

Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2012



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 2012

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	18
1.4 Aufwendungen	21
2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit	23
2.1 Politik und Gesetzgebung	25
2.2 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbands	35
2.3 Präventions-Engagement der PKV	42
3. Entwicklungen im Leistungsbereich	45
3.1 Gebührenordnung für Ärzte	47
3.2 Organspende	57
3.3 Medizinprodukte – Schadhafte Brustimplantate	61
3.4 Arzneimittel	64
3.5 Prävention	70
3.6 PREFERE-Studie – Therapien von Prostatakrebs im Vergleich	73
3.7 Notfallsanitätäergesetz	74
3.8 Präimplantationsdiagnostikverordnung (PIDV)	76
3.9 Stationäre Leistungen	77
3.10 Private Pflegepflichtversicherung	85
4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen ...	109
4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen	111
4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft	114
4.3 Rechnungslegung	128
4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement	129
4.5 Steuern	132
4.6 Internationale Zusammenarbeit	136
5. Aktuarielle Schwerpunkte	139
5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2013“	141
5.2 Beitragsanpassungen im Basistarif	144
5.3 Erstkalkulation im Basistarif-Unisex	152
5.4 Beitragsanpassungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung	156
5.5 Musterkalkulation für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV)	160

6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	163
Anhang	169
I. Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013) §§ 1 – 26.....	171
II. Verbandsorgane	
II.1 Hauptausschuss und Vorstand	183
II.2 Sonderausschüsse	184
II.3 PKV-Vertreter in den Gremien des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	189
II.4 Geschäftsführung	190
II.5 Landesausschüsse	192
II.6 Mitgliedsunternehmen	194
III. Abkürzungsverzeichnis	199
IV. Stichwortverzeichnis	202
V. Publikationen des PKV-Verbands	204

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Private Krankenversicherung (PKV) kann auf ein bewegtes, aber letztlich gutes Jahr 2012 zurückblicken. Das gesamte Neugeschäft aus Krankenvoll- und Zusatzversicherung hat erneut deutlich zugenommen. Die Zahl der Verträge stieg netto um 552.900 auf 32,03 Millionen Versicherungen. Besonders stark war der Anstieg bei privaten Pflegezusatzversicherungen: Ihre Zahl nahm um 16,3 Prozent auf einen Gesamtbestand von 2,2 Millionen Versicherungen zu. Die Debatte über die Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie über die Einführung der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung hat offensichtlich vielen Bürgern die Augen dafür geöffnet, dass ihnen ohne zusätzliche private Vorsorge im Pflegefall die finanzielle Überforderung droht.

Auch bei anderen privaten Zusatzversicherungen gab es 2012 ein solides Wachstum: Der Gesamtbestand wuchs netto um 573.000 Verträge, so dass zum Jahresende insgesamt 23,07 Millionen Zusatzversicherungen bestanden. Das ist ein Plus von 2,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr. In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Gesamtzahl der Zusatzversicherungen damit um fast neun Millionen oder knapp zwei Drittel erhöht.

In der Krankenvollversicherung hat sich der Bestand verglichen zum Jahresende 2011 leicht verringert: Die Zahl der Versicherten sank auf 8,96 Millionen Personen, 20.100 weniger als Ende 2011. Grund dafür sind mehrere Sondereffekte: So stieg die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufgrund der guten Lage am Arbeitsmarkt auf den höchsten Stand seit über zehn Jahren. Viele privatversicherte Kleinselbstständige, die in ein Arbeitnehmersverhältnis gewechselt sind, mussten somit zwangsweise in die Gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren. Darüber hinaus hat auch die verpflichtende Einführung von Unisex-Tarifen zum Jahresende 2012 bei vielen potenziellen Kunden zu einer abwartenden Haltung geführt. Und auch die überaus kritische und zum Teil schlicht falsche Berichterstattung über die PKV vor allem zu Beginn des vergangenen Jahres trug dazu bei, viele der möglichen Neukunden zu verunsichern. Angesichts dieser Sondereffekte kann die Branche mit den annähernd stabilen Werten in der Krankenvollversicherung durchaus zufrieden sein. Das gilt umso mehr, wenn man die langfristige Entwicklung im Blick behält. Denn heute sind über eine Million Menschen mehr in der privaten Krankenvollversicherung als noch vor zehn Jahren.

Die Beitragseinnahmen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung erhöhten sich 2012 um 2,9 Prozent auf insgesamt 35,7 Milliarden Euro. Dabei verringerten sich die Einnahmen in der Pflegepflichtversicherung aufgrund einer Beitragssenkung um 5 Prozent auf 2 Milliarden Euro. Die Versicherungsleistungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen um 2,3 Prozent auf insgesamt 23,3 Milliarden Euro.

