusammengefasst, um die aktuelle Rechtsprechung zum Vorbehalt des Gesetzes zu berücksichtigen. Um den Beihilfetragern zu ermöglichen,

Beihilfeunterlagen auch für das Verfahren zur Rabattierung von Arzneimitteln zu verwenden und die dadurch möglichen Haushaltsentlastungen im Bereich der Beihilfeausgaben des Landes für Arzneimittel zu realisieren, wurden einzelne Vorschriften des Personalaktenrechts geändert.

In dem Gesetzentwurf wurden zudem die Anforderungen der aktuellen Rechtsprechung zum Vorbehalt des Gesetzes beim Ausschluss von Leistungen in der Beihilfe berücksichtigt. Er enthält ferner klarstellende und redaktionelle Änderungen des Saarländischen Beamtengesetzes (SBG) sowie eine Bezugnahme auf das inzwischen in Kraft getretene Gendiagnostikgesetz (GenDG) des Bundes und das Jugendarbeitsschutzgesetz.

Beihilfe des Freistaates
Sachsen

Aufgrund Artikel 1 des Gesetzes zur Anhebung der Altersgrenzen und zur Änderung weiterer beamtenrechtlicher und hochschulrechtlicher Regelungen, das am 14. September 2011 beschlossen wurde, wurde die Ermächtigungsgrundlage (§ 102 SächsBG) zur Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen neu gefasst. Die Neufassung des § 102 SächsBG trat am 1. Januar 2012 in Kraft. Die Rechtsverordnung nach § 102 Abs. 7 SächsBG n. F. befand sich zu diesem Zeitpunkt noch in Bearbeitung. Daher sind, soweit die Regelungen des § 102 Abs. 1 bis 6 und 8 SächsBG n. F. nichts anderes bestimmen, die Sächsische Beihilfeverordnung (SächsBhVO) vom 2. Oktober 2009 und die dazu erlassenen Vollzugshinweise bis zum Inkrafttreten einer neuen Rechtsverordnung weiterhin anzuwenden (siehe Artikel 1 Nr. 18, § 169 Abs. 1 SächsBG n. F.). Da eine wesentliche Einschränkung des in § 102 Abs. 5 SächsBG geregelten Beihilfestandards durch Absenkung des Bemessungssatzes in besonders gelagerten Fällen nicht ohne Weiteres möglich ist, hatte das Sächsische Staatsministerium der Finanzen mitgeteilt, dass § 33 Abs. 5 SächsBhVO ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr vollzogen werde. Damit habe die Höhe eines Zuschusses zu den Beiträgen der PKV keine Auswirkungen mehr auf den Bemessungssatz des Zuschussempfängers. Eine entsprechende Änderung der SächsBhVO sei bereits vorgesehen.

Beihilfe des Landes
Schleswig-Holstein

Am 28. April 2011 wurde das Gesetz zur Anpassung des Beamtenrechts an das Gesetz über Rabatte und Arzneimittel vom 23. März 2011 verkündet. Die Anpassung betrifft die Speicherung sowie die Rückgabe und Vernichtung von Beihilfeunterlagen im Zusammenhang mit der Geltendmachung der Ansprüche auf Arzneimittelabschläge.

Am gleichen Tag erfolgte die Verkündung einer Landesverordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung. Die Änderung bezieht sich auf § 21 Abs. 1 der Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung - BhVO -) und konkretisiert den Zeitpunkt des Außerkrafttretens der Verordnung.

Beihilfe des Landes
Thüringen

Zum Ende des Jahres 2011 wurde der Entwurf der Thüringer Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und sonstigen Fällen (Thüringer Beihilfeverordnung – ThürBhV) herausgebracht. In der Rechtsverordnung wurden die bisher geltenden Beihilfavorschriften zusammengefasst. Wesentliche Rechtsänderungen sind durch die Verordnung nicht vorgesehen. Änderungen wurden vor allem bei den Eigenbehalten vorgenommen: Die Praxisgebühr wurde gestrichen, für ärztliche Wahlleistungen wurde ein Eigenbehalt eingeführt und der Eigenbehalt für jedes verordnete Arzneimittel und jede Arztrechnung wurde unabhängig vom Bemessungssatz auf vier Euro festgesetzt. Für Wahlleistungen wurde eine Eigenbeteiligung in Höhe von 25 Euro für die wahlärztliche Behandlung und in Höhe von 7,50 Euro für das Zweibettzimmer pro Tag festgesetzt. Außerdem erfolgten Anpassungen aufgrund der Rechtsprechung, der technisch-medizinischen Entwicklung und der Übertragung von anderen

gesetzlichen Bestimmungen in das Beihilferecht. Berücksichtigt wurden auch die eingetragenen Lebenspartnerschaften, die durch das Thüringer Gesetz zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften vom 22. September 2011 auch in das Thüringer Beamten-gesetz (ThürBG) einbezogen wurden.

4.3 Rechnungslegung

Handelsbilanzrecht (BilMoG II) unter Solvency II

Im Anschluss an das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz (BilMoG) hat die deutsche Versicherungswirtschaft Vorschläge für eine Reform des Handelsbilanzrechts (HGB) erarbeitet. Dabei wurde eine Formulierung für Änderungen des § 341e HGB und des § 341f HGB vorgeschlagen, die eine Abkoppelung der Handelsbilanz von der Solvenzbilanz unter Solvency II bewirken sollen. Darüber hinaus soll eine Ermächtigungsgrundlage für eine Verordnung geschaffen werden, aufgrund derer die bisherige Deckungsrückstellungsverordnung für die Lebensversicherung in der Sache als Höchstrechnungs-zinsverordnung fortgeschrieben werden kann. Zusammengefasst lauten die Vorschläge der deutschen Versicherungswirtschaft, die in die Stellungnahmen zur VAG-Novelle eingegangen sind, wie folgt:

§ 341e Abs. 1 Satz 2 HGB soll wie folgt ergänzt werden:

„Dabei sind mit Ausnahme der Vorschriften des Ersten Abschnitts des Zweiten Kapitels des Zweiten Teils des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen die im Interesse der Versicherten erlassenen aufsichtsrechtlichen Vorschriften über die bei der Berechnung der Rückstellungen zu verwendenden Rechnungsgrundlagen einschließlich des dafür anzusetzenden Rechnungszinsfußes und über die Zuweisung bestimmter Kapitalerträge zu den Rückstellungen zu berücksichtigen.“

§ 341f HGB soll in den Absätzen 2 und 4 wie folgt gefasst werden:

- „(2) Bei der Bildung der Deckungsrückstellung für die Verpflichtungen aus dem Lebensversicherungsgeschäft und dem nach Art der Lebensversicherung betriebenen Schaden- und Unfallversicherungsgeschäft dürfen Diskontierungszinssätze maximal bis zu der Höhe verwendet werden, die den derzeitigen oder zu erwartenden Erträgen der Vermögenswerte des Unternehmens bei vorsichtiger Beurteilung entsprechen.
- (4) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, zur Berechnung der Deckungsrückstellung nach Absatz 2 unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung
1. das Nähere zur Ermittlung der Diskontierungszinssätze festzulegen,
 2. das Nähere zu den versicherungsmathematischen Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung festzulegen.“

IASB-Projekt Insurance Contracts

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat den Standardentwurf (Exposure Draft „Insurance Contracts“) kommentiert. Sie begrüßt grundsätzlich einen speziellen Bilanzierungsstandard für die Abbildung von Versicherungsverträgen in der

internationalen Rechnungslegung. Allerdings sind aus Sicht der deutschen Versicherungswirtschaft Nachbesserungen zwingend notwendig, damit der zukünftige Bilanzierungsstandard die Merkmale der deutschen Versicherungsprodukte sachgerecht abbildet.

Die bereits seit Jahren andauernden Arbeiten am Versicherungsvertragsprojekt des International Accounting Standards Board (IASB) werden auch noch im Jahr 2012 und darüber hinaus fortgesetzt werden. Dabei zeichnet sich ab, dass ein gemeinsames Konvergenzprojekt mit dem US-amerikanischen Standardsetzer FASB (Financial Accounting Standards Board) schwierig werden könnte, da derzeit in fundamentalen Fragestellungen unüberwindbare Differenzen zwischen von FASB und IASB bestehen. Falls diese Differenzen nicht ausgeräumt werden können, müsse das Projekt aus IASB-Sicht (notfalls) getrennt fortgesetzt werden.

Auf Basis des vom IASB veröffentlichten Exposure Draft (ED) aus dem Jahr 2010 lässt sich das IASB-Versicherungsvertragsprojekt nicht finalisieren, da dieser Entwurf nochmals gründlich überarbeitet werden muss. Dies soll nun im zweiten Halbjahr 2012 mit Hilfe eines Re-Exposures oder in Form eines Review Drafts geschehen.

Nach der Verabschiedung des Standards setzt sich die deutsche Versicherungswirtschaft in ihrer Stellungnahme zum ED für einen mindestens dreijährigen Übergangszeitraum ein, so dass sich ein Scharfschalten des IASB-Versicherungsvertragsstandards (Phase II) vermutlich nicht vor dem 1. Januar 2016 (eher 2017) ergeben würde.

Da die Phase II des Projektes noch auf sich warten lässt, hat die Deutsche Aktuarsvereinigung die DAV-Checkliste für die Versicherungstechnik (Private Krankenversicherung) für die Bilanzierung von Versicherungsverträgen auf Basis IFRS 4 (Phase I) aktualisiert.

Hedge Accounting

Das IASB hat bereits am 9. Dezember 2010 einen Standardentwurf (ED/2010/13) zur Bilanzierung von Sicherungsbeziehungen veröffentlicht. Durch den ED/2010/13 kommt die Phase III des Projektes zur Ersetzung des IAS 39 durch IFRS 9 einen weiteren Schritt voran.

Ziel des Entwurfs zum Hedge Accounting ist es, Auswirkungen von Maßnahmen des Risikomanagements in der Rechnungslegung gegenüber den Bilanzadressaten klarer darzustellen. Das vorgeschlagene neue Konzept weitet die Bilanzierung von Sicherungsbeziehungen auf Nettositionen aus und ändert das Verständnis für Effektivitätsanforderungen. So sollen beispielsweise selbst minimale Ineffektivitäten zukünftig bilanziell gezeigt werden. „Zufällige“ Kompensationseffekte sollen dagegen nicht als effektive Absicherungen gezeigt werden.

Vorschläge zum Hedge Accounting auf Portfoliobasis sind noch nicht in diesem Entwurf enthalten. Das IASB arbeitet zu diesem Themenbereich an einem weiteren Exposure Draft, dessen Veröffentlichungsdatum für das zweite Halbjahr 2012 geplant ist. Im Anschluss daran wird die vollständige Überarbeitung des IAS 39 finalisiert werden.

4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement

Aktueller Stand von Solvency II

Der Terminplan für die Omnibus II-Richtlinie hat sich im Jahr 2011 mehrfach verzögert. Ursprünglich war geplant, dass der Wirtschafts- und Währungsausschuss Ende November 2011 abstimmt. Zurzeit verhandeln die Abgeordneten allerdings noch über Kompromissänderungsanträge. Die Abstimmung im Wirtschafts- und Währungsausschuss erfolgte am 21. März 2012.

Der Trilog zwischen Rat und Parlament sowie der Europäischen Kommission wird danach unter der Ratspräsidentschaft Dänemarks stattfinden. Die Verabschiedung der Richtlinie könnte nach einer Einigung noch im vierten Quartal 2012 erfolgen. Nach der Veröffentlichung der Richtlinie kann die Europäische Kommission die Ebene 2-Durchführungsbestimmungen formell verabschieden.

Durch den Lissabon-Vertrag und die neue Struktur der Finanzaufsicht ergibt sich insgesamt eine starke Regulierungsdichte: 2012 wird durch die Parallelität von Ebene 1 (Omnibus II-Richtlinie), delegierten Rechtsakten, technischen Regulierungs- und Implementierungsstandards, Durchführungsstandards sowie Aufsichtsleitlinien geprägt sein. Hinzu kommen zwei weitere nationale Gesetzgebungsebenen (Reform des Versicherungsaufsichtsgesetzes und gegebenenfalls nationale Verordnungen).

VAG-Novelle 2012

Das Bundesfinanzministerium hat am 23. August 2011 einen Referentenentwurf für ein Zehntes Gesetz zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG-Novelle 2011) veröffentlicht. Der PKV-Verband hat hierzu eine Stellungnahme abgegeben. Die Novelle dient in erster Linie der fristgerechten Umsetzung der Solvency II-Rahmenrichtlinie. Er beschränkt sich demgemäß weitgehend darauf, die Rahmenrichtlinie in deutsches Recht – zum Teil in der wörtlichen amtlichen Übersetzung – umzusetzen. Daneben sollen von der Rahmenrichtlinie unberührte Regelungsbereiche, etwa die Regelungen über die substitutive Krankenversicherung einschließlich des Basistarifs, nach dem Willen des Bundesfinanzministeriums möglichst unverändert fortgeschrieben werden. Auf drei, aus Sicht der Privaten Krankenversicherung bedeutsame Regelungsbereiche, ist allerdings hinzuweisen:

- Anerkennung der ungebundenen RfB als Eigenmittel in der Solvenzbilanz (§ 130 i.V.m. § 142 VAG-Entwurf)
- Trennung von Handelsbilanz und Solvenz-Bilanz
- Sachgerechte Umsetzung der Unisex-Rechtsprechung des EuGH

Inflationsneutrales Bewertungsverfahren

Das seit der fünften Quantitativen Auswirkungsstudie (QIS5) „Solvency II/QIS“ weiterentwickelte inflationsneutrale Bewertungsverfahren zur Neubewertung der versicherungstechnischen Rückstellungen in der PKV unter Solvency II wurde während einer QIS6 von 5. März bis 13. April 2012 getestet. Hauptunterschied im inflationsneutralen Bewertungsverfahren im Vergleich zur QIS5 ist in der QIS6 eine noch feinere Berücksichtigung der stillen Reserven und Lasten der Kapitalanlagen in den ersten 5 Jahren.

Sechste Quantitative Auswirkungsstudie zu Solvency II

Die QIS6 setzte auf den aktuellen Vorschlägen der EU-Kommission und der Europäischen Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen (EIOPA) für die rechtliche Ausgestaltung von Solvency II (Level 1-3) auf. Bewertungsgrundlage war der Bilanzstichtag 31. Dezember 2011.

Ziele der QIS6 waren zum einen ein Testen der umfangreichen Neukalibrierungen im Bereich der Marktrisiken und der erhöhten Stressfaktoren innerhalb des versicherungstechnischen Moduls „Gesundheit“. Ergebnismitentscheidend waren in der QIS6 die gegenüber der QIS5 nochmals deutlich niedrigeren Zinsstrukturkurven. Daneben soll ausgehend von den QIS6-Ergebnissen ein Positionspapier der deutschen Versicherungswirtschaft im Vorfeld der weiteren Ausgestaltung von Solvency II entwickelt werden.

Berichtspflichten unter Solvency II (Säule III)

EIOPA hat im Rahmen einer bis Januar 2012 laufenden Konsultation die sogenannten „Quantitative Reporting Templates (QRT)“ veröffentlicht. Diese werden zukünftig unter Solvency II (Säule III) das zentrale Element der Berichterstattung der Versicherungsunternehmen an die nationale Aufsichtsbehörde darstellen.

Darüber hinaus ist geplant, Teile dieser Berichtsformate auch im Rahmen des Solvenzberichts von den Unternehmen veröffentlichen zu lassen.

Daneben wurde Ende Dezember 2011 ein weiteres Paket an Berichtsformaten veröffentlicht. Dieses entspricht weitestgehend den bereits veröffentlichten Templates, wird aber als Zusatzberichtsformate zur Finanzstabilität bezeichnet. Sie sollen regelmäßig von Unternehmen und Gruppen, deren Bilanzsumme jeweils 6 Mrd. Euro überschreitet, an die Aufsicht berichtet werden. Problematisch sind insbesondere die darin enthaltenen Fristverkürzungen.

Neben der Financial Stability-Berichterstattung sind für alle Unternehmen (unabhängig von der Rechtsform) eine jährliche und quartärlige Berichterstattung vorgesehen.