Einen Teil der Beiträge ihrer Kunden legt die Private Krankenversicherung auf dem Kapitalmarkt an. Aus diesem Geld werden die im Alter steigenden Gesundheitskosten der Versicherten mitfinanziert. Trotz anhaltender Niedrigzinsphase konnten die PKV-Unternehmen für diese Alterungsrückstellungen im Jahr 2012 eine Nettoverzinsung von durchschnittlich 4,2 Prozent erzielen. Bis Jahresende stiegen die Rückstellungen in der Krankenversicherung auf 155 Milliarden Euro

und in der Pflegeversicherung auf 25 Milliarden Euro – also insgesamt auf 180 Milliarden Euro. Das sind 6,2 Prozent oder knapp 11 Milliarden Euro mehr als im Jahr zuvor.

Das Vorhandensein dieses Kapitalstocks macht die PKV in unserer alternden Bevölkerung zu einer stabilisierenden Säule im deutschen Gesundheitssystem. Denn anders als die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sorgen die Privatversicherten für ihre im Alter steigenden Gesundheitsausgaben selbst vor und sind nicht auf die Finanzierung durch die jüngeren Generationen angewiesen. Angesichts des demografischen Wandels ist es deshalb ein sinnvolles politisches Ziel, das Kapitaldeckungsverfahren stärker in der Gesellschaft zu verankern. Die Einführung der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung ist daher zweifellos die herausragende gesundheitspolitische Entscheidung von Union und FDP im vergangenen Jahr. Dieses neue Vorsorgeprodukt hilft dabei, die Finanzierungslücke, die im Falle der Pflegebedürftigkeit droht, zu schließen – und zwar nachhaltig und generationengerecht. Denn mit einer Pflegezusatzversicherung sorgt jede Generation für sich selbst vor – dadurch werden ihre Kinder und Enkel entlastet. Das Kundeninteresse zeigt, dass die Einführung der geförderten Zusatzversicherung die richtige Entscheidung war: Nach nur vier Monaten hatten bereits fast 70.000 Menschen einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen – und jeden Tag kommen hunderte neue Verträge hinzu.

Die Einführung der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung war für die Unternehmen eine gewaltige Herausforderung. Das liegt zum einen daran, dass die abschließenden gesetzlichen Regelungen erst kurz vor Weihnachten und damit wenige Tage vor dem Start des neuen Vorsorgeprodukts vorlagen. Vor allem aber mussten die Versicherungsunternehmen zeitgleich die neuen Unisex-Tarife einführen. Dafür mussten sie ihre gesamte Produktwelt umstellen.

Mit dieser Umstellung setzten die Versicherungsunternehmen ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs um, das es ab dem Stichtag 21. Dezember 2012 untersagte, bei der Kalkulation von Versicherungstarifen nach Männern und Frauen zu unterscheiden. Obwohl die entsprechenden Regelungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht in nationales Recht umgesetzt waren, setzten alle Unternehmen das Urteil pünktlich um. Zusammen mit der Entwicklung des neuen Vorsorgeprodukts der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung bedeutete die Neukalkulation aller Tarife einen riesigen Kraftakt für jedes einzelne Unternehmen.

Viele PKV-Unternehmen haben die Herausforderung der neuen Unisex-Welt aber auch als Chance genutzt, um die in der Branche bereits seit langem diskutierten Reformvorhaben umzusetzen und den Leistungsumfang ihrer Tarife zu vergrößern. So wurden häufig erweiterte Hilfsmittelkataloge sowie mehr Leistungen bei der ambulanten Psychotherapie und bei der Suchtentwöhnung in die neuen Tarife aufgenommen. Um die langfristige Finanzierbarkeit der neuen Unisex-Tarife zu stärken, verbanden viele Unternehmen die Neukalkulation der Tarife auch mit einem niedrigeren Rechnungszins. Dies wirkt angesichts der anhaltenden Niedrigzinsphase in Europa als zusätzliche Sicherung und trägt dazu bei, die Beiträge in Zukunft stabil zu halten. Damit garantieren viele Unternehmen ihren neuen Kunden noch mehr Leistung und Sicherheit als bisher schon.

Auch beim Thema Provisionen hat sich der PKV-Verband mit Nachdruck für die Interessen der Privatversicherten eingesetzt. Ziel der Privaten Krankenversicherung war es immer, Übertreibungen bei den Abschlusskosten zu vermeiden.

Da die PKV sich jedoch aus kartellrechtlichen Gründen nicht selbst regulieren darf, hat die Politik die Diskussion aufgegriffen und die Vermittlerprovisionen in der Krankenversicherung begrenzt sowie eine fünfjährige Stornohaftungszeit eingeführt. Damit können Übertreibungen vermieden werden, ohne die Qualität einer persönlichen Beratung zu beeinträchtigen. Es bleibt nun abzuwarten, wie sich die neuen Regelungen in der Praxis bewähren.

Ein weiteres wichtiges Thema des vergangenen Jahres war die Einführung eines sogenannten Notlagentarifs, für die sich der PKV-Verband eingesetzt hat. Seit der ab 2009 geltenden Pflicht zur Krankenversicherung und dem damit verbundenen Wegfall des Kündigungsrechts auch bei Beitragsverzug, gibt es sowohl in der Gesetzlichen als auch der Privaten Krankenversicherung immer mehr Menschen, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen. Allein die PKV verzeichnete im Jahr 2012 rund 145.000 Nichtzahler. Der dadurch entstehende Beitragsausfall beträgt mittlerweile über 750 Millionen Euro.

Ein Notlagentarif böte für einen geringen Beitrag das Leistungsniveau eines ruhenden Versicherungsverhältnisses im Basistarif. Von einem solchen Tarif und den dort deutlich reduzierten Beitragsausfällen würden alle Beteiligten profitieren: die Versichertengemeinschaft, die Unternehmen und auch die Nichtzahler, deren Beitragsschuld entsprechend geringer ausfiele, was die Chance auf die Rückkehr in einen Normaltarif deutlich erhöhen würde. Trotz eines breiten gesellschaftlichen Konsenses zur Lösung des Nichtzahlerproblems blieb eine gesetzliche Lösung im Jahr 2012 zwar aus. Mit einer Umsetzung ist nun aber im Sommer dieses Jahres zu rechnen.

Doch mit der Bundestagswahl im Herbst stehen in diesem Jahr sogar noch wesentlich richtungsweisendere Entscheidungen an. Denn SPD, Bündnis'90/Die Grünen und Die Linke haben die Einführung einer sogenannten Bürgerversicherung in ihre Wahlprogramme aufgenommen. Würden sie ihre Konzepte umsetzen, wäre dies das Ende der Privaten Krankenversicherung in ihrer heutigen Form. Die Folgen für das bisher hervorragend funktionierende deutsche Gesundheitssystem wären dramatisch.

Denn heute sorgt der gesunde Wettbewerb zwischen GKV und PKV dafür, dass sich Kürzungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen wesentlich schwerer durchsetzen lassen. Welche Folgen die Abschaffung dieser Dualität hätte, zeigt ein Blick über die Grenzen. Denn die medizinische Versorgung in allen Ländern mit einheitlichen Sicherungssystemen zeichnet sich durch besonders stark ausgeprägte Rationierungen und lange Wartezeiten aus. Die Versicherten in diesen Systemen erhalten in der Regel nur eine dürftige Versorgung. Spitzenmedizin hingegen gibt es nur für diejenigen, die es sich leisten können.

Während in Deutschland vermeintliche Klassenunterschiede vor allem an der Verweildauer im Wartezimmer festgemacht werden, zeichnen sich Einheitssysteme durch unterschiedliche Versorgungsstrukturen und tatsächliche Zwei-Klassen-Medizin aus. Genau in diese Richtung würde sich mit der Einführung einer Bürgerversicherung auch die Gesundheitsversorgung in Deutschland entwickeln. Dieser Schritt wäre umso bedrohlicher, als dass er sich nicht rückgängig machen ließe.

Verlierer einer Bürgerversicherung wären aber in allen gesellschaftlichen Bereichen zu finden. So müssten etwa Ärzte um ihre Therapie- und Berufsfreiheit fürchten. Bei der Behandlung ihrer Patienten müssten sie sich stärker

noch als heute an wirtschaftlichen Zwängen und politischen Vorgaben orientieren – so wie es bereits in der GKV der Fall ist. Zudem ist in einer Bürgerversicherungswelt mit zahlreichen Arbeitsplatzverlusten zu rechnen – nicht nur im Bereich der PKV, sondern in allen Branchen. Denn die mit den Plänen von SPD und Grünen einhergehende Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde zu einem drastischen Anstieg der Lohnzusatzkosten führen. Der Faktor Arbeit würde sich damit verteuern, Arbeitsplätze wären gefährdet. Und schließlich ist gerade in unserer alternden Gesellschaft die PKV mit ihrem Kapitaldeckungsverfahren ein stabilisierendes Element, das die zukünftigen Generationen deutlich entlasten kann.