Die zukünftige standardmäßige Berichterstattung an die Aufsicht besteht aus zwölf Kategorien, darunter Berichtsformate zur ökonomischen Solvency II-Bilanz, zu den Eigenmitteln, dem SCR/MCR, den Kapitalanlagen und den versicherungstechnischen Rückstellungen sowie zahlreiche gruppenspezifische Berichtsformate.

Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass in Abhängigkeit vom Umfang der zukünftigen Solvency II-Berichterstattung auch die Europäische Zentralbank weitere Berichtsanforderungen zur Überwachung der Finanzstabilität und Statistik definieren wird.

Nach aktuellem Diskussionsstand zeigt sich, dass die Versicherungsunternehmen bereits 2013 erstmalig einen Teil der Solvency II-Berichtspflichten erfüllen werden müssen und im ersten Jahr der Anwendung von Solvency II die quartalsweisen Berichtspflichten greifen werden.

Weiterer Zeitplan von Solvency II

Der Projektfahrplan von Solvency II stellt sich nach derzeitigem Stand folgendermaßen dar (Stand: April 2012):

- Bis 13. April 2012: Freiwillige QIS6 der deutschen Versicherungswirtschaft
- Bis Sommer 2012: Finalisierung der Vorschläge der Europäischen Kommission zu den Berichtsformaten für Solvency II (Säule III)
3. Quartal 2012: Voraussichtliche Verabschiedung der Omnibus II Richtlinie durch das Europäische Parlament
31. Oktober 2012 Umsetzung der VAG-Novelle im Vorfeld von Solvency II
4. Quartal 2012: Erlass der endgültigen Durchführungsbestimmungen (Level 2)
- Bis Ende 2012: Finalisierung der technischen Durchführungsstandards und Leitlinien
1. Januar 2013: (Voraussichtliche) Erstanwendung von Solvency II mit Übergangsvorschriften
1. Januar 2014: (Voraussichtlich) Scharfschaltung von Solvency II

4.5 Steuern

Reform des § 21 KStG

Im Zuge des Jahressteuergesetzes 2010 wurde § 21 des Körperschaftsteuergesetzes (KStG) modifiziert. Die Verbleibensdauer für die freie Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) wurde befristet auf 5 Jahre verlängert. Nach der Gesetzesbegründung soll rechtzeitig vor dem Auslaufen der Neuregelung Ende 2013 eine Verlängerung der Regelung geprüft werden.



Umsetzung und Anpassung des Bürgerentlastungsgesetzes

In Abstimmung mit den obersten Finanzbehörden der Länder hat das Bundesfinanzministerium am 13. September 2010 ein umfangreiches Anwendungsschreiben zur Abzugsfähigkeit von Vorsorgeaufwendungen im Rahmen des Sonderausgabenabzugs veröffentlicht. Der Entwurf für dieses Schreiben war bereits am 26. April 2010 veröffentlicht worden. In den Aussagen zur Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, insbesondere Randziffer 53 ff., haben sich keine Änderungen gegenüber der vorab veröffentlichten Fassung ergeben. Neu aufgenommen wurde in Randziffer 59 (behandelt das Krankengeld) eine Präzisierung im Hinblick auf die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Mit Schreiben vom 11. Oktober 2010 stimmt das Bundesfinanzministerium dem bisher bekannten Entwurf des Datensatzes MZ10 für die elektronische Übermittlung als den amtlich vorgeschriebenen Datensatz im Sinne des § 10 Absatz 2 Satz 3 EStG zu. In Abstimmung mit der Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) wurden zahlreiche Anwendungsfragen geklärt. Die Behandlung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge im Lohnsteuerabzugsverfahren ist Gegenstand eines weiteren Anwendungsschreibens, das das Bundesministerium der Finanzen (BMF) am 22. Oktober 2010 veröffentlicht hat. Darin ist insbesondere niedergelegt, dass die bisher für das Jahr 2010 vorgelegten Bescheinigungen durch den Arbeitgeber in den Jahren 2011 bis 2013 weiter verwendet werden können, wenn keine neue Beitragsmitteilung vom Arbeitnehmer vorgelegt wird.

Mit einem weiteren Schreiben vom 17. Januar 2011 reagierte das Bundesministerium der Finanzen auf eine entsprechende Eingabe des PKV-Verbands zur elektronischen Meldung zum 28. Februar 2011, wenn noch keine Steueridentifikationsnummer zur Verfügung steht, die übrigen Meldevoraussetzungen aber vorliegen. Nach diesem Schreiben sollen die zu übermittelnden Daten dem Versicherungsnehmer entsprechend § 10 Absatz 2a Satz 9 EStG bescheinigt werden. Die Meldung soll sodann erfolgen, wenn die Steueridentifikationsnummer vorliegt. Einer weiteren Bescheinigung bedarf es dann nicht mehr, wenn die gemeldeten mit den bescheinigten Daten übereinstimmen.

Im Rahmen des Jahressteuergesetzes 2010 kam es zu einer Änderung der Regelungen über die Abzugsfähigkeit der Beiträge der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Das Zu- bzw. Abflussprinzip bei der steuerlichen Berücksichtigung der Beiträge wurde dahingehend beschränkt, dass bei Vorauszahlungen das Abflussprinzip nur bis zu einer Höchstgrenze von 2,5 Jahresbeiträgen gilt. Darüber hinaus gehende Vorauszahlungen können erst in dem Veranlagungszeitraum geltend gemacht werden, für den sie gezahlt wurden. Die Beschränkung gilt nicht für Beiträge, soweit die der unbefristeten Beitragsänderung nach Vollendung des 62. Lebensjahres dienen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass das Bundesfinanzministerium den Begriff des Beitragsjahres im Zusammenhang mit § 10 Absatz 1 Nr. 3 Satz 3 EStG der neuen Fassung als einen Zeitraum von 12 Monaten versteht. Es gilt nicht die Legaldefinition des § 10 Absatz 2 EStG. Die Neuregelung soll offenbar auf Gestaltung und zur Ausnutzung der Höchstbeiträge reagieren. Im Einzelnen ergeben sich die Regelungen aus der Beschlussempfehlung des Finanzausschusses (BT-Drucksache 17/6105, S. 11; BT-Drucksache 17/6146, S. 17 f.). Es wurde weiterhin die Datenübermittlung im Rahmen einer neuen Fassung des § 10 Abs. 2a Satz 4 EStG für den Fall neu geregelt, dass Versicherungsnehmer und versicherte Personen nicht identisch sind. In diesem Fall sind zusätzlich die Identifikationsnummer und das Geburtsdatum des

Versicherungsnehmers zu übermitteln. Die Pflicht gilt erstmals für die Übermittlung der Daten des Veranlagungszeitraums 2011.

Zur Durchführung des Meldeverfahrens gemäß § 10 Absatz 2a EStG für die abzugsfähigen Beiträge zur Privaten Krankenversicherung im Rahmen der Basisabsicherung sowie der Beiträge zur Privaten Pflegeversicherung hat die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA), die für die Zentrale Stelle (Deutsche Rentenversicherung) handelt, unter dem 18. August 2011 eine Überarbeitung des Meldedatensatzes MZ10 und eine entsprechende Überarbeitung des Kommunikationshandbuchs vorgelegt. Der wesentliche Unterschied besteht in der Umsetzung der Rechtsänderung durch das Jahressteuergesetz 2010, wonach auch für den Versicherungsnehmer als sogenanntes Muss-Feld das Datum der Einwilligung nachzuweisen ist. Diese Regelung gilt erstmals für die Übermittlung der Daten des Veranlagungszeitraums 2011 zum 28. Februar 2012 (§ 52 Absatz 24 Satz 4 EStG).

Eine weitere Neuregelung brachte das Steuervereinfachungsgesetz 2011. Der Bundesrat versagte dem Gesetz zunächst die Zustimmung. Nach Abschluss eines umfangreichen Verfahrens im Vermittlungsausschuss hat der Bundestag dem Gesetz am 21. September 2011 in der Fassung der Empfehlung des Vermittlungsausschusses zugestimmt. Im Zusammenhang mit der Abzugsfähigkeit von Beiträgen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung betrifft das Gesetz zwei Fragen:

Die Abzugsfähigkeit der Beiträge für die Private Kranken- und Pflegeversicherung wird gemindert durch entsprechende Erstattungen im selben Veranlagungszeitraum. Die Erstattungen umfassen dabei nicht nur die Beitragsrückerstattung, sondern sämtliche Rückflüsse an den Versicherungsnehmer, die zu einer Minderung der Aufwendungen führen. In dem Fall, in dem die Erstattung höher als die Aufwendungen ist, kommt es zu einem sogenannten Erstattungsüberhang. Hierzu bestimmt § 10 Abs. 4b EStG in der Fassung durch das Steuervereinfachungsgesetz, dass Erstattungsüberhänge bei den Sonderausgaben nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 – 3a EStG mit den anderen im Rahmen der jeweiligen Nummer anzusetzender Aufwendung zu verrechnen ist. Ein verbleibender Betrag soll analog der Regelungen zur Kirchensteuer dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzugerechnet werden.

Lohnsteuerliche Behandlung von Arbeitgeberbeiträgen zu einer privaten Gruppenkrankenversicherung (BFH-Urteil vom 14. April 2011)

Mit Urteil vom 14. April 2011 (Aktenzeichen VI R 24/10) hat sich der Bundesfinanzhof mit der lohnsteuerlichen Behandlung von Beiträgen eines Arbeitgebers zu einer privaten Gruppenversicherung seiner Arbeitnehmer im Hinblick auf die Abgrenzung zwischen Barlohn und Sachlohn befasst. Die Abgrenzung ist steuerlich bedeutsam. Nach § 8 Absatz 2 Satz 9 EStG bleiben Sachbezüge bei der Lohnsteuer außer Ansatz, wenn die sich nach Anrechnung der vom Steuerpflichtigen gezahlten Entgelte ergebenden Vorteile insgesamt 44 Euro im Kalendermonat nicht übersteigen. Für Barlohn gilt diese Freigrenze nicht.

Im Anschluss an die neuere Rechtsprechung stellt der Bundesfinanzhof für die Abgrenzung auf die arbeitsvertragliche Ausgestaltung ab. Entscheidend sei, welche Leistungen der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber aufgrund der arbeitsvertraglichen Regelungen fordern könne. Die Gewährung von Krankenversicherungsschutz sei in Höhe der geleisteten Beiträge Sachlohn, wenn der Arbeitnehmer aufgrund des Arbeitsvertrages von seinem Arbeitgeber ausschließlich Versicherungsschutz und nicht auch eine entsprechende Geldzahlung verlangen kann. Unerheblich

sei es dann, ob der Arbeitnehmer die Sache unmittelbar vom Arbeitgeber erhalte oder ob der Arbeitnehmer die Sache von einem Dritten, hier dem Versicherer, auf Kosten des Arbeitgebers beziehe. Habe der Arbeitnehmer dagegen auch einen Anspruch darauf, dass sein Arbeitgeber anstelle der Sache den Barlohn in Höhe des Wertes ausbezahle, liege Barlohn vor. Die 44 Euro Freigrenze gelte dann nicht.

Nach diesen Maßstäben hält es der Bundesfinanzhof für möglich, dass der aufgrund einer Gruppenversicherung des Arbeitgebers den Arbeitnehmern gewährte Versicherungsschutz als Sachlohn bewertet werden könne (dies war im konkreten Fall durch die Vorinstanz anhand der Maßstäbe des BFH noch zu klären). In diesem Fall gelte dann auch die 44 Euro Freigrenze. Die Rechtsprechung weicht von den bisherigen Lohnsteuerrichtlinien ab. R 8.1 Absatz 3 Satz 2 LStR bestimmt, dass auf Zukunftssicherungsleistungen des Arbeitgebers die Freigrenze nach § 8 Absatz 2 Satz 9 EStG keine Anwendung finde. Dies gelte auch, „wenn der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer dem Arbeitnehmer Versicherungsschutz verschafft“. Es war daher fraglich, inwieweit die Finanzverwaltung die abweichende Entscheidung des Bundesfinanzhofs im Verhältnis zu den geltenden Lohnsteuerrichtlinien bewertet. Die Entscheidung des Bundesfinanzhofs wurde nunmehr im Bundessteuerblatt II, Seite 767, veröffentlicht. Mit der Veröffentlichung im Bundessteuerblatt steht fest, dass die Finanzverwaltung die Entscheidung des Bundesfinanzhofs anwendet.

Foreign Account Compliance Act (FATCA)

Der „Foreign Account Tax Compliance Act“ (FATCA) wurde in den USA am 18. März 2010 im Rahmen des „Hiring Incentives to Restore Employment Act“ (Hire Act) verabschiedet und verschärft die Meldeverpflichtungen ausländischer Unternehmen gegen über der amerikanischen Steuerbehörde, Internal Revenue Service (IRS): Nicht-US-Finanzdienstleister sollen vertraglich zur Übernahme von Identifizierungs- und Meldeverpflichtungen ihrer in den USA steuerpflichtigen Kunden verpflichtet werden. Wird ein entsprechender Vertrag nicht abgeschlossen, drohen dem Unternehmen ein Abzug von 30 Prozent Quellensteuer auf alle Einkünfte aus US-Quellen und auf alle Erlöse aus der Veräußerung oder einer sonstigen Verfügung über Zins- und Dividendenpapiere. Die Einführung der FATCA-Bestimmungen soll schrittweise ab dem 1. Januar 2013 erfolgen.

Von diesen Regelungen sind auch Versicherungsunternehmen betroffen. Ob private Krankenversicherungsunternehmen als teilnehmende „Foreign Financial Institutions“ qualifiziert werden können bzw. ob und inwieweit Produkte der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung von FATCA erfasst werden, ist derzeit noch nicht abschließend geklärt. Der im Sinne einer Rahmengesetzgebung erlassene Hire Act wird derzeit durch Mitteilungen konkretisiert, die die Vorstellungen der Finanzverwaltung zu den FATCA-Regelungen widerspiegeln (abrufbar unter: <http://www.irs.gov/businesses/corporations/article/0,,id=236667,00.html>). Aus der Mitteilung Notice 2010-60 ergibt sich, dass grundsätzlich sogenannte „Cash-Value-Produkte“, wobei der Begriff nicht näher spezifiziert wird, und „Versicherungen mit einer Investmentkomponente“ einbezogen werden sollen.

Anrechnung ausländischer Quellensteuern (§ 34c EStG)

In Betriebsprüfungen vertritt die Finanzverwaltung die Auffassung, dass nach Maßgabe des § 34c Absatz 1 Satz 4 EStG in der Fassung durch das Steuervergünstigungsabbaugesetz vom 16. März 2003 (Bundesgesetzblatt 2003, I, S. 660

ff.) die Zuführung der rechnungsmäßigen Zinsen zur Deckungsrückstellung und die Zuführung der außerrechnungsmäßigen Zinsen zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung bei der Ermittlung der ausländischen Einkünfte als Betriebsausgaben oder Betriebsvermögensminderungen abzuziehen seien. Es bestehe ein wirtschaftlicher Zusammenhang im Sinne einer „Art der Refinanzierung“. Die Rechtsauffassung der Finanzverwaltung hat zur Folge, dass ausländische Quellensteuern in deutlich geringerem Maße angerechnet werden können. Hieraus resultieren für die gesamte Versicherungsbranche ganz erhebliche wirtschaftliche Belastungen. Versuche, die Auffassung der Finanzverwaltung zu revidieren, blieben bislang erfolglos. Die Klärung des Sachverhalts müssen die Gerichte herbeiführen.

Finanztransaktionssteuer

Die Europäische Kommission hat Ende September 2011 einen Vorschlag für eine Richtlinie vorgelegt, nach der in den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union ab 2014 eine Finanztransaktionssteuer eingeführt werden soll.

Folgende Ziele sollen mit einer Finanztransaktionssteuer erreicht werden:

- Der Finanzsektor soll an den Kosten der Krise beteiligt werden, die er ausgelöst hat.
- Der Finanzsektor soll im Vergleich mit anderen Wirtschaftszweigen angemessen besteuert werden (insbesondere im Hinblick auf die Befreiung der Finanzdienstleistungen von der Umsatzsteuer).
- Es sollen Anreizregelungen geschaffen werden, die Finanzinstitute von übermäßig
- riskanten Tätigkeiten abzuhalten. Künftige Krisen sollen verhindert werden.
- Steuereinnahmen für die öffentlichen Haushalte sollen erzeugt werden.
- Es sollen besondere politische Ziele generiert werden.