Zieht man sämtliche Folgen einer Bürgerversicherung in Betracht, wird deutlich, dass ein solches Einheitssystem Nachteile für alle mit sich bringt. In der Gesundheitsversorgung würde es zu verstärkter Rationierung und zu einer echten Zwei-Klassen-Medizin führen. Der Wirtschaftsstandort Deutschland wäre zudem gleich mehrfach betroffen: Durch Arbeitsplatzverluste in der Versicherungswirtschaft und über die höheren Lohnzusatzkosten in allen anderen Branchen, durch eine zunehmende Unterfinanzierung der sozialen Sicherungssysteme und durch eine schlechtere Ausgangsposition im internationalen Wettbewerb um die besten Köpfe vor allem im Gesundheitsbereich. Die Befürworter einer Bürgerversicherung sollten sich gut überlegen, ob eine populistische Neiddebatte und eine Gleichmacherei auf niedrigem Niveau dieses Risiko wert ist.

Daher stehen die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung mit großer Geschlossenheit zu ihrem Sicherungsmodell und sind von dessen Zukunftsfähigkeit überzeugt. Mit wichtigen Verbesserungen im Interesse der Privatversicherten haben sie zudem gerade im vergangenen Jahr bewiesen, dass sie sich unter veränderten Rahmenbedingungen selbst reformieren können. Die PKV-Branche jedenfalls ist fest entschlossen, für den Erhalt der Vollversicherung zu kämpfen – im Interesse ihrer Versicherten und im Interesse eines dauerhaft hohen Qualitätsstandards in der deutschen Gesundheitsversorgung.