Mit der neuen Steuer belegt werden sollen Finanztransaktionen von Finanzinstrumenten, die unter Beteiligung eines in einem Mitgliedstaat ansässigen Finanzinstituts durchgeführt werden. Zu den Finanzinstituten sollen neben Banken ausdrücklich unter anderem auch Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Pensionsfonds und Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung zählen. Unerheblich soll sein, ob der Handel für eigene Rechnung oder für Rechnung von Kunden erfolgt. Die Steuer ist nach dem Vorschlag nicht auf den Börsenhandel begrenzt, sondern soll alle Geschäfte mit Wertpapieren abdecken, auch direkte Transaktionen zwischen zwei Marktteilnehmern (sog. OTC-Geschäfte). Auch Transaktionen innerhalb einer Unternehmensgruppe sollen der Steuer unterliegen. Der Primärmarkt, also die Erstausgabe von Aktien oder Anleihen, soll dagegen von der Steuer ausgenommen werden (nicht dagegen die Erstausgabe von Fondsanteilen). Devisengeschäfte sollen der Steuer nur unterworfen werden, wenn es sich um Derivatgeschäfte handelt, das heißt sie sollen nicht besteuert werden, wenn die Geschäfte kassa getätigt werden. Beiträge an Versicherungen (insbesondere Lebensversicherungen) sollen nicht erfasst werden. Die Besteuerung mit Versicherungsteuer bleibt.

Besteuern will die Kommission jede Transaktion, an der ein Finanzinstitut beteiligt ist, das in der Europäischen Union ansässig ist. Das soll auch für Geschäfte gelten, die außerhalb der EU getätigt werden. Die Einnahmen sollen dabei in das

Land fließen, in dem der Marktteilnehmer sitzt, also nicht in das Land, in dem gehandelt wird.

Bemessungsgrundlage der Steuer soll grundsätzlich der gezahlte bzw. geschuldete Preis, hilfsweise der marktübliche Preis sein. Bei Derivatgeschäften soll es der Nominalwert des Geschäfts sein.

Der Steuersatz soll allgemein für Geschäfte mit Aktien und Anleihen 0,1 Prozent betragen, für Derivatgeschäfte 0,01 Prozent. Unter diesen Voraussetzungen geht die Kommission von zusätzlichen Einnahmen in Höhe von 57 Mrd. Euro aus. Die Mitgliedstaaten sollen höhere Steuersätze festlegen dürfen.

Zur Einführung der Steuer ist die Zustimmung aller Mitgliedstaaten in der Europäischen Union erforderlich (Art. 113 AEUV). Unter bestimmten Bedingungen wäre es auch möglich, die Steuer im Rahmen der verstärkten Zusammenarbeit in nur einigen, mindestens jedoch neun Mitgliedstaaten der Europäischen Union einzuführen (Art. 20 EUV; Artikel 326, 327, 329, 333 AEUV).

Die Europäische Kommission hat den Vorschlag nach Stellungnahme des Europäischen Parlaments mit allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union im Ministerrat erörtert. Die Mitgliedstaaten der EU sind weiterhin uneins darüber, ob eine Finanztransaktionssteuer eingeführt werden soll. Im Bundesfinanzministerium werden seit Ende 2010 vorbereitende Überlegungen zur Einführung dieser Steuer angestellt. Von den Oppositionsfraktionen im Deutschen Bundestag wird die Einführung der Steuer nachdrücklich unterstützt. Auf europäischer Ebene hat sich das Europäische Parlament bereits Anfang März 2011 mit großer (Dreiviertel-) Mehrheit für die Einführung einer Finanztransaktionssteuer ausgesprochen. Die Steuer soll danach möglichst auf globaler Ebene eingeführt werden. Sollte dies nicht möglich sein, soll die Europäische Union die Steuer in einem ersten Schritt im Alleingang einführen. Aus Sicht des Parlaments soll die Steuer dabei auf möglichst breiter Grundlage erhoben werden (einschl. von OTC-Geschäften). Allerdings ist die Entschließung rechtlich nicht bindend.

Die Spitzenverbände der deutschen Wirtschaft haben zu den Überlegungen zur Einführung einer Finanztransaktionssteuer Stellung genommen.

In der Europäischen Union wird gegenwärtig weiterhin intensiv über die Einführung einer Finanztransaktionssteuer diskutiert. Das gilt ungeachtet der seit Anfang 2012 geführten Diskussion, ob statt des Richtlinienvorschlages für eine Finanztransaktionssteuer eine Börsenumsatzsteuer nach britischem Muster (stamp duty) eingeführt werden sollte.

Reform der Versicherungssteuer

Das Bundesfinanzministerium hat am 16. Dezember 2011 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Versicherungssteuergesetzes und des Kraftfahrzeugsteuergesetzes (Verkehrsteueränderungsgesetz) vorgelegt. Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung ist auf zwei Regelungskomplexe hinzuweisen:

- Der Befreiungstatbestand für Beiträge zur Kranken- und gesetzlichen Pflegeversicherung in § 4 Satz 1 Nr. 5 Versicherungssteuergesetz soll dahingehend klargestellt werden, dass neben den Beiträgen zur gesetzlichen Pflegeversicherung auch freiwillige Pflegeversicherungsbeiträge von der Versicherungssteuer befreit sind.

- Darüber hinaus greift der Referentenentwurf die in der Praxis und Rechtsprechung umstrittene Besteuerung von Versicherungspaketen auf. Hierzu werden Neuregelungen in § 4 Absatz 2 und § 6 Absatz 3 und 4 des Versicherungssteuergesetzes vorgeschlagen. Die Regelungen greifen die sehr restriktive Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs auf. Sie führen dazu, dass ein versicherungssteuerpflichtiges Element der kombinierten Deckung das gesamte Produkt mit der Versicherungssteuerpflicht bzw. dem höchsten Versicherungssteuersatz „infiziert“.

Umsatzsteuer auf laborärztliche Leistungen

Durch das Jahressteuergesetz 2009 wurden die Regelungen zur Umsatzsteuerbefreiung von medizinischer Heilbehandlung in § 4 Nr. 14 und Nr. 16 UStG neu gefasst. Aufgrund der Neufassung kommt es seitens der Finanzverwaltung zunehmend zu unterschiedlichen umsatzsteuerlichen Bewertungen laborärztlicher Leistungen. Insbesondere das Finanzamt Regensburg fordert für die laborärztlichen Leistungen die Umsatzsteuer ein. Hieraus resultiert eine Mehrbelastung der Privaten Krankenversicherungsunternehmen. Das Finanzamt Regensburg stützt sich dabei im Kern auf das Argument, dass die von der Umsatzsteuer befreite medizinische Heilbehandlung im Sinne des § 4 Nr. 14 Buchstabe a) UStG ein Vertrauensverhältnis zwischen Leistungserbringer und Patienten voraussetze. Dies sei im Falle der laborärztlichen Behandlung nicht gegeben. Aktuelle Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs vom 18. November 2010 (C-156/09) sowie des Bundesfinanzhofs vom 18. August 2011 (V R 27/10) geben Ansatzpunkte, die Auffassung der Finanzverwaltung in Frage zu stellen.

4.6 Internationale Zusammenarbeit

Europäisches Antidiskriminierungsrecht

Im Verfahren „Test-Achats“ (Az.: C-236/09) hatte der Europäische Gerichtshof (EuGH) zu entscheiden, ob Art. 5 Abs. 2 der Richtlinie 2004/113/EG (Gleichbehandlungsrichtlinie) mit dem im EU-Vertrag verankerten Grundsatz der Gleichbehandlung von Männern und Frauen bzw. dem entsprechenden Diskriminierungsverbot vereinbar ist. Art. 5 Abs. 2 der Gleichbehandlungsrichtlinie enthält eine Ausnahme zum speziell auf Versicherungen zugeschnittenen, absoluten Differenzierungsverbot in Art. 5 Abs. 1 der Gleichbehandlungsrichtlinie. Die Regelung 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 AGG umgesetzt.

In seinem am 1. März 2011 verkündeten Urteil kommt der EuGH zu dem Ergebnis, dass Art. 5 Abs. 2 der Gleichbehandlungsrichtlinie unvereinbar sei mit dem EU-Vertrag und in Folge dessen ungültig ist. Die Ungültigkeit tritt mit Wirkung ab dem 21. Dezember 2012 ein. Der EuGH stützt die Entscheidung im Wesentlichen auf die folgenden Gründe: Die über Artikel 6 Abs. 2 des EU-Vertrages geltenden Artikel 21 und 23 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union verbieten jede Diskriminierung wegen des Geschlechts und fordern, die Gleichheit von Männern und Frauen in allen Bereichen zu gewährleisten. Diese Vorgaben habe

Urteil des EuGH vom
1. März 2011

der Europäische Richtliniengeber in Artikel 5 Abs. 1 der Richtlinie 2004/113 für das Versicherungswesen dahingehend konkretisiert, dass der Faktor Geschlecht bei der Berechnung von Prämien und Leistungen im Bereich des Versicherungswesens nicht zu unterschiedlichen Prämien und Leistungen führe. Der Richtliniengeber habe sich damit die Prämisse zu eigen gemacht, dass für die Zwecke der Anwendung des in Artikel 21 und 23 der Charta verbürgten Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen die Lage von Männern und die Lage von Frauen in Bezug auf die Prämien und Leistungen der von ihnen abgeschlossenen Versicherungen vergleichbar sei. Die Ausnahmegvorschrift des Artikel 5 Abs. 2 der Richtlinie 2004/113 laufe der Verwirklichung dieser Prämisse und der entsprechenden Regelungen in Artikel 21 und 23 der Charta entgegen, da die Ausnahme nicht nur für einen Übergangszeitraum, sondern unbefristet gelte. Sie sei daher mit Ablauf einer angemessenen Übergangszeit als ungültig anzusehen. Die Ungültigkeit trete mit Wirkung vom 21. Dezember 2012 ein. Bei der Fristsetzung orientiert sich der EuGH an dem in der Richtlinie verankerten Prüfungsverfahren.

Die Europäische Kommission hat am 22. Dezember 2011 unverbindliche Leitlinien veröffentlicht, um die Umsetzung des EuGH-Urteils in den nationalen Versicherungsmärkten zu unterstützen. Insbesondere enthalten die Leitlinien Auslegungshilfen zur Unterscheidung zwischen Alt- und Neuvertragsabschluss. Entscheidend für die Umsetzung des Urteils ist die Änderung des für die privaten Krankenversicherungsunternehmen unmittelbar anwendbaren deutschen Rechts. Entsprechende Änderungen werden derzeit vom deutschen Gesetzgeber ausgearbeitet. Für die Private Krankenversicherung soll eine Umsetzung des Urteils nur für das Neugeschäft gelten, nicht für den Bestand.

Auf europäischer Ebene wird weiterhin der von der Europäischen Kommission am 2. Juli 2008 vorgelegte Vorschlag für eine Antidiskriminierungsrichtlinie diskutiert. Die Merkmale Religion, Weltanschauung, Behinderung, Alter und sexuelle Ausrichtung sollen in das EU-Antidiskriminierungsrecht einbezogen werden. Der Vorschlagstext enthält eine besondere Regelung für die Versicherungswirtschaft, wonach die Mitgliedstaaten zur Zulassung von Ungleichbehandlungen bei Finanzdienstleistungen ermächtigt werden, wenn die Berücksichtigung von Alter und Behinderung für das Produkt zentral ist und die Risikobewertung auf Grundlage versicherungsmathematischer Berechnungen bzw. statistischer Daten erfolgt. Der letzte Kompromisstext der polnischen Ratspräsidentschaft aus dem Herbst 2011 sieht nun eine Regelung vor, die klarstellt, dass versicherungsmäßige Risikodifferenzierungen nach Alter und Behinderung unter bestimmten Voraussetzungen grundsätzlich keine Diskriminierung darstellen. Der europäische Dachverband der Versicherungswirtschaft, Insurance Europe (ehemals: Comité Européen des Assurances - CEA), hat eine Studie zu möglichen Auswirkungen eines Verbots der Differenzierung nach Alter und Behinderung in Auftrag gegeben; Gegenstand der Studie ist unter anderem der deutsche Markt. Der PKV-Verband wird diese Studie unterstützen und die politischen Verhandlungen auf europäischer Ebene weiter begleiten.



5. Aktuarielle Schwerpunkte

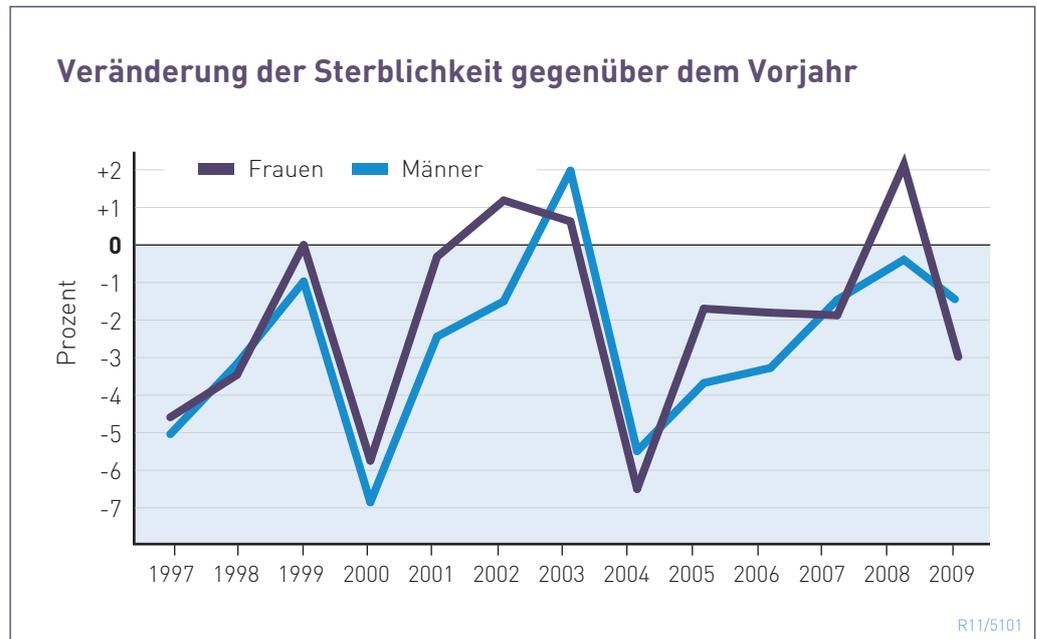


5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2012“

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, PKV-2010 und PKV-2011 sieben weitere Aktualisierungen. Die zuletzt genannte Tafel PKV-2011 basiert auf den Statistiken der Jahre 1996 bis 2008 und enthält eine Projektion auf das Jahr 2015. Die Untersuchung der Sterblichkeitsdaten des Jahres 2009 führte zu dem Ergebnis, dass im Vergleich zum Vorjahr die Sterblichkeit wieder etwas abgenommen hat. Der Trend für die Extrapolation wurde aber weiter leicht reduziert. Zusätzlich war nun die Projektion auf das Jahr 2016 vorzunehmen, um die neue Sterbetafel PKV-2012 zu erstellen. Diese Tafel wurde für die Beitragsanpassungen ab 1. Januar 2012 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 aufeinanderfolgender 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 im Jahr 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 Männer und noch mehr für Frauen ist im Jahr 2008 die Sterblichkeit sogar wieder angestiegen, was allerdings durch Senkungen im Jahr 2009 wieder kompensiert wurde.





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

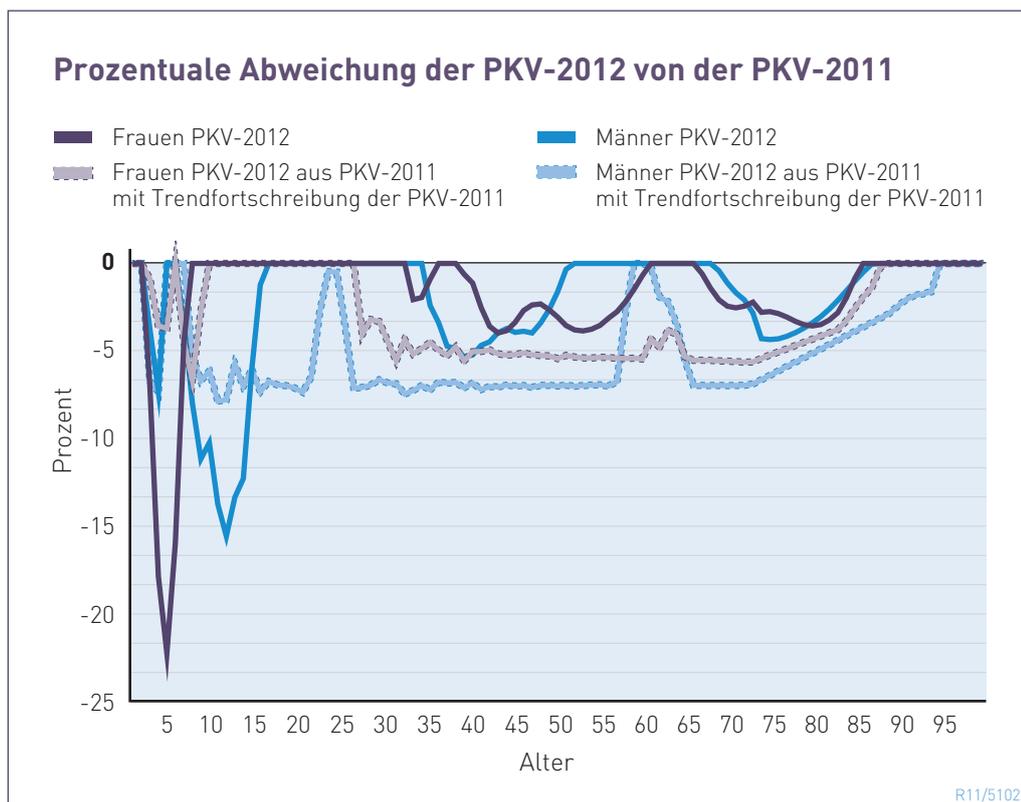
Auch für die Ermittlung der Sterbetafel PKV-2012 wurde das Verfahren unverändert durchgeführt. Es besteht aus folgenden Schritten:

- Erhebung der Ausgangsdaten
- Ermittlung der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten
- Ausgleich über die Alter nach Whittaker-Henderson
- Ausgleich über die Jahre 1996 bis 2009 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 2009. 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 2016. 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-2011) beschränkt, da Sterblichkeitsverschlechterungen aus Sicherheitsgründen auch in einzelnen Altern nicht zugelassen werden.

Der neu berechnete Trend in der Berechnung der PKV-2012 gegenüber der PKV-2011 führt bei der Projektion auf das Jahr 2016 im Erwachsenenbereich durchgehend zu geringeren Veränderungen, als wenn die Tafel PKV-2011 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-2012 bzw. der weiter extrapolierten Tafel PKV-2011 von der Tafel PKV-2011. Trotz dieses allgemein stärkeren Trends liegen die neuen Werte in einigen Altern über denen der Tafel PKV-2011. 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 ersehen. Dabei sind nicht nur die Lebenserwartungen der Tafeln PKV-2010, -2011 und -2012 dargestellt, sondern auch die aus der allgemeinen Sterbetafel der Bevölkerung (Quelle: Statistisches Bundesamt), die aus den Daten der Jahre 2008 bis 2010 berechnet wurde.

Restliche Lebenserwartung in Jahren								
Alter	Frauen				Männer			
	Bevölkerung*	PKV-2010	PKV-2011	PKV-2012	Bevölkerung*	PKV-2010	PKV-2011	PKV-2012
0	82,59	87,28	87,34	87,41	77,51	83,85	83,97	84,04
10	72,94	77,38	77,44	77,50	67,90	73,97	74,08	74,15
20	63,03	67,47	67,53	67,59	58,05	64,10	64,20	64,27
30	53,16	57,60	57,66	57,72	48,36	54,32	54,43	54,49
40	43,37	47,72	47,77	47,83	38,73	44,50	44,59	44,66
50	33,86	37,99	38,04	38,10	29,50	34,85	34,94	34,99
60	24,85	28,59	28,64	28,68	21,16	25,64	25,72	25,78
70	16,41	19,56	19,60	19,64	13,74	16,98	17,06	17,12
80	9,06	11,33	11,34	11,36	7,71	9,55	9,59	9,61
90	4,27	5,39	5,39	5,39	3,88	4,57	4,57	4,57
100	2,15	2,17	2,17	2,17	1,99	2,13	2,13	2,13

* Quelle: Statistisches Bundesamt

R11/5103

Modellrechnungen haben ergeben, dass die geringe Änderung der Sterbetafel von PKV-2011 auf PKV-2012 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 § 12b 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 rechnermäßigen 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, hat das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

Diese jährliche Überprüfung der Beiträge sowie Sterbewahrscheinlichkeiten findet auch im Standard- und Basistarif statt. Da diese Tarife per Gesetz Einheitstarife der Mitgliedsunternehmen des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. 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 gegenübergestellt werden. Zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Beitragsanpassung dient der sogenannte 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 allen Beobachtungseinheiten an. Deshalb wurden zum 1. Juli 2011 Beitragsanpassungen durchgeführt. Im Standardtarif für Nicht-Beihilfeberechtigte STN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach der Auslösende Faktor in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen an. Zum 1. Juli 2011 fand daher dort eine Beitragsanpassung statt.

Der Auslösende Faktor Sterblichkeit lag in keiner Beobachtungseinheit des Standardtarifs absolut über 5 Prozent.

Im Basistarif für Beihilfeberechtigte BTB (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) und im Basistarif für Nicht-Beihilfeberechtigte BTN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprachen die Auslösenden Faktoren jeweils in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen an. In den Beobachtungseinheiten der Männer und Frauen lagen jeweils die Auslösenden Faktoren Sterblichkeit absolut über der Grenze von 5 Prozent. Deshalb wurden im BTB und BTN zum 1. Juli 2011 Beitragsanpassungen notwendig.

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 2011 (STB Männer, Frauen, Kinder und Jugendliche sowie STN Kinder und Jugendliche)

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge im Standardtarif bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2012 mit Projektion auf das Jahr 2016. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der BaFin des Jahres 2009 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 und STN sowie in den unteren und hohen Altersbereichen im STB zur Kalkulation herangezogen, da dort keine ausreichenden Bestände für eine Kalkulation vorhanden sind.

Es wurde bei den Beobachtungswerten des Standardtarifs berücksichtigt, dass sich aufgrund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 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.

Kopfschäden STB

Die rechnungsmäßigen Kopfschäden des STB wurden zum einen aus dem Tarif selbst und zum anderen aus den Daten der Stütztarife hergeleitet, wobei die PKV-Kopfschadenstatistik der Beihilfe-Tarife die Grundlage der Stütztarife bildete. Die so ermittelten Kopfschäden wurden mittels geeigneter Korrekturfaktoren an das Leistungsniveau des Standardtarifs angepasst. 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 unterschiedlich ergänzende prozentuale Erstattungen vorsehen muss.

Bei den Kindern und Jugendlichen basierte die Berechnung der Kopfschäden vollständig auf den Daten der Stütztarife, da der Tarif selbst in dieser Personengruppe sehr gering besetzt ist.

Kopfschäden STN

Da der STN in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen keine ausreichenden Bestände aufweist, konnten die Daten des STN nicht zur Kalkulation herangezogen werden. Deshalb wurden Daten von geeigneten Stütztarifen durch eine Umfrage unter den PKV-Mitgliedsunternehmen ermittelt. Diese beobachteten Kopfschäden der Stütztarife der Jahre 2007 bis 2009 wurden an das



Leistungsniveau des Standardtarifs angepasst. Die Auswertung erfolgte getrennt für die Leistungsarten ambulant, stationär und Zahn. Außerdem wurde für die Jugendlichen das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) umgesetzt, das heißt die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft wurden auf beide Geschlechter verteilt. Aus den Leistungen der weiblichen Jugendlichen wurden die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft unternehmensindividuell eliminiert und separat gemeldet. Es wurden geschlechtsunabhängige Teilkopfschäden für diese Leistungen ermittelt, die zu den Kopfschäden der weiblichen und der männlichen Jugendlichen addiert wurden.

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 Abschluss-, Schadenregulierungs- und Verwaltungsaufwendungen in der Krankheitsvollversicherung wurden die Beobachtungen der Geschäftsjahre 2006 bis 2009 der Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands 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 allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 241 SGB V) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V). Er betrug im Jahr 2011 553,17 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.

Für ausgewählte Alter sind in den nachfolgenden Tabellen die ab 1. Juli 2011 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschließlich des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes des Standardtarifs für Beihilfeberechtigte (30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) den zuletzt gültigen Prämien sowie dem durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2011 gegenübergestellt.

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien mit gesetzlichem Zuschlag STB 30 Prozent Erstattung

Alter	Frauen			Männer			Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2011 in Euro
	1.7. 2011 in Euro	1.1. 2008* in Euro	Veränderung in Prozent	1.7. 2011 in Euro	1.1. 2008* in Euro	Veränderung in Prozent	
21	87,63	85,89	2,03	74,83	74,81	0,03	165,95
25	93,13	91,01	2,33	81,04	81,41	-0,45	165,95
30	97,91	96,45	1,51	87,75	89,00	-1,40	165,95
35	100,18	100,44	-0,26	92,21	94,90	-2,83	165,95
40	103,71	106,29	-2,43	97,99	102,47	-4,37	165,95
45	109,52	113,71	-3,68	106,50	112,21	-5,09	165,95
50	115,89	120,57	-3,88	116,36	122,58	-5,07	165,95
55	122,79	127,15	-3,43	127,22	133,08	-4,40	165,95
60	118,52	122,58	-3,31	126,62	130,88	-3,25	165,95
65	126,50	131,54	-3,83	139,19	143,16	-2,77	165,95
70	135,39	141,49	-4,31	153,59	156,26	-1,71	165,95
75	144,31	150,59	-4,17	168,43	168,15	0,17	165,95
80	152,19	158,57	-4,02	183,07	179,70	1,88	165,95
85	159,97	167,08	-4,26	199,38	189,85	5,02	165,95
90	167,98	176,68	-4,92	218,15	203,77	7,06	165,95
95	175,55	180,34	-2,66	235,93	216,49	8,98	165,95
100	182,80	180,34	1,36	248,38	221,12	12,33	165,95

*) Ab diesem Datum galten die zuletzt kalkulierten Neugeschäftsprämien

Die Werte in den markierten Feldern liegen für die hier relevante Versichertengruppe über dem Höchstbeitrag in der GKV und werden auf diesen begrenzt.

R11/5201

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien mit gesetzlichem Zuschlag STB 50 Prozent Erstattung

Alter	Frauen			Männer			Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2011 in Euro
	1.7. 2011 in Euro	1.1. 2008* in Euro	Verände- rung in Prozent	1.7. 2011 in Euro	1.1. 2008* in Euro	Verände- rung in Prozent	
21	146,05	143,14	2,03	124,72	124,69	0,02	276,59
25	155,21	151,69	2,32	135,06	135,67	-0,45	276,59
30	163,19	160,75	1,52	146,25	148,35	-1,42	276,59
35	166,97	167,40	-0,26	153,68	158,17	-2,84	276,59
40	172,84	177,16	-2,44	163,32	170,78	-4,37	276,59
45	182,52	189,52	-3,69	177,50	187,02	-5,09	276,59
50	193,15	200,95	-3,88	193,93	204,31	-5,08	276,59
55	204,64	211,90	-3,43	212,03	221,80	-4,40	276,59
60	197,53	204,30	-3,31	211,04	218,13	-3,25	276,59
65	210,83	219,24	-3,84	231,99	238,60	-2,77	276,59
70	225,65	235,81	-4,31	255,98	260,43	-1,71	276,59
75	240,51	250,98	-4,17	280,72	280,25	0,17	276,59
80	253,65	264,28	-4,02	305,11	299,51	1,87	276,59
85	266,61	278,47	-4,26	332,29	316,41	5,02	276,59
90	279,96	294,47	-4,93	363,58	339,61	7,06	276,59
95	292,58	300,56	-2,66	393,21	360,82	8,98	276,59
100	304,67	300,56	1,37	413,97	368,54	12,33	276,59

*) Ab diesem Datum galten die zuletzt kalkulierten Neugeschäftsprämien

Die Werte in den markierten Feldern liegen für die hier relevante Versichertengruppe über dem Höchstbeitrag in der GKV und werden auf diesen begrenzt.

R11/5202

Da Versicherte erst nach zehn Jahren Vorversicherungszeit Zugang in den Standardtarif erhalten, liegen die tatsächlichen Prämien der im Standardtarif Versicherten im Allgemeinen deutlich niedriger. 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 2011 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Kinder und Jugendliche bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes und die zuletzt gültigen Prämien des Standardtarifs für Beihilfeberechtigte (100 Prozent und 20 Prozent Erstattung) aufgeführt.

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien STB							
Alter	100 Prozent Erstattung			20 Prozent Erstattung			
	1.7. 2011	1.7. 2010	Veränderung	1.7. 2011	1.7. 2010	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
Kinder	0-15	126,71	124,99	1,38	25,34	25,00	1,36
Jugendliche (weiblich)	16-20	149,77	148,97	0,54	29,95	29,79	0,54
Jugendliche (männlich)	16-20	118,61	114,69	3,42	23,72	22,90	3,58

R11/5203

Die ab 1. Juli 2011 für Kinder und Jugendliche des Standardtarifs für Nicht-Beihilfeberechtigte gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes im Vergleich zu den zuletzt gültigen Prämien sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien STN				
Alter	1.7.2011	1.1.2009	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	
Kinder	0-15	114,33	117,36	-2,58
Jugendliche (weiblich)	16-20	141,47	147,03	-3,78
Jugendliche (männlich)	16-20	105,25	115,24	-8,67

R11/5204

Beitragsanpassungen im Basistarif zum 1. Juli 2011

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge des Basistarifs bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2012 mit Projektion auf das Jahr 2016, allerdings ohne Begrenzung auf die Vorgängertafel PKV-2011. 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 2009 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 für die Beobachtungseinheiten Männer und Frauen

lagen somit die rechnungsmäßigen Kopfschäden des STN, die sich aufgrund der Neukalkulation zum 1. Juli 2010 ergaben, zu Grunde. Für die Beobachtungseinheit Kinder und Jugendliche basierte die Berechnung der Kopfschäden auf den rechnungsmäßigen Kopfschäden der Kinder und Jugendlichen des STN, die sich aufgrund der Neukalkulation zum 1. Juli 2011 ergaben. Die Grundlage für die rechnungsmäßigen Kopfschäden der Tarifstufe BTB bildeten die Kopfschäden des STB, die sich aufgrund der Neukalkulation zum 1. Juli 2011 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 (§ 12g 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 2007 bis 2009 des PKV-Verbands und den Anteilen an den Gesamtkopfschäden aus BaFin-Profilen des Jahres 2009 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 2009 Teilkopfschäden für die Alter von 21 bis 67 hergeleitet.

Gemäß § 12 Abs. 1a 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 Selbsthalten, welche zur separaten Kalkulation der Beiträge der Selbstbehaltstufen 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 Selbstbehaltstufen 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 alterungsrückstellungsrelevante Kalkulation ohne Einrechnung eines Selbstbehaltes, das heißt für die niedrigste Selbstbehaltstufe 0 Euro, durchgeführt. Um die Beiträge für die vom Gesetz vorgeschriebenen Selbstbehaltstufen in Abhängigkeit von den kalkulierten Bruttoprämien zu erhalten, wurden aus BaFin-Profilen des Jahres 2009 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 Abschluss-, Schadenregulierungs- und Verwaltungsaufwendungen in der Krankheitsvollversicherung wurden die Beobachtungen der Geschäftsjahre 2006 bis 2009 der Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands herangezogen.

Nach § 12 Abs. 1c VAG darf der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich seit dem 1. Januar 2011 aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu addiert wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a Abs. 2 SGB V. 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 Jahr 2011 betrug der Höchstbeitrag der GKV 575,44 Euro, der Zusatzbeitrag 0 Euro. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, haben Versicherte für die Dauer der Hilfebedürftigkeit 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 § 12g 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 2011

berechnet. Zur Schätzung des gesamten monatlichen Kappungsbedarfs 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 aus dem mittleren Bestand des Basistarifs im Jahr 2009 bei einem mittelfristig zu erwartenden Bestand von 65.000 Personen abgeleitet wurde. Es wurde angenommen, dass davon 35 Prozent Hilfebedürftige im oben genannten Sinn sind.