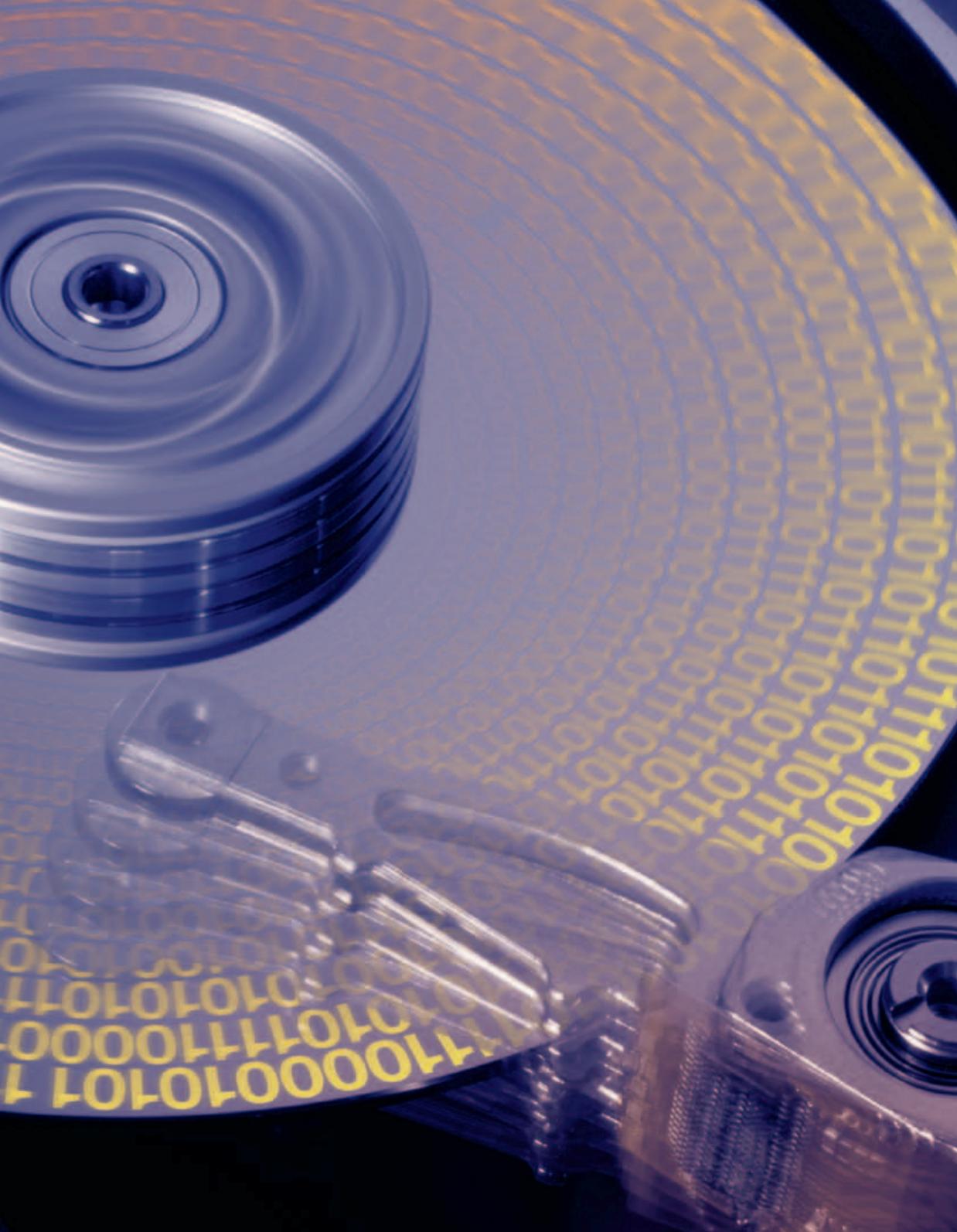
Köln, im Mai 2013



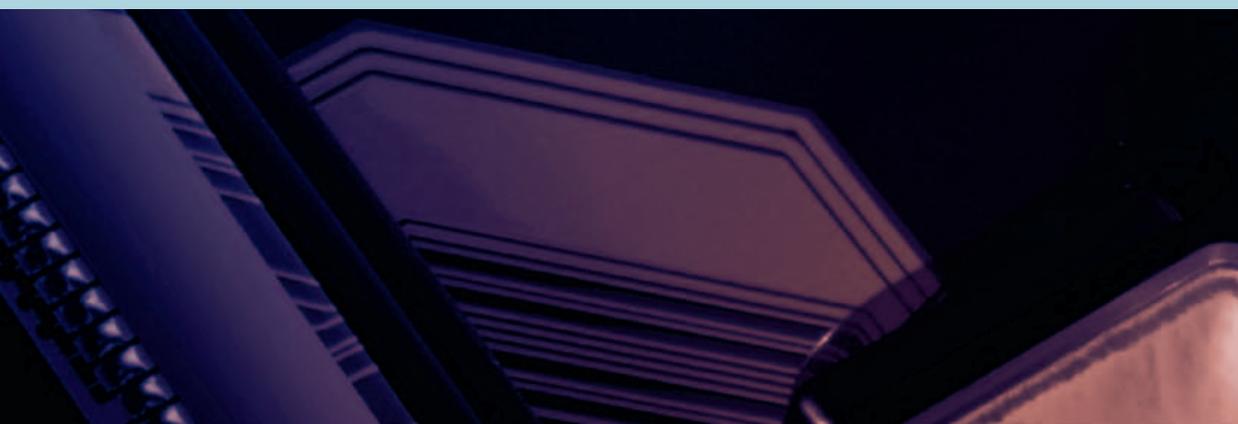
Reinhold Schulte
Vorsitzender



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. Außerdem werden die Mitgliedsunternehmen in Grundsatzfragen der Tarifgestaltung, beispielsweise bei Einführung neuer Tarife wie der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, beraten.

Die Ausführungen in diesem Kapitel geben das vorläufige Geschäftsergebnis der 43 ordentlichen Mitgliedsunternehmen des Verbands für das Jahr 2012 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 liegen für den Rechenschaftsbericht teilweise nur geschätzte Angaben der Unternehmen vor. Die folgenden Zahlen sind daher nur vorläufig und als gerundete Werte zu verstehen. Die endgültigen Zahlen, die erfahrungsgemäß Differenzen gegenüber den vorläufigen Werten aufweisen, werden als Ergänzung zu dieser Veröffentlichung im Herbst im Zahlenbericht 2012/2013 bekannt gegeben. Die zurzeit neuesten exakten Zahlen sind im Zahlenbericht 2011/2012 veröffentlicht, der auf www.pkv.de zu finden ist.

Der Verband hatte Ende 2012 43 ordentliche und fünf außerordentliche Mitglieder; zwei Unternehmen stellten verbundene Einrichtungen dar.

43 Mitgliedsunternehmen

- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 24 Aktiengesellschaften

5 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

R12/1101

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	
	2012	2011	2012	2011
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	19	19	24	24
Anzahl der Vollversicherten	4.558.500	4.518.500	4.397.800	4.457.900
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	50,90	50,34	49,10	49,66
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	15.211,3	14.837,1	20.459	19.830,3
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	42,64	42,80	57,36	57,20

R12/1102 – Werte für 2012 vorläufig

10 Aktiengesellschaften waren Tochterunternehmen von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 3.737 Mio. Euro machten 10,5 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 10,8 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

1.2 Versicherungsbestand

Krankheitsvollversicherung

Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 35.670 Mio. Euro beträgt 72,8 Prozent. Der Marktanteil der Privaten Krankenversicherung im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung liegt bei knapp 11,4 Prozent.

Im Jahr 2012 hat sich der Bestand in der Vollversicherung leicht um 20.100 Personen verringert. Diese Entwicklung ist auf mehrere Sondereffekte zurückzuführen: Zum einen wirkte sich die gute Lage am Arbeitsmarkt aus, wodurch die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2012 auf den höchsten Stand seit über zehn Jahren stieg. So wechselten auch viele privatversicherte Kleinselbstständige in ein festes Arbeitnehmerverhältnis und wurden deshalb versicherungspflichtig in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zum anderen verzichteten mehrere PKV-Unternehmen bewusst auf Neuzugang, indem sie ihre sogenannten Einsteigertarife vom Markt nahmen. Darüber hinaus dürften insbesondere Frauen vor einer Entscheidung für die PKV die Einführung der Unisex-Tarife im Dezember 2012 abgewartet haben.