In den nachfolgenden Tabellen sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2011 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschließlich des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für die Tarifstufen BTB (30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) und BTN und der ab 1. Juli 2011 gültige Höchstbeitrag der GKV aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Die zuletzt gültigen Prämien sind zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt BTB 30 Prozent Erstattung

Alter	Frauen			Männer			Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2011 in Euro
	1.7. 2011 in Euro	1.1. 2009* in Euro	Veränderung in Prozent	1.7. 2011 in Euro	1.1. 2009* in Euro	Veränderung in Prozent	
21	197,05	216,93	-9,16	185,10	204,05	-9,29	172,63
25	201,75	222,27	-9,23	190,19	210,16	-9,50	172,63
30	205,80	227,65	-9,60	195,32	216,89	-9,95	172,63
35	207,50	231,15	-10,23	198,03	221,24	-10,49	172,63
40	210,17	236,36	-11,08	201,82	227,16	-11,16	172,63
45	214,78	243,11	-11,65	208,05	235,28	-11,57	172,63
50	219,81	249,29	-11,83	215,48	244,09	-11,72	172,63
55	225,35	255,26	-11,72	223,96	253,34	-11,60	172,63
60	210,58	238,60	-11,74	212,64	239,60	-11,25	172,63
65	217,72	247,67	-12,09	224,06	252,34	-11,21	172,63
70	226,55	258,88	-12,49	239,01	268,34	-10,93	172,63
75	236,13	270,26	-12,63	256,21	285,49	-10,26	172,63
80	245,04	280,96	-12,78	274,06	303,23	-9,62	172,63
85	253,95	292,09	-13,06	293,23	319,16	-8,12	172,63
90	263,07	304,45	-13,59	314,01	337,33	-6,91	172,63
95	271,88	310,37	-12,40	335,63	353,20	-4,97	172,63
100	278,37	310,56	-10,37	351,08	358,71	-2,13	172,63

*) Ab diesem Datum galten die zuletzt kalkulierten Neugeschäftsprämien
Die Werte in den markierten Feldern liegen für die hier relevante Versichertengruppe über dem Höchstbeitrag in der GKV und werden auf diesen begrenzt.

R11/5205

**Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien
mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt BTB
50 Prozent Erstattung**

Alter	Frauen			Männer			Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2011 in Euro
	1.7. 2011 in Euro	1.1. 2009* in Euro	Veränderung in Prozent	1.7. 2011 in Euro	1.1. 2009* in Euro	Veränderung in Prozent	
21	328,42	361,55	-9,16	308,51	340,08	-9,28	287,72
25	336,26	370,45	-9,23	316,98	350,26	-9,50	287,72
30	342,99	379,40	-9,60	325,53	361,47	-9,94	287,72
35	345,84	385,25	-10,23	330,06	368,74	-10,49	287,72
40	350,27	393,93	-11,08	336,37	378,61	-11,16	287,72
45	357,95	405,19	-11,66	346,75	392,13	-11,57	287,72
50	366,34	415,49	-11,83	359,13	406,81	-11,72	287,72
55	375,57	425,43	-11,72	373,27	422,24	-11,60	287,72
60	350,97	397,66	-11,74	354,40	399,33	-11,25	287,72
65	362,87	412,79	-12,09	373,43	420,56	-11,21	287,72
70	377,59	431,46	-12,49	398,35	447,23	-10,93	287,72
75	393,55	450,43	-12,63	427,02	475,82	-10,26	287,72
80	408,40	468,27	-12,79	456,76	505,39	-9,62	287,72
85	423,25	486,81	-13,06	488,72	531,92	-8,12	287,72
90	438,45	507,41	-13,59	523,34	562,22	-6,92	287,72
95	453,14	517,28	-12,40	559,38	588,67	-4,98	287,72
100	463,94	517,61	-10,37	585,13	597,84	-2,13	287,72

*) Ab diesem Datum galten die zuletzt kalkulierten Neugeschäftsprämien

Die Werte in den markierten Feldern liegen für die hier relevante Versichertengruppe über dem Höchstbeitrag in der GKV und werden auf diesen begrenzt.

R11/5206

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt BTN

Alter	Frauen			Männer			Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2011 in Euro
	1.7. 2011 in Euro	1.7. 2010* in Euro	Veränderung in Prozent	1.7. 2011 in Euro	1.7. 2010* in Euro	Veränderung in Prozent	
21	709,06	644,20	10,07	669,79	610,19	9,77	575,44
25	728,42	663,59	9,77	687,75	628,45	9,44	575,44
30	750,15	685,51	9,43	709,49	649,96	9,16	575,44
35	770,03	704,89	9,24	730,48	670,12	9,01	575,44
40	790,81	724,98	9,08	753,91	692,68	8,84	575,44
45	813,93	747,26	8,92	783,82	721,57	8,63	575,44
50	838,23	770,62	8,77	820,31	756,84	8,39	575,44
55	863,39	794,75	8,64	861,56	796,60	8,15	575,44
60	810,89	747,21	8,52	822,20	761,77	7,93	575,44
65	841,56	776,66	8,36	865,67	803,84	7,69	575,44
70	877,99	811,55	8,19	918,57	855,07	7,43	575,44
75	922,53	853,83	8,05	980,83	915,35	7,15	575,44
80	968,28	897,74	7,86	1.028,94	961,82	6,98	575,44
85	994,22	922,06	7,83	1.053,75	985,47	6,93	575,44
90	1.004,49	931,31	7,86	1.068,40	996,75	7,19	575,44
95	1.010,99	936,91	7,91	1.080,83	1.000,31	8,05	575,44
100	1.017,81	942,93	7,94	1.086,87	1.000,31	8,65	575,44

*) Ab diesem Datum galten die zuletzt kalkulierten Neugeschäftsprämien

Die Werte in den markierten Feldern liegen für die hier relevante Versichertengruppe über dem Höchstbeitrag in der GKV und werden auf diesen begrenzt.

R11/5207

Wie man den Tabellen entnehmen kann, wird 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 Beitragssenkung im BTB 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 2011 gültigen Brutto-Neugeschäftsprämien im BTB (100 Prozent und 20 Prozent Erstattung) und BTN für Kinder und Jugendliche ohne Einrechnung eines Selbstbehaltes, jeweils bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes, sind im Vergleich zu den zuletzt gültigen Prämien in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt.

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien bei 0 Euro Selbstbehalt BTB							
	Alter	100 Prozent Erstattung			20 Prozent Erstattung		
		1.7. 2011 in Euro	1.7. 2010 in Euro	Veränderung in Prozent	1.7. 2011 in Euro	1.7. 2010 in Euro	Veränderung in Prozent
Kinder	0-15	240,34	231,52	3,81	48,07	46,30	3,82
Jugendliche (weiblich)	16-20	266,81	257,16	3,75	53,36	51,43	3,75
Jugendliche (männlich)	16-20	242,62	232,29	4,45	48,53	46,46	4,46

R11/5208

Monatliche Brutto-Neugeschäftsprämien bei 0 Euro Selbstbehalt BTN				
	Alter	1.7.2011 in Euro	1.1.2009 in Euro	Veränderung in Prozent
Kinder	0-15	215,28	226,18	-4,82
Jugendliche (weiblich)	16-20	247,79	275,07	-9,92
Jugendliche (männlich)	16-20	218,35	245,95	-11,22

R11/5209

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

5.3 Beitrags- und Leistungsausgleich im Basistarif

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde zum 1. Januar 2009 der branchenweit einheitliche Basistarif bei den Krankenversicherungsunternehmen, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, eingeführt. Der Basistarif ist ein in § 12 Abs. 1a bis 1d VAG definierter Krankenversicherungsschutz mit Kontrahierungszwang für die Versicherten. Parallel zur Kalkulation des Basistarifs wurde von den Versicherungsunternehmen, die diesen Tarif anbieten müssen, ein Vertragswerk erarbeitet, aus dem eine Gesellschaft Bürgerlichen Rechts mit dem Namen „Basis-Pool“ hervorging. Ende des Jahres 2008 wurde der Vertrag, nach der Genehmigung durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), von allen Gesellschaftern ratifiziert. Die Gesellschaft hat unter anderem die Aufgabe, die finanziellen Ausgleiche gemäß § 12g VAG durchzuführen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung ist zur Geschäftsführung und Vertretung der Gesellschaft berechtigt und



verpflichtet. Gesellschafter sind die Versicherungsunternehmen, die die substitutive Krankenversicherung im Sinne des § 12 VAG betreiben. Der Beitritt weiterer Gesellschafter erfolgt durch Unterzeichnung des Gesellschaftsvertrages. Jährlich werden ein Ausgleich für Mehraufwendungen von Vorerkrankungen und Überschäden (Leistungsausgleich) und ein Ausgleich für die Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif (Beitragsausgleich) durchgeführt. Der Leistungsausgleich erfolgt getrennt für die Versicherten des Basistarifs für Beihilfeberechtigte und des Basistarifs für Nicht-Beihilfeberechtigte. Der Beitragsausgleich hingegen erfolgt für alle Versicherten gemeinsam. Die Durchführung der Ausgleichsrechnungen findet auf Grundlage der dem PKV-Verband von den Gesellschaftern zur Verfügung gestellten Daten statt.

Leistungsausgleich

Bei den Versicherten im Basistarif kann es zwei Arten von auszugleichenden Beträgen im Leistungsbereich geben.

- Im Basistarif können Leistungen für Vorerkrankungen – also Krankheiten, die schon vor Beginn der Versicherung im Basistarif bei den versicherten Personen bestanden haben – nicht über die sonst üblichen Risikozuschläge gedeckt werden, denn individuelle Risikozuschläge sind per Gesetz nicht erlaubt. Der Gesetzgeber hat jedoch verfügt, dass die Aufwendungen für Vorerkrankungen im Basistarif selbst zu finanzieren sind. Deswegen tragen alle Versicherten im Basistarif einen Vorerkrankungszuschlag (den sogenannten Tau-Zuschlag).
- Zu den Vorerkrankungsleistungen kommen die sogenannten Überschäden, also Leistungsbeträge, die über den für diese Periode angenommenen Planleistungsbeträgen liegen.

Da die Unternehmen unterschiedlich durch diese finanziellen Verpflichtungen betroffen sind, greift für diese beiden Bereiche zusammen ein Leistungsausgleich, der in zwei Stufen arbeitet:

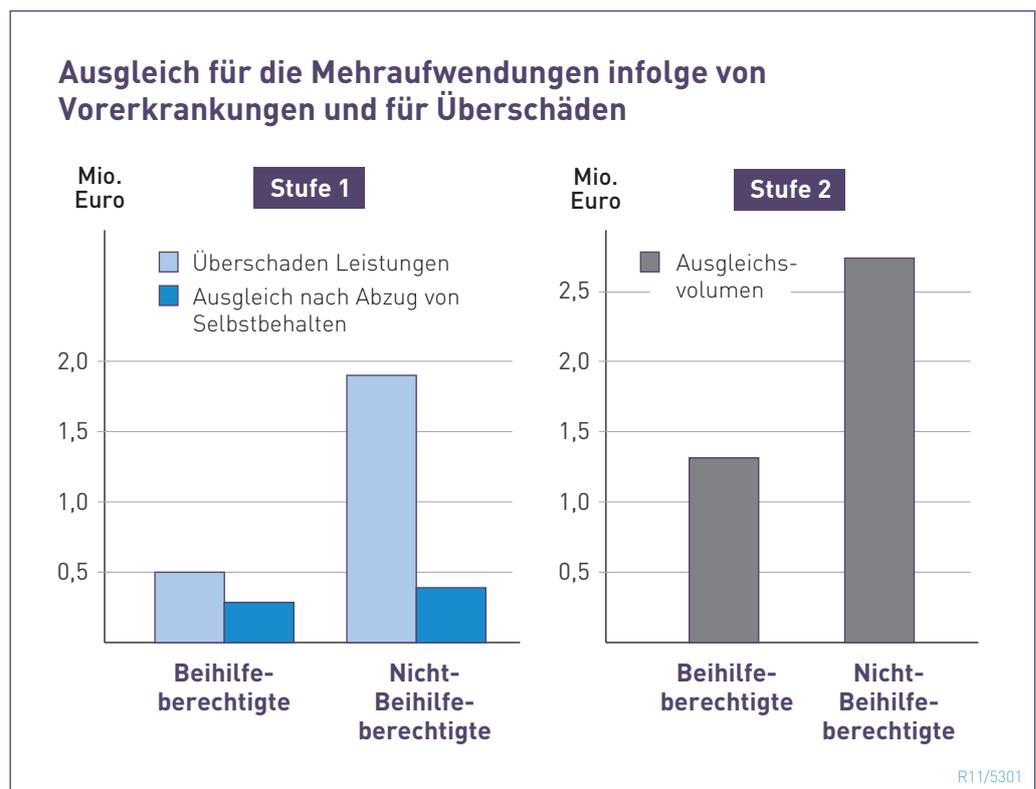
1. Es werden die Unterschiede zwischen den beobachteten Schäden in den Unternehmen und den beobachteten Branchendurchschnitten der Schäden

ausgeglichen, wobei für jedes Unternehmen ein individueller Selbstbehalt abgezogen wird. Dieser Selbstbehalt ergibt sich zu Null, falls das Unternehmen tatsächlich einen geringeren Schaden als der Branchendurchschnitt hatte. Damit sind die Überschäden auf alle Unternehmen gleichmäßig verteilt.

- Die zweite Stufe verteilt die eingenommenen Tau-Zuschläge und die verbleibenden Überschüsse bzw. Defizite. Es gibt Unternehmen, die aus ihrem Basistarif-Bestand mehr Tau-Beiträge einnehmen, als zur Deckung der Vorerkrankungen notwendig sind. Auf der anderen Seite gibt es Unternehmen, die weniger Tau-Beiträge einnehmen, als notwendig sind. Diese Unterschiede werden in der zweiten Stufe des Leistungsausgleichs bereinigt, indem die tatsächlichen Schäden mit den eingenommenen Tau-Zuschlägen und den rechnungsmäßigen Schäden verglichen werden.

Für das Jahr 2009 lag das Ausgleichsvolumen in der Stufe 1 des Ausgleichs für die Mehraufwendungen infolge von Vorerkrankungen und für Überschäden für Beihilfeberechtigte bei ca. 280.000 Euro, für Nicht-Beihilfeberechtigte bei ca. 390.000 Euro. Für die Stufe 2 ergab sich für Beihilfeberechtigte ein Ausgleichsvolumen von ca. 1,32 Millionen Euro, für Nicht-Beihilfeberechtigte von ca. 2,74 Millionen Euro.

Der nachfolgenden Grafik kann man entnehmen, welche Ausgleichsvolumina bei den einzelnen Ausgleichsstufen geflossen sind.

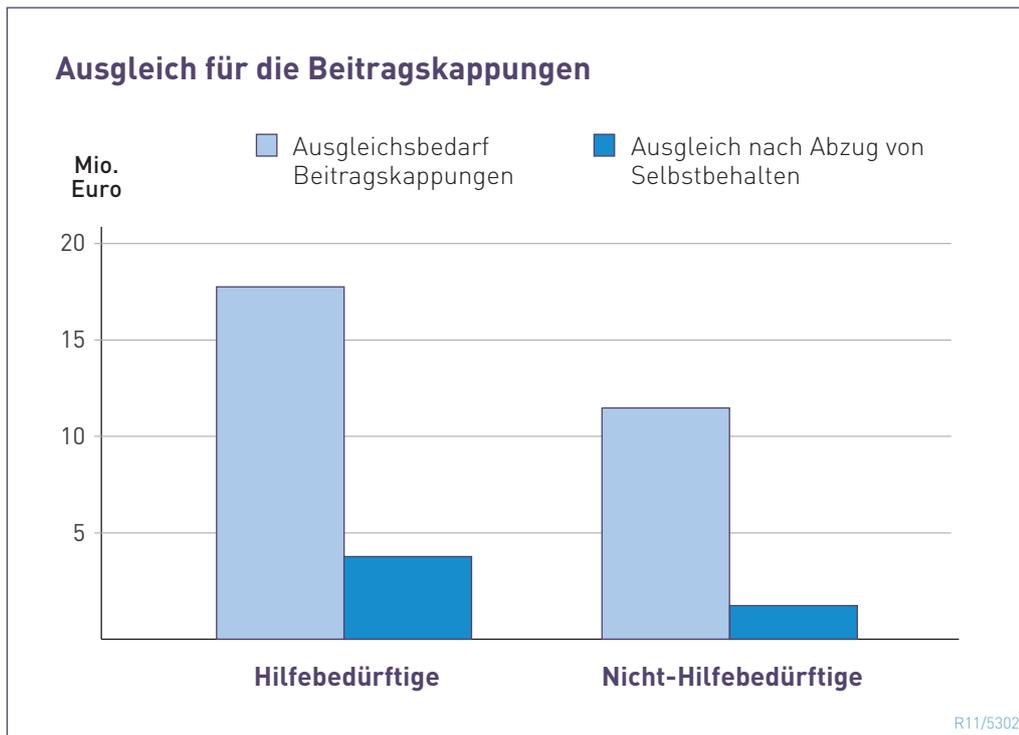


Beitragsausgleich

Zur Vermeidung von finanzieller Überlastung der Versicherten wurde der Beitrag im Basistarif grundsätzlich auf den Höchstbeitrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Unter bestimmten Umständen – bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit – wird dieser Beitrag nochmals halbiert. Auch diese

Belastungen werden zwischen den Gesellschaftern gemäß der Beitragseinnahme der Vollversicherung gleichmäßig ausgeglichen. Die Finanzierung erfolgt über einen Zuschlag in allen Vollversicherungstarifen der Unternehmen.