	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.956.300	8.976.400	- 20.100	- 0,2

R12/1201 – Werte für 2012 vorläufig

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

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

Wanderungsbewegung	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	158.700	232.000	- 73.300	- 31,6
Abgänge zur GKV	161.700	157.600	+ 4.100	+ 2,6
Differenz	-3.000	74.400	- 77.400	- 104,0

R12/1202 – Werte für 2012 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.

	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	413.100	488.300	- 75.200	- 15,4

R12/1203 – Werte für 2012 vorläufig

Im Jahr 2012 waren mehr als 47 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.

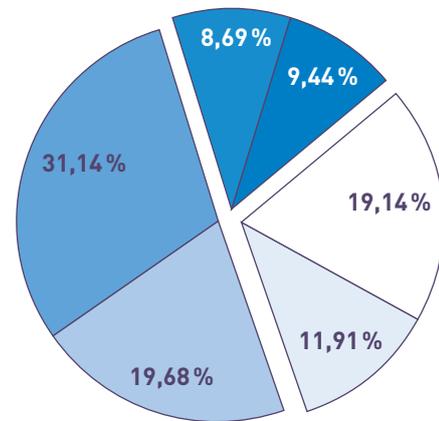
Wanderungsbewegung

Bruttoneuzugang

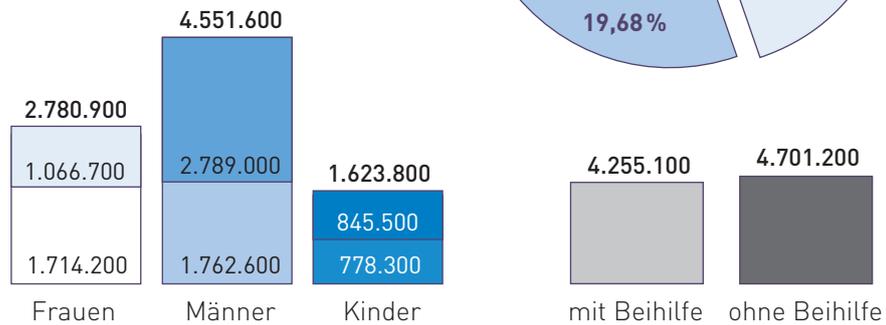
Zusammensetzung des Bestands

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2012

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



absolut



R12/1204 – Werte für 2012 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.

	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.304.200	7.322.500	- 18.300	- 0,2

R12/1205 – Werte für 2012 vorläufig

Krankentagegeld

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

	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	2.027.000	2.050.300	- 23.300	- 1,1

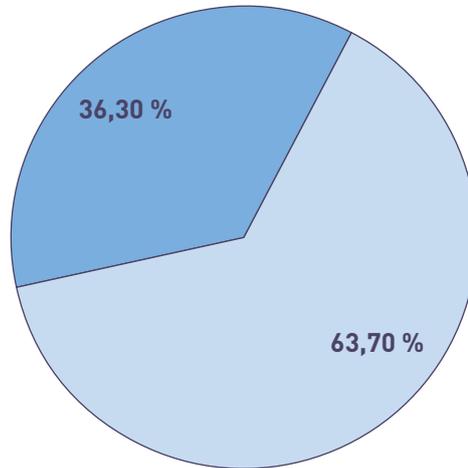
R12/1206 – Werte für 2012 vorläufig

Die Krankentagegeldversicherung umfasst zwei Bereiche: zum einen die Tagegeldversicherung für Freiberufler und Selbstständige, 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 2012

- Arbeitnehmer
- Selbstständige



R12/1207 – Werte für 2012 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	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.400	6.200	+200	+3,2
ohne Beihilfe	37.000	35.600	+1.400	+3,9
insgesamt	43.400	41.800	+1.600	+3,8
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	548	776	-228	-29,4

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

2 Der Beitrag ist im Standardtarif auf den 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.

R12/1208 – Werte für 2012 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 ¹	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	30.200	26.100	+ 4.100	+ 15,7
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif	3.700	4.000	- 300	- 7,5
aus der Nichtversiche- rung (seit 2009)	9.900	8.600	+ 1.300	+ 15,1
aus der GKV ²	500	400	+ 100	+ 25,0
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	15.000	12.300	+ 2.700	+ 22,0
Wechsel zwischen den Unternehmen	700	500	+ 200	+ 40,0
sonstiger Zugang	400	300	+ 100	+ 33,3
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit³	12.000	9.600	+ 2.400	+ 25,0

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

2 Seit 2009 haben freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten nach Begründung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft einen Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif.

3 Während nachgewiesener Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts oder wenn allein durch Zahlung des Beitrags eine solche Hilfebedürftigkeit eintreten würde, wird der Beitrag im Basistarif halbiert.

R12/1209 – Werte für 2012 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	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.078.100	3.086.300	- 8.200	- 0,3
Männer	4.900.100	4.924.600	- 24.500	- 0,5
Kinder	1.641.400	1.656.000	- 14.600	- 0,9
insgesamt	9.619.600	9.666.900	- 47.300	- 0,5

R12/1210 – Werte für 2012 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 ¹	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
	23.071.900	22.498.900	+ 573.000	+ 2,5

¹ Eine Person kann mehrere Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen haben. Ebenso können in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen mitversichert sein (Gruppenversicherung). Deswegen wird im Folgenden nur von Versicherungen gesprochen.

R12/1211 – Werte für 2012 vorläufig

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2012	2011	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	3.513.100	3.464.000	+49.100	+1,4
	Männer	2.744.300	2.673.500	+70.800	+2,6
	Kinder	1.483.000	1.540.800	-57.800	-3,8
	insgesamt	7.740.400	7.678.300	+62.100	+0,8
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.892.000	2.568.200	+323.800	+12,6
	Männer	2.036.200	1.768.800	+267.400	+15,1
	Kinder	1.447.500	1.375.800	+71.700	+5,2
	insgesamt	6.375.700	5.712.800	+662.900	+11,6
Zahntarife	Frauen	6.641.700	6.411.100	+230.600	+3,6
	Männer	5.071.600	4.870.800	+200.800	+4,1
	Kinder	1.861.200	1.936.900	-75.700	-3,9
	insgesamt	13.574.500	13.218.800	+355.700	+2,7
insgesamt¹	Frauen	8.514.000	8.273.300	+240.700	+2,9
	Männer	6.456.400	6.233.600	+222.800	+3,6
	Kinder	2.578.200	2.632.500	-54.300	-2,1
	insgesamt	17.548.600	17.139.400	+409.200	+2,4

1 Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife gleichzeitig abschließen und ebenso nachträglich einzelne Tarife kündigen oder weitere hinzunehmen. Entsprechend wird er in den einzelnen Tarifarten mitgezählt. In der Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert und auch die Veränderungen im Versicherungsschutz bleiben unberücksichtigt, sofern nur ein Unternehmen betroffen ist.

R12/1212 – Werte für 2012 vorläufig



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

Zusatzversicherungen, die für GKV- und PKV-Versicherte interessant sind

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankentagegeldversicherung¹	3.628.200	3.599.300	+ 28.900	+ 0,8
Krankenhaustagegeldversicherung	8.153.700	8.246.300	- 92.600	- 1,1
Pflegezusatzversicherung²	2.186.700	1.880.400	+ 306.300	+ 16,3
davon				
Pflegetagegeldversicherung	1.984.700	1.683.500	+ 301.200	+ 17,9
Pflegekostenversicherung	332.900	308.300	+ 24.600	+ 8,0

1 In diesen Angaben sind auch die vollversicherten Personen mit Krankentagegeldversicherung enthalten.
2 Manche Personen haben sowohl eine Pflegetagegeld- als auch eine Pflegekostenversicherung abgeschlossen. Sie werden in der Gesamtsumme der Pflegezusatzversicherung aber nur einmal gezählt.

R12/1213 – Werte für 2012 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.

Auslandsreisekrankenversicherung	2012	2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
	24.300.000	24.937.400	- 637.400	- 2,6

R12/1214 – Werte für 2012 vorläufig

Auslandsreisekrankenversicherung

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 abgeschlossenem deutschem Geschäft. Einnahmen aus Rückversicherungsverträgen oder Tätigkeiten im Ausland sind also nicht enthalten. Bei den Beitragseinnahmen wird zwischen abgegrenzten und unabgegrenzten Werten unterschieden.