Für das Jahr 2009 ergab sich für die Branche ein Ausgleichsbedarf wegen Beitragskappungen in Höhe von 29,15 Millionen Euro. Davon wurden 5,36 Millionen Euro nach Berücksichtigung der unternehmensindividuellen Selbstbehalte tatsächlich ausgeglichen. Die Aufteilung der Beitragskappungen auf Hilfebedürftige und Nicht-Hilfebedürftige ist in der folgenden Grafik ersichtlich.



Weitere Ausgleichselemente

Die Konstruktion des Ausgleichs wurde so gewählt, dass kein Unternehmen durch den Betrieb des Basistarifs in finanzielle Schwierigkeiten kommen kann. Dies wurde auch dadurch erreicht, dass es eine Überforderungsklausel gibt. Werden bestimmte Belastungsgrenzen bei einzelnen Unternehmen überschritten, werden diese durch die Gemeinschaft der Unternehmen entlastet.

Ferner werden bei Überschreiten von verschiedenen Bestands- bzw. Schadenhöhen für die Gesellschafter verpflichtend Case-Management-Programme bzw. Krankheitsbudgets eingeführt. Diese Maßnahmen sollen den kostenbewussten Umgang mit den Gemeinschaftsmitteln bei den Unternehmen weiter fördern.

5.4 Beitragsanpassungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung

Da in der Privaten Pflegepflichtversicherung 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 § 12b Abs.2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt wird. Danach müssen die Versicherer mindestens einmal jährlich für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif 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 um einen in den Versicherungsbedingungen festgelegten Prozentsatz, maximal 10 Prozent, voneinander abweichen, müssen alle Prämien dieses Tarifs überprüft werden. Ist diese Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen, sind die Beiträge mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders anzupassen.

Diese jährliche Überprüfung der Beiträge findet auch in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) statt. Da dieser Tarif nach der Leistungsbeschreibung ein Einheitstarif der Mitgliedsunternehmen des Verbands der Privaten Krankenversicherung ist, erfolgt auch die Beobachtung gemeinsam. Um die Rechnungsgrundlagen jährlich zu überprüfen, melden die einzelnen Unternehmen die erforderlichen Daten gemäß Poolvertrag der PPV an den PKV-Verband, der unter anderem die Beitragskalkulation für den Tarif durchführt. Die erforderlichen und die rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen müssen für alle Beobachtungseinheiten (Nicht-Beihilfeberechtigte und Beihilfeberechtigte) getrennt gegenübergestellt werden. Zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Beitragsanpassung dient der sogenannte Auslösende Faktor. Ein Verfahren zur Berechnung des Auslösenden Faktors wird in der Kalkulationsverordnung (KalV) beschrieben, wobei aber auch äquivalente Verfahren zulässig sind. Die Vorgehensweise zur Berechnung der Auslösenden Faktoren für die PPV wird in den entsprechenden Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

In der PPV sprach der Auslösende Faktor in allen Beobachtungseinheiten an. Die Einzelheiten der Beitragsanpassung zum 1. Januar 2012 werden unten beschrieben.

Beitragsanpassung in der Privaten Pflegepflichtversicherung zum 1. Januar 2012

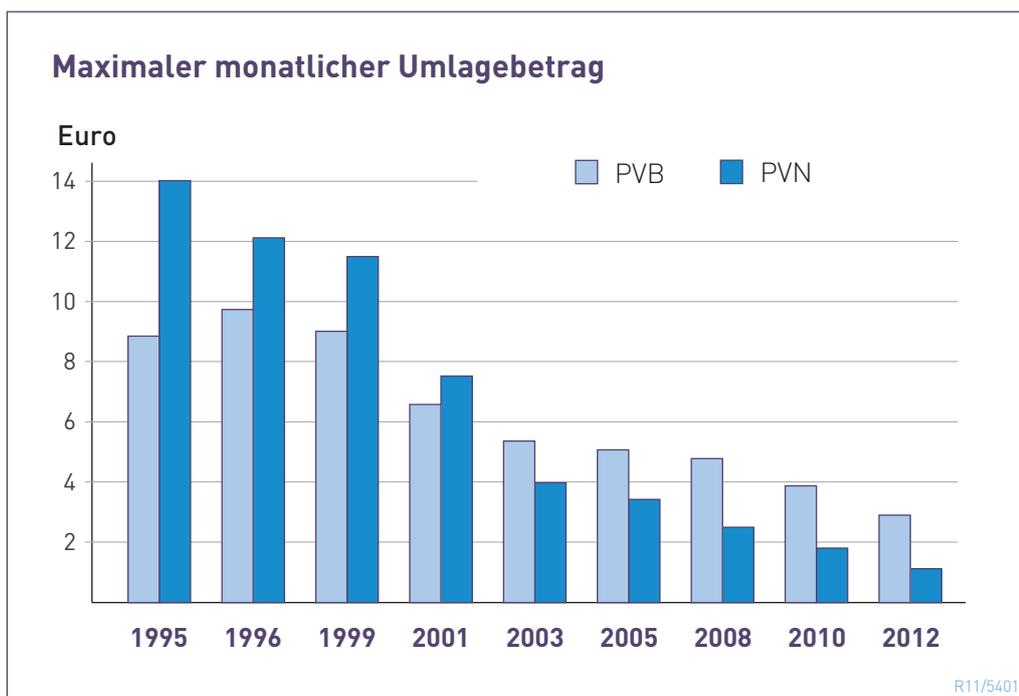
Die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung werden geschlechtsunabhängig kalkuliert und getrennt für Nicht-Beihilfeberechtigte (PVN) und für Beihilfeberechtigte (PVB) berechnet. Der Beitrag in der Privaten Pflegepflichtversicherung ist auf 100 Prozent und bei seit Beginn der PPV dort versicherten Ehegatten in PVN auf 75 Prozent und in PVB auf 75 Prozent von 40 Prozent des Höchstbeitrags in der Sozialen Pflegeversicherung begrenzt. Für Hilfebedürftige, die zusätzlich im Basistarif versichert sind, vermindert sich der Beitrag auf 50 Prozent des gesetzlichen Höchstbeitrags der jeweiligen Tarifstufe. Wichtiger Unterschied zur Sozialen Pflegeversicherung ist, dass in der Privaten Pflegepflichtversicherung Alterungsrückstellungen gebildet werden, die im Alter beitragsenkend angerechnet werden. Der Höchstbeitrag in der Sozialen Pflegeversicherung beträgt im Jahr 2012 74,58 Euro.

Da die Auslösenden Faktoren sowohl in PVB als auch in PVN einen negativen Wert ergaben, sinken die Kopfschäden zunächst. Eine Steigerung der Kopfschäden bewirkte allerdings die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) festgelegte letzte Stufe der Erhöhung der Versicherungsleistungen zum 1. Januar 2012.

Aus den so angepassten Leistungen und den mittleren Beständen wurden für die Alter 19 bis 105 Kopfschäden gebildet und mit dem Whittaker-Henderson-Verfahren ausgeglichen. Für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 wurde ein einheitlicher Kopfschaden berechnet.

Damit einhergehend wurden die Ausscheidewahrscheinlichkeiten überprüft und vorsichtig bestimmt. Grundlage für die Sterbewahrscheinlichkeiten bildete die PKV-Sterbetafel 2012. Die Stornowahrscheinlichkeiten haben sich nicht geändert. Daraus wurden nach den allgemeingültigen Kalkulationsmethoden geschlechtsabhängige Nettobedarfsbeiträge bestimmt.

Auch bei dieser Beitragsanpassung wurden umfangreiche Mittel aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen (RfB) zur Reduzierung der Umlagen eingesetzt. Mit dieser Umlage werden die Geschlechtsunabhängigkeit des Beitrags und die Beitragskappungen finanziert. Diese bestehen unter anderem darin, dass mitversicherte Kinder keinen eigenen Beitrag zahlen und dass nach einer bestimmten Bestandszugehörigkeit der Höchstbeitrag in der Sozialen Pflegeversicherung nicht überschritten werden darf. Die Umlage sinkt seit 1996. Seit 2012 gibt es in der Tarifstufe PVN getrennte Umlagen für den Bestand (also Zugänge mit Zugangsdatum zur PPV vor dem 1. Januar 2012) und für das Neugeschäft (Zugänge zur PPV ab dem 1. Januar 2012). In der folgenden Grafik ist beim Jahr 2012 die Bestandsumlage enthalten. Die Bestandsumlage in der Tarifstufe PVB ist auch für den Neuzugang ausreichend. Deswegen wird dieser Wert auch für den Neuzugang angesetzt. Die erhöhte Umlage für das Neugeschäft ergibt sich daraus, dass das Neugeschäft nicht vom Bestand subventioniert werden darf und auch RfB-Mittel hierfür nicht eingesetzt werden können.



Aus allen diesen Maßnahmen ergeben sich im Bestand sowohl Beitragssenkungen als auch -erhöhungen.

Für Kinder und ausgewählte Alter sind in der nachfolgenden Tabelle die ab 1. Januar 2012 gültigen monatlichen geschlechtsunabhängigen Brutto-Neugeschäftsprämien in der PPV getrennt nach PVN und PVB aufgeführt, jeweils bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes:

Monatliche geschlechtsunabhängige Brutto-Neugeschäftsprämien in Euro, gültig ab 1.1.2012		
Alter	PVN	PVB
Kinder 0 - 18	14,66	8,72
20	15,01	8,85
25	17,02	9,55
30	19,50	10,40
35	22,60	11,47
40	26,54	12,83
45	31,64	14,62
50	38,31	16,96
55	47,17	20,13
60	59,33	24,50
65	76,73	30,72
70	102,66	40,07
75	142,56	54,65
80	204,09	77,54
85	299,93	114,24
90	440,48	167,79
95	631,79	233,43
100	772,16	276,83
105	1.101,57	361,94

R11/5402

Für das Neugeschäft ergaben sich Beitragsänderungen in PVB von minus 9,82 Prozent bis plus 13,64 Prozent und in PVN von minus 10,53 Prozent bis plus 22,97 Prozent. Bei einer Betrachtung der Beitragsveränderungen im Altbestand (Zugang 1995) betragen diese im Durchschnitt in PVB minus 4,6 Prozent und in PVN minus 3,0 Prozent.

Gemäß Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat jeder Versicherte, der sein Versicherungsverhältnis wegen Übertritt zu einer Pflichtversicherung beenden muss, die Möglichkeit, das private Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen. Die besonderen Bedingungen für die bisher existierende „kleine“ Anwartschaftsversicherung sehen jedoch keine Möglichkeit vor, Versicherte im Ausland aufzunehmen. Um auch für diesen Personenkreis die gesetzlich geforderte Anwartschaftsversicherung zu schaffen, wird seit dem 1. Januar 2012 eine große Anwartschaft für im Ausland lebende Personen in der Privaten Pflegeversicherung angeboten. Diese sichert zum einen den Alterungsrückstellungsaufbau wie im entsprechenden Schutz mit Leistungen und zum anderen den Entfall von Wartezeiten beim Wiederaufleben der vollen Versicherung. Der Beitrag für die große Anwartschaft liegt etwas niedriger als der Zahlbeitrag für die Versicherung mit direktem Leistungsanspruch.



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 Grundlage für die Verbandsarbeit.

Die veröffentlichten Forschungsergebnisse des WIP können Interessenten auf der Homepage des WIP (www.wip-pkv.de) abrufen. Derzeit stehen 57 Studien zum Download bereit. Zudem ist es möglich, einen Newsletter zu abonnieren, der auf die neuen Studien des WIP hinweist und aktuelle Forschungsergebnisse aus Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung vorstellt.

Ein Tätigkeitsschwerpunkt des WIP liegt in der Auswertung von Abrechnungsdaten. Seit 2006 analysiert das WIP die Arzneimittelverordnungen von Privatversicherten. An diesem Projekt beteiligen sich mittlerweile 13 PKV-Unternehmen, bei denen fast 65 Prozent aller Privatversicherten versichert sind. Die teilnehmenden PKV-Unternehmen erhalten jährlich eine umfangreiche unternehmensspezifische Auswertung ihrer Arzneimitteldaten, aus der sie über einzelne Kennzahlen auch einen anonymisierten Vergleich mit anderen teilnehmenden 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 2011 vorgestellt:

Die zahnärztliche Vergütung

Vor dem Hintergrund der Verhandlungen um eine neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) untersuchte das WIP in zwei Studien die aktuelle zahnärztliche Vergütung. Hierbei wurde zum einen die Einkommensentwicklung der Zahnärzte betrachtet und zum anderen ein Vergleich der Vergütung nach GOZ, die für Privatpatienten und Selbstzahler gilt, und nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA), der für GKV-Leistungen angesetzt wird, angestellt.

Es zeigt sich, dass die Zahnärzte in der Vergangenheit deutliche Einkommenssteigerungen erzielen konnten. Während die Ausgaben je PKV-Versicherten für zahnmedizinische Leistungen zwischen 1999 und 2009 um 42 Prozent zunahmen, war die allgemeine Preisentwicklung im gleichen Zeitraum mit 17 Prozent deutlich niedriger. Verantwortlich für diesen starken Anstieg sind in erster Linie Mengenausweitungen und eine Verlagerung hin zu teureren, aufwändigeren Leistungen. Die Pro-Kopf-Ausgaben je Privatversicherten im zahnmedizinischen Bereich bezifferten sich im Jahr 2009 auf 487,60 Euro. In der GKV lagen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben dagegen bei nur 160,20 Euro. Dieser

große Unterschied ist vorrangig eine Folge der Leistungskürzungen in der GKV. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass es keinen Nachholbedarf bei der Honorierung privatärztlicher Leistungen gibt.

In einem Vergleich von GOZ und BEMA konnte das WIP zudem zeigen, dass die GOZ den Zahnärzten ermöglicht, bei vergleichbaren Positionen rund 70 Prozent mehr abzurechnen als über den BEMA. Ausgangspunkt der WIP-Studie sind hierbei die 30 wichtigsten GOZ-Ziffern, die zusammen rund 60 Prozent des Umsatzes ausmachen.

Ein solcher Vergleich ist nicht nur für PKV-Versicherte, sondern auch für GKV-Versicherte relevant. Immer mehr gesetzlich krankenversicherte Patienten entscheiden sich wegen des zunehmend eingeschränkten Leistungsangebots der GKV für eine Versorgung außerhalb der GKV-Regelleistungen und erhalten hierfür eine zahnärztliche Privatabrechnung nach GOZ.

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten

Die letztjährige Studie zur Arzneimittelversorgung von Privatversicherten wurde fortgeschrieben und erweitert. Sie gibt erneut einen umfassenden und detaillierten Überblick über das Verordnungs- und Umsatzprofil sowie die Bedeutung von generikafähigen Wirkstoffen, nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten und von Arzneimittelneueinführungen. Es wird verdeutlicht, welche Medikamente maßgeblich für die Arzneimittelausgaben in der PKV verantwortlich sind und welche Medikamente Privatversicherte hauptsächlich erhalten.

Eine der vielen Erkenntnisse ist, dass sich Privatpatienten zunehmend für preisgünstigere Präparate (Generika) entscheiden. Die Generikaquote in der PKV lag im Jahr 2009 bei 55,2 Prozent aller Rezepte und damit um 3,8 Prozentpunkte höher als im Jahr 2008 und 8,8 Prozentpunkte höher als 2007.

Arzneimittelrabatte

Nachdem die gesetzliche Rabattierung des Arzneimittelpreises bislang der GKV vorbehalten war, können seit Januar 2011 auch PKV-Unternehmen den Herstellerrabatt einfordern, sofern ihre Versicherten die Arzneimittelrechnung zur Erstattung einreichen.

In einer Studie zu dieser Thematik konnte das WIP ein Einsparvolumen für die PKV in Höhe von 161 Mio. Euro (dies sind 6,9 Prozent der Arzneimittelausgaben) für das Jahr 2011 berechnen. Hierzu addieren sich noch die Einsparungen der Beihilfe. Das WIP wies in seiner Studie zudem darauf hin, dass die Arzneimittelausgaben pro Verordnung unter Berücksichtigung des gesetzlichen Herstellerrabattes in der PKV 7,7 Prozent höher sind als in der GKV. Würde der gesetzliche Herstellerrabatt nur für die GKV gelten, wie es jahrelange Praxis war, läge der Unterschied bei 10,2 Prozent. Es ist zu beachten, dass die GKV weiterhin einen Kostenvorteil besitzt. Dieser besteht unter anderem im Apothekenrabatt (der für die PKV keine Anwendung findet) und in der erheblich größeren Bedeutung der ausgehandelten Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern.



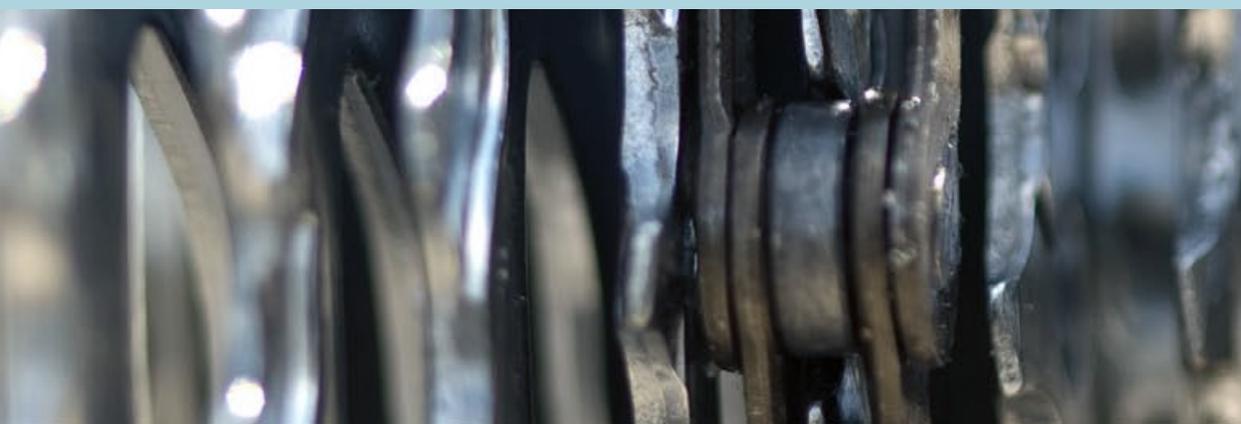
Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs

Einen Beitrag zur Versorgungsforschung liefert das WIP mit einer Studie zur Impfpraxis bei Privatversicherten bei der Impfung gegen die humanen Papillomviren (HPV-Impfung). Die HPV-Impfung wird als wichtige Präventionsmaßnahme gegen Gebärmutterhalskrebs gesehen und von der Ständigen Impfkommission (STIKO) seit März 2007 für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren empfohlen. Als primäre Zielgruppe gelten die 12- bis 13-jährigen Mädchen.

Die WIP-Studie zeigt, dass nach anfänglich hohen Verordnungszahlen ein Rückgang um mehr als ein Drittel von 2007 zu 2008 und im darauffolgenden Jahr nochmals um die Hälfte zu verzeichnen ist. Während von den 1991 geborenen Frauen etwa 40 Prozent einen vollständigen Impfschutz vorweisen können, kann eine derartige Impfquote mit der aktuellen niedrigeren Impfneigung nicht mehr erreicht werden. Die meisten Impfungen werden bei 17-jährigen Mädchen vorgenommen, was als vergleichsweise spät gilt. Ein Ländervergleich zeigt andernorts sehr hohe Impfquoten (teilweise mehr als 80 Prozent) bei den 11- bis 13-Jährigen.



Anhang



Ehrenmitglieder des Verbands

Generaldirektor i.R. Heinrich Frommknecht

ehemaliger Vorsitzender des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund

Generaldirektor i.R. Peter Greisler

ehemaliger Vorsitzender des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

I. Verbandsorgane

(Stand: 08.03.2012)

I.1 Hauptausschuss und Vorstand

Hauptausschuss

bestehend aus...

... von der Mitgliederversammlung gewählten Mitgliedern

1. **Reinhold Schulte – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
2. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
3. **Uwe Laue – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
4. **Thomas Michels – stellvertr. Vorsitzender** (seit 15.06.2011)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
5. **Dr. Clemens Muth – stellvertr. Vorsitzender** (seit 15.06.2011)
Vorsitzender des Vorstands der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
6. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
7. **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstands der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
8. **Dr. Harald Benzing** (seit 15.06.2011)
Vorsitzender des Vorstands der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
9. **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstands der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

10. Gerhard Glatz

Vorsitzender des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg

11. Klaus Henkel

Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach

12. Dr. Hans Olav Herøy

Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg

13. Michael Kurtenbach

Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

14. Fritz Horst Melsheimer

Vorsitzender des Vorstands der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg

15. Dr. Rainer Reitzler

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

16. Heinz Wilhelm Teuscher

(seit 15.06.2011)
Vorsitzender des Vorstands der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln

17. Peter Thomas

Vorsitzender des Vorstands der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim

... kooptierten Mitgliedern

18. Frank-Henning Florian

(seit 06.06.2011)
Vorsitzender des Vorstands der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden

19. Dr. Ulrich Knemeyer

(seit 06.06.2011)
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta

... Mitglied mit Gaststatus

20. Dr. Birgit König

Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Dr. Maximilian Zimmerer** (bis 31.12.2011)
Vorsitzender des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

Vorstand

1. **Reinhold Schulte – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
2. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
3. **Uwe Laue – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
4. **Thomas Michels – stellvertr. Vorsitzender** (seit 15.06.2011)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
5. **Dr. Clemens Muth – stellvertr. Vorsitzender** (seit 15.06.2011)
Vorsitzender des Vorstands der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
6. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
7. **Dr. Volker Leienbach – geschäftsführendes Vorstandsmitglied**
Verbandsdirektor, Köln
7. **Gerhard Glatz** (seit 13.09.2011)
Vorsitzender des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
8. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
9. **Dr. Helmut Hofmeier**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
10. **Matthias Kreibich**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WVaG, Frankfurt am Main
11. **Klaus Michel**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
12. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
14. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
15. **Hans-Herbert Rospleszcz** (seit 06.03.2012)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung, Köln
16. **Eberhard Sautter**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg, Vorstandsmitglied der HanseMercur Spezielle Krankenversicherung AG, Hamburg
17. **Manfred Schnieders** (seit 06.03.2012)
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover
18. **Alfons Schön**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
19. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
20. **Dr. Martin Zsohar** (seit 06.03.2012)
stellvertr. Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

Gast

8. **Dr. Birgit König**
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

1.2 Sonderausschüsse

a) Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
2. **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstands der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
3. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstands 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**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
6. **Frank-Henning Florian**
Vorsitzender des Vorstands der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Daniela Rode** (seit 15.06.2011 bis 01.09.2011)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
- **Andrea Wozniak** (bis 30.04.2011)
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht

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

1. **Thomas Michels – Vorsitzender** (seit 13.09.2011)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
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 Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
7. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
8. **Silke Lautenschläger**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
9. **Norbert Lessmann**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
10. **Thomas List**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
11. **Karl-Josef Maiwald**
Abteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
12. **Christian Molt**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
13. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
14. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
15. **Hans-Herbert Rospleszcz** (seit 06.03.2012)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung, Köln
16. **Volker Schulz**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach

17. Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow

Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Daniela Rode** (seit 15.06.2011 bis 01.09.2011)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
- **Andrea Wozniak** (bis 30.04.2011)
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

c) Ausschuss Private Pflegepflichtversicherung

1. **Uwe Laue – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands 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**
Prokurist der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
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 Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
7. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
8. **Thomas List**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands 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 Vorstands der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

14. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
15. **Dr. Rainer Wilmink**
verantwortlicher Aktuar der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

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. **Christian Barton** (seit 06.03.2012)
Prokurist der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
4. **Jürgen Berressem** (seit 06.03.2012)
Prokurist der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Erik Cloppenburg**
Prokurist der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
6. **Dr. Jörg Etzkorn**
Prokurist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Christina Feldhaus**
Prokuristin der AXA Krankenversicherung AG, Köln
8. **Walter Gerhard**
Handlungsbevollmächtigter der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
9. **Dr. Peter Görg**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
10. **Thomas Görge** (seit 13.09.2011)
Abteilungsleiter der Central Krankenversicherung AG, Köln
11. **Ursula Gramulla**
Prokuristin der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
12. **Dr. Bettina Haase-Uhländer**
Gruppenleiterin der Abteilung Krankenversicherung, Vertrag und Leistung – Recht, SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
13. **Bernhard Kalis**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
14. **Dr. Volker Marko**
Abteilungsleiter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
15. **Dr. Torsten Schulte**
Prokurist der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Heinz-Walter Stintmann** (bis 30.06.2011)
Prokurist der Central Krankenversicherung AG, Köln

- **Gerhard W. Stry** (bis 31.12.2011)
Generalbevollmächtigter der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Rolf Bauer – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands 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 Vorstands der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta, und Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover
5. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Frank Hüppelshäuser** (seit 06.03.2012)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
8. **Matthias Kreibich**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WVaG, Frankfurt am Main
9. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
10. **Tillmann Lukosch** (seit 15.06.2011)
Vorstandsmitglied der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
11. **Christian Molt**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
12. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Michael Petmecky**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
14. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
15. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

16. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
17. **Eberhard Sautter**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMerkur Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
18. **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
19. **Hans-Jürgen Schrader**
Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversicherungs-AG, Hannover
20. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
21. **Jens Wieland**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

f) Haushaltsausschuss

1. **Klaus Henkel – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands 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 Vorstands der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Oliver Brüß**
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. **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Wolfgang Hanssmann**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
7. **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

8. **Frank Kettner**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
9. **Manuela Kiechle**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
10. **Thomas Langhein** (seit 06.03.2012)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
11. **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
12. **Peter Ludwig**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
13. **Christian Molt**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
14. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstands der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
15. **Falko Struve** (seit 06.03.2012)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
16. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Jens O. Geldmacher** (bis 01.06.2011)
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Werner Heinrichs** (bis 31.12.2011)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Jürgen Lang** (bis 31.12.2011)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

h) Ausschuss „Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern“

1. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Thomas Flemming**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
3. **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
4. **Georg Hake** (seit 06.03.2012)
Vorsitzender des Vorstands der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta, und Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover

5. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
6. **Matthias Kreibich**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WaG, Frankfurt am Main
7. **Ulrich Leitermann**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
8. **Jürgen Meisch**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
9. **Fritz Horst Melsheimer**
Vorsitzender des Vorstands der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
10. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
11. **Wolfgang Reif** (seit 06.03.2012)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
12. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
13. **Alf N. Schlegel**
Vorstandsmitglied der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim

Ständiger Gast

- **Dr. Stefan Lütticke**
Fachbereichsleiter Rechnungswesen der Allianz Deutschland AG, München

Gast

- **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Nicola Ferrarese** (bis 04.10.2011)
Bereichsleiter der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München
- **Dr. Ulrich Knemeyer** (bis 06.03.2012)
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta

i) Ausschuss „Zukunft des Gesundheitswesens“

(seit 13.09.2011)

1. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstands der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
3. **Dr. Karl-Josef Bierrth**
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. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Dr. Ulrich Knemeyer**
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
8. **Dr. Birgit König**
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
9. **Silke Lautenschläger**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
10. **Fritz Horst Melsheimer**
Vorsitzender des Vorstands der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
11. **Thomas Michels**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
12. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
14. **Peter Thomas**
Vorsitzender des Vorstands der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
15. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
16. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

j) Rechnungsprüfer

Georg Hake

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

Gerhard Glatz

Sprecher des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg

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

Weiteres Mitglied:

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

I.3 Vertreter der Privaten Krankenversicherung in den Gremien des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

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

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

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

Mitglieder des Hauptausschusses des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V.

- **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstands der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstands der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
- **Gerhard Glatz**
Vorsitzender des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
- **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Nürnberg
- **Dr. Hans Olav Herøy** (seit 15.06.2011)
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

Vertreter der Privaten Krankenversicherung in Ausschüssen des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

c) Rechnungslegungsausschuss der Versicherungswirtschaft

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

d) Steuerausschuss

- **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Manfred Hausmann**
Hauptabteilungsleiter der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

e) Vertriebsausschuss der Versicherungswirtschaft

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



- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

- **Reinhold Schulte**
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

f) Ausschuss Betriebswirtschaft und Informationstechnologie

- **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstands der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **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

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

I.4 Geschäftsführung

(Stand: Mai 2012)

- Verbandsdirektor
Dr. Volker Leienbach
- Stellvertr. Verbandsdirektorin
Dipl.-Math. Helga Riedel
(Mathematik, Statistik)
- Stellvertr. Verbandsdirektor
Dr. Joachim Patt (Leistung)
- Geschäftsführer
Dr. Timm Genett (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. Michael Kreher**
(Revision)
- **Assessor Jürgen Miebach**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Betriebswirtin Jutta Wilms**
(Leistung Wahlleistung)
- **Frank Schlerfer**
(Leistung Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen – QPP)

Referatsleiter

- **Assessor Dirk Cramer**
(Revision)
- **Assessor Christoph Cremer**
(Revision)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Stefan Klein**
(Zentrale Dienste)
- **Assessorin Maike Lamping, LL.M.**
(Ombudsman)
- **Dr. Marc-Pierre Möll**
(Politik)
- **Gerald Mörsberger, M.A.**
(Leistung Datenbanken)
- **RA René Neumann**
(Recht)
- **Dipl.-Kfm. Sascha Raitzel**
(Recht)
- **Assessorin Barbara Schmitz**
(Leistung Krankenhaus)
- **Dipl.-Kfm. Jochen Scholl**
(Leistung Pflege)
- **Dr. Frank Schulze Ehring**
(Sozialpolitik)
- **Assessor Gerrit Taeger**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Kfm. Joachim Hölbe**
(Zentrale Dienste)
- **RA Constantin Wilde, LL.M.**
(Leistung Krankenhaus)

Referenten

- **Dr. Ahmet Aker**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Kfm. Michael Backes**
(Revision)
- **Dipl.-Region.-Wiss. Frederic Baum**
(Zentrale Dienste)
- **Bastian Biermann, M.A.**
(Recht)
- **Stephan Caspary**
(Kommunikation)
- **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**
(Ombudsman)
- **Assessorin Carla Harten**
(Ombudsman)
- **Dipl.-Russ. Sabine Heche**
(Kommunikation)
- **Dominik Heck, M.A.**
(Kommunikation)
- **Anne Hilpert**
(Revision)
- **RA Clemens Hof**
(Ombudsman)
- **Dipl.-Math. Doreen Jahnke**
(Mathematik, Statistik)
- **Dipl.-Pflegerwirt. Andrea Kleiner-Zander**
(Leistung QPP)
- **Dipl.-Math. Marco Kolbe**
(Mathematik, Statistik)
- **Dr. Anne-Dorothee Köster**
(Sozialpolitik)
- **Dirk Lullies, M.A.**
(Kommunikation)
- **Assessorin Michelle Mahlke**
(Ombudsman)
- **Dipl.-Math. Gerald Meißner**
(Mathematik, Statistik)
- **RA'in Konstanze Meyer, LL.M.**
(Recht)
- **Dipl.-Math. Jürgen Mnich**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Kff. (FH) Claudia Moncada**
(Zentrale Dienste)
- **Assessor Norbert Neu**
(Revision)
- **Assessorin Isabella Osterbrink**
(Recht)
- **Dr. Thomas Philipp**
(Leistung Krankenhaus)
- **Dipl.-Wirtsch.jur. Bernd Rademacher**
(Leistung Wahlleistung)
- **Kirsten von Reth**
(Leistung QPP)
- **Dipl.-Volkswirtin Claudia Reuter**
(Leistung Krankenhaus)
- **Dipl.-Volkswirt Willi Roos**
(Leistung Krankenhaus)
- **Dipl.-Gesundheitsök. Anne-Katrin Roppel**
(Zentrale Dienste)
- **RA Nikolai Sauer**
(Ombudsman)
- **Dipl.-Psychologin Dorothee Schalles**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Betriebswirtin Verena Schönbein**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Beate Schlimbach**
(Leistung Wahlleistung)
- **RA Jürgen Schmidt**
(Leistung Wahlleistung)
- **Sabine Schulz, M.Sc.**
(Zentrale Dienste)

- **Olaf Schulze**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Kff. Elke Schüller**
(Revision)
- **Dipl.-Pflegerwiss. Barbara Schütt**
(Leistung QPP)
- **Susann Stein**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Pol. Oliver Stenzel**
(Kommunikation)
- **RA´in Sandy Stephan**
(Ombudsmann)
- **Hans-Jürgen Szabries**
(Leistung QPP)
- **Anne Timm**
(Kommunikation)
- **RA Jörg Uthmann**
(Leistung Pflege)
- **Dipl.-Kff. Meltem Uzunlar**
(Revision)
- **Assessorin Anne Kristina Vieweg**
(Leistung)
- **Sébastien Vion, LL.M.**
(Revision)
- **Assessorin Judith Vollmer**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Kff. Anja Weber**
(Revision)
- **Jens Wegner, M. A.**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Pflegerwirt Gernot Werner**
(Leistung QPP)

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

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

Verbandsbüro

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
 Postanschrift: Postfach 51 10 40, 50946 Köln
 Telefon (0221) 99 87 - 0
 Telefax (0221) 99 87 - 39 50
 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 (SDK), 70736 Fellbach
 Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach

Vorstand: Volker **Schulz**, ordentl. Vorstandsmitglied der SDK

* Manfred **Benzinger**, Prokurist
 (SDK, 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 60-87 02, Telefax: -83 79)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Berlin

Stresemannstraße 111 (DKV), 10963 Berlin

Vorstand: Axel **Fortmann**, Abteilungsdirektor 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 (LKH), 28195 Bremen

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm **Zachow**, Vorstandsvorsitzender der LKH

* Gottfried **Glaser-Gallion**, Prokurist
 (LKH, 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)

* Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

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 (LKH), 21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm **Zachow**,

Vorstandsvorsitzender der LKH

* Gottfried **Glaser-Gallion**, Prokurist

(LKH, 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**, Abteilungsdirektor
der DKV

* Helmut **Hiller**, Handlungsbevollmächtigter

(DKV, Telefon: 0221 / 5 78-44 31,
Telefax: -46 56)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Rheinland-Pfalz

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

Vorstand: Roland **Weber**, ordentl. Vorstandsmit-
glied 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 Saarland

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

Vorstand: Wolfgang **Reif**, ordentl. Vorstands-
mitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse
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
(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 (Continentale),
44139 Dortmund
E-Mail: pkv.lasa@continentale.de

Vorstand: Wolfgang **Lohmann**

* Klaus **Böcker**, Handlungsbevollmächtigter

(Continentale, 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)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Thüringen

Kolde-Ring 21 (LVM), 48126 Münster

Vorstand: Wolfgang **Lohmann**

* Dr. Achim **Kramer**, Abteilungsdirektor

(LVM, Telefon: 0251 / 7 02-27 89, Telefax: -19 45)

I.6 Mitgliedsunternehmen

(Stand: April 2012)



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 V.V.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 AG

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.

Barmenia-Allee 1, 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: Maximilianstr. 53, 81537 München
Tel.: (089) 21 60-0 / Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de
service@vkb.de



Gesundheit bewegt uns.

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

Debeka

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

Neue Rabenstraße 15 – 19, 20354 Hamburg
 Postanschrift: 20449 Hamburg
 Tel.: [040] 41 24-79 69 / Fax: [040] 41 24-76 78
 www.deutscherring-kranken.de
 service@deutscherring.de

DEVK
VERSICHERUNGEN**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**DKV Deutsche Krankenversicherung AG**

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

ENVIVAS
Krankenversicherung AG**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**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**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

**HALLESCHER**
Private Krankenversicherung**HALLESCHER 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 
Versicherungsgruppe**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 Speziale
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**
Aus Tradition günstig**HUK-COBURG-Krankenversicherung AG**

Bahnhofsplatz, 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 VVaG**

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 VVG REGENSBURG

**LIGA Krankenversicherung katholischer Priester
V.V.a.G. 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

Mannheimer Krankenversicherung AG

Augustaanlage 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.

Pettenkofersstraße 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
im Raum der Kirchen**

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

Raiffeisenplatz 1, 65189 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.stmartinusvvag.de
info@stmartinusvvag.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



vigo Krankenversicherung VVaG

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



CSS Versicherung AG
Pflugstraße 20, LI-9490 Vaduz
Tel.: (00423) 3 75 02 77 / Fax: (00423) 3 75 02 78
www.cssversicherung.com
info@cssversicherung.com



**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
Postanschrift: Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg
Tel.: (06221) 7 09 10 00 / Fax: (06221) 7 09 10 01
www.janitos.de
info@janitos.de



WGV-Versicherung AG
Feinstraße 1, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70164 Stuttgart
Tel.: (0711) 16 95-17 20 / Fax: (0711) 16 95-11 00
www.wgv.de
kranken-vertrag@wgv.de

Verbundene Einrichtungen:



**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten**
Hauptverwaltung
Salvador-Allende-Straße 7, 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

II. Abkürzungsverzeichnis

AABG	Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz
Abs.	Absatz
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AG	Aktiengesellschaft
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMG	Arzneimittelgesetz
AmnOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AMRabG	Arzneimittelrabattgesetz
ApoG	Apothekengesetz
Art.	Artikel
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
AVP	Apothekenverkaufspreis
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
AWB	Anwendungsbeobachtungen
Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAFzA	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung
BFH	Bundesfinanzhof
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBL	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BilMoG	Bilanzmodernisierungsgesetz
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
BSG	Bundessozialgericht
BSSichG	Beitragsatzsicherungsgesetz
BTB / BTN	Basistarif für Beihilfeberechtigte / nicht Beihilfeberechtigte
BVA	Bundesversicherungsamt
BVO	Beihilfeverordnung
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
CEA	Comité Européen des Assurances
d.h.	das heißt
DAV	Deutsche Aktuarvereinigung e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
Drs.	Drucksache
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ED	Exposure Draft (= Standardentwurf)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EIOPA	Europäische Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen
EMA	European Medicines Agency
ESTG	Einkommensteuergesetz
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof

EUV.....	Vertrag über die Europäische Union
e. V.....	eingetragener Verein
f.....	folgende (Seite)
FASB.....	Financial Accounting Standard Board
FATCA.....	Foreign Account Tax Compliance Act
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
GMG.....	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GOÄ.....	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ.....	Gebührenordnung für Zahnärzte
GVG.....	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung
HAP.....	Herstellerabgabepreis (bei Arzneimitteln)
HGB.....	Handelsgesetzbuch
HIV.....	Human Immunodeficiency Virus
HOZ.....	Honorarordnung der Zahnärzte
HPV.....	Humane Papillomviren
HWG.....	Heilmittelwerbegesetz
IAS.....	International Accounting Standard
IASB.....	International Accounting Standards Board
i.d.F.....	in der Fassung
IFRS.....	International Financial Reporting Standards
InEK.....	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQWiG.....	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IRS.....	Internal Revenue Service
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)
KStG.....	Körperschaftsteuergesetz
KVB.....	Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
LBFW.....	Landesbasisfallwert
LG.....	Landgericht
LStR.....	Lohnsteuer-Richtlinie
MB/EPV.....	Musterbedingungen des PKV-Verbands für die Ergänzende Pflegekrankenversicherung
MB/KK.....	Musterbedingungen des PKV-Verbands für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung
MB/KT.....	Musterbedingungen des PKV-Verbands für Krankentagegeldversicherung
MB/PPV.....	Musterbedingungen des PKV-Verbands für die Private Pflegepflichtversicherung
MCR.....	Minimum Capital Requirement (Mindest-Solvenzmittelanforderung)
MDK.....	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS.....	Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e.V.
Mio.....	Millionen
Mrd.....	Milliarden
MVZ.....	Medizinisches Versorgungszentrum
n.F.....	neue Fassung

Nr.....	Nummer
NRW.....	Nordrhein-Westfalen
OECD.....	Organisation for Economic Co-operation and Development – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OTC.....	Over-the-counter (= nicht verschreibungspflichtige Medikamente)
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.
PNG.....	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PPV.....	Private Pflegepflichtversicherung
Prof.....	Professor
PVB.....	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen mit Beihilfeberechtigung im Pflegefall
PVN.....	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen ohne Beihilfeberechtigung
QIS.....	Quantitative Impact Studies (quantitative Auswirkungsstudie)
QPP.....	Qualitätsprüfung von Pflegeheimen
QRT.....	Quantitative Reporting Templates
RfB.....	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
RVO.....	Reichsversicherungsordnung
S.....	Seite(n)
s.....	siehe
SCR.....	Solvency Capital Requirement(s) (erforderliche Solvenzmittel)
SGB.....	Sozialgesetzbuch
SPV.....	Soziale Pflegeversicherung
STB / STN.....	Standardtarif für Beihilfeberechtigte / nicht Beihilfeberechtigte
STIKO.....	Ständige Impfkommission
stv.....	stellvertretende(r)
u. a.....	unter anderem
UPD.....	Unabhängige Patientenberatung Deutschlands
USA.....	Vereinigte Staaten von Amerika
UStG.....	Umsatzsteuergesetz
UWG.....	Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb
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
ZE.....	Zusatzentgelte
ZESAR.....	Zentrale Einzugsstelle für Arzneimittelrabatte
ZfA.....	Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen
ZQP.....	Zentrum für Qualität in der Pflege

III. Stichwortverzeichnis

Seite

A	Abschlusskosten.....	32 f.
	Aids-Prävention.....	44, 46 f.
	Alkohol-Prävention.....	42 f., 47 f.
	Alterungsrückstellungen.....	22
	Anwartschaftsversicherung (Pflegepflichtversicherung).....	95, 170
	Arzneimittel.....	74, 60 ff.
	Arzneimittelgesetz.....	60 ff.
	Aufwendungen	20 ff.
	Alterungsrückstellungen.....	22
	Leistungen an Versicherte.....	20
	Veränderung der Versicherungsleistungen.....	21
	Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen.....	22
	Ausbildungsfonds.....	85 f.
	Auslandsreisekrankenversicherung.....	17, 18
B	Basisfallwerte.....	84 f., 86 ff.
	Basistarif.....	14, 152 ff.
	Beihilfe.....	12, 129 ff.
	Beitragseinnahmen	17 ff.
	Anteil der Versicherungsarten.....	19
	Einmalbeiträge aus RfB.....	19
	Unabgegrenzte Beitragseinnahmen.....	17 ff.
	Beitragszuschuss (bei ALG II).....	124 f.
	Besondere Versicherungsformen.....	17
	Bestandsentwicklung.....	10 ff.
	Bezugsgröße.....	119 ff.
C	COMPASS.....	101 ff.
D	derprivatpatient.de.....	45
	DRG-System 2012.....	87 f.
E	Ehrenmitglieder des Verbands.....	179
	Ein- und Zweibettzimmerzuschläge.....	93 f.
G	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).....	38, 51 ff.
	Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).....	39 f., 53 ff.
	Geschäftsführung.....	186 ff.
	GKV-Versorgungsstrukturgesetz.....	25 ff., 91 ff.
H	Hauptausschuss.....	179
	HIV-/ Aids-Prävention.....	44, 46 f.
I	IASB.....	135 ff.
	Infektionsschutzgesetz.....	31 f., 96 f.
J	Jahresarbeitsentgeltgrenze.....	121
K	Krankenhaus-Datenbank des Verbands.....	92 ff.
	Krankenhaustagegeldversicherung.....	16, 18
	Krankentagegeldversicherung.....	16, 18
	Krankheitsvollversicherung.....	10 ff.
L	Landesausschüsse.....	188 ff.
	Landesbasisfallwerte.....	84 f.
	Leistungen an Versicherte.....	20

M	Medicproof	107 ff.
	Mitgliedsunternehmen	9 f., 190 ff.
N	Nettoneuzugang	10 f.
	Nichtzahler	34, 124 f.
P	Pflegeberatung in der PPV	101 ff.
	Pflegezusatzversicherung	16, 20, 30, 101
	Prävention	42 f., 46 f., 81 ff.
	Pressearbeit des PKV-Verbands	36 ff.
	Privatklinik-Ausgründungen	25, 39, 92, 122
	Publikationen des PKV-Verbands	200 ff.
	Publikationen des WIP	203 ff.
	Private Pflegepflichtversicherung	15, 29, 94 ff.
	Begutachtungsergebnisse	109
	Beiträge	94 f.
	Bestand	15
	Beziehungen zu den Leistungserbringern	115 f.
	Gesetzgebung	95 ff.
	Härtefälle	110 ff.
	Medizinische Begutachtung der Antragsteller	107 ff.
	Qualität der Pflege	112
	Pflegeberatung (Compass)	101 ff.
	Prüfdienst der PKV	97 ff.
	Zentrum für Qualität in der Pflege	112 ff.
	Provisionen	32 f.
Q	Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen	31 f., 97 ff.
R	Rechengrößen 2012	119 ff.
	Rechnungslegung	135 ff.
	Rechtsform der PKV-Unternehmen	10
S	Solvabilität	137 ff.
	Solvency II	137 ff.
	Sonderausschüsse	180 ff.
	Standardtarif	13, 152 ff.
	Stationäre Leistungen	84 ff.
	Sterbetafel PKV-2012	149 ff.
	Steuern	140 ff.
	Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege	112 ff.
U	Unisex	34 f., 128
V	VAG-Novelle	128, 137 f.
	Verbandsorgane	179 ff.
	Versicherungsbestand	10 ff.
	Vorstand	180
W	Wahlleistungen im Krankenhaus	12, 16
	WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV	171 ff.
Z	Zahnzusatzversicherungen	16
	ZQP	112 ff.
	Zusatzversicherungen	15 f., 19
	Zytostatika	39 f., 64 ff.
	ZESAR	70 ff.

IV. Publikationen des PKV-Verbands

(www.pkv.de/publikationen)

„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

- Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?
- Bleibt Ihre Krankenversicherung im Alter bezahlbar?
- Der Standardtarif
- Öffnung der Privaten Krankenversicherung für Beamten und ihre Angehörigen
- 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 Basistarif - eine Entscheidungshilfe

„Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht“

„10 gute Gründe für die Private Krankenversicherung.“

„Gut ist nur der Name: „Die Bürgerversicherung““

„Vorsicht „Bürgerversicherung““ (Kurzfassung)

„Zwei-Klassen-Medizin - Behauptung und Wahrheit.“

„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

„Beihilfavorschriften 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 2012)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Basistarif (MB/BT 2009)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Standardtarif (MB/ST 2009)

„Satzung, Verbandsorgane, Organisation“**„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 der gesetzlichen Krankenversicherung substituierender Privater Krankenversicherungsschutz 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)

Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV – WIP

Diskussionspapiere

2012:

- 2/2012 „Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich - Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010“ von Dr. Frank Niehaus
- 1/2012 „Vom Originalpräparat zum Generikum - Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten?“ von Dr. Frank Wild

2011

- 4/2011 „Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben“ von Dr. Frank Wild
- 3/2011 „Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) - Eine Analyse der Verordnungsdaten Privatversicherter“ von Dr. Frank Wild
- 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

2012

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 - Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Dr. Frank Wild

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.