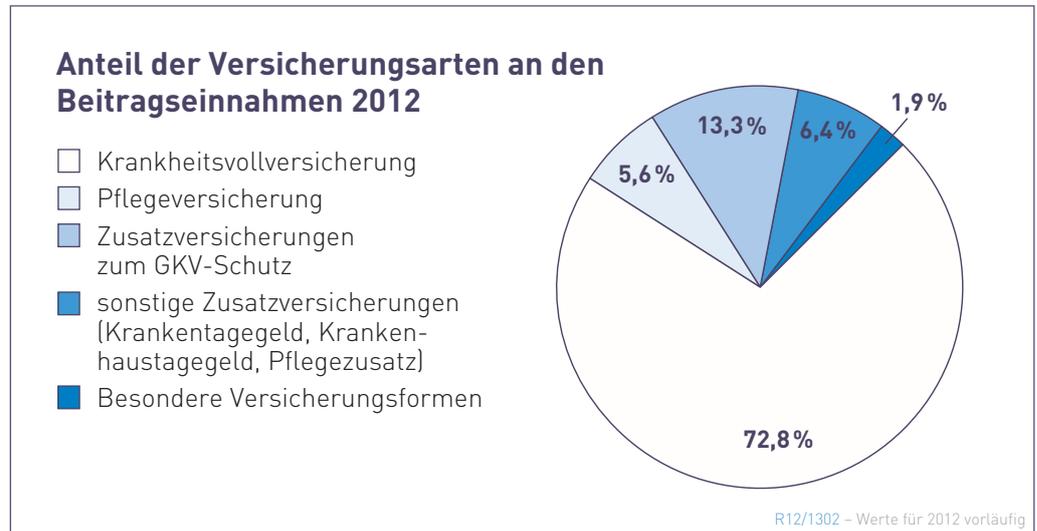
Die unabgegrenzten Beitragseinnahmen umfassen alle innerhalb eines Jahres von den Versicherten geleisteten Zahlungen an die Unternehmen, und zwar unabhängig davon, welchem Geschäftsjahr sie wirtschaftlich zuzuordnen sind. Abgestellt wird allein auf den Zahlungszeitpunkt. Die abgegrenzten Beitragseinnahmen 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.

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	25.950	25.150,9	+ 800	+ 3,2
Pflegeversicherung	2.000	2.105,1	- 105	- 5,0
Zusatzversicherungen	7.025	6.682,6	+ 340	+ 5,1
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.760	4.524,5	+ 235	+ 5,2
Krankentagegeld- versicherung	1.120	1.068,0	+ 50	+ 4,7
Krankenhaustagegeld- versicherung	575	592,8	- 20	- 3,4
Pflegezusatz- versicherung	570	497,3	+ 75	+ 15,1
Besondere Versicherungsformen	695	728,8	- 35	- 4,8
davon				
Auslandsreise- krankenversicherung	340	382,6	- 45	- 11,8
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	110	106,3	+ 5	+ 4,7
Beihilfeablöse- versicherung	235	232,6	0	0,0
Restschuld- und Lohnfortzahlungs- versicherung	10	7,3	+ 5	+ 68,5
insgesamt	35.670	34.667,4	+ 1.005	+ 2,9
insgesamt ohne Pflegeversicherung	33.670	32.562,3	+ 1.110	+ 3,4

R12/1301 – Werte für 2012 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.



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	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	1.305	1.182,1	+120	+10,2
Pflegeversicherung	275	16,9	+260	+1.538,5
Zusatzversicherungen	120	129,0	-10	-7,8
Besondere Versicherungsformen	0	0,1	0	0,0
insgesamt	1.700	1.328,1	+370	+27,9

R12/1303 – Werte für 2012 vorläufig

1.4 Aufwendungen

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Sie betragen im Jahr 2012 insgesamt 23.305 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 93,2 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2011 betrug dieser Wert 91,1 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 1.942,1 Mio. Euro – 44,3 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Leistungen an Versicherte	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	22.525	22.053,6	+ 470	+ 2,1
Pflegeversicherung	780	720,5	+ 60	+ 8,3
insgesamt	23.305	22.774,1	+ 530	+ 2,3

R12/1401 – Werte für 2012 vorläufig

Die Kosten je Versicherten sind im Vergleich zum Vorjahr weniger stark gestiegen (2011: plus 2,9 Prozent).

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

Veränderung der Versicherungsleistungen 2011 / 2012 je Versicherten	Veränderung in Prozent
ambulante Leistungen	+ 1,6
davon	
Arztbehandlung	+ 1,8
Heilpraktikerbehandlung	+ 1,9
Arzneien und Verbandmittel	+ 0,1
Heilmittel	+ 2,2
Hilfsmittel	+ 2,2
stationäre Leistungen	- 0,5
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 0,8
Wahlleistung Chefarzt	- 3,0
Wahlleistung Unterkunft	- 3,2
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 6,6
Zahnleistungen	+ 6,6
davon	
Zahnbehandlung	+ 4,6
Zahnersatz	+ 8,0
Kieferorthopädie	+ 4,5
Versicherungsleistungen für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+ 1,9

R12/1402 – Werte für 2012 vorläufig

Leistungen an die Versicherten

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 2012:

Alterungsrückstellungen	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	155.000	145.404,6	+ 9.595	+ 6,6
Pflegeversicherung	25.000	24.022,8	+ 975	+ 4,1
insgesamt	180.000	169.427,4	+ 10.575	+ 6,2

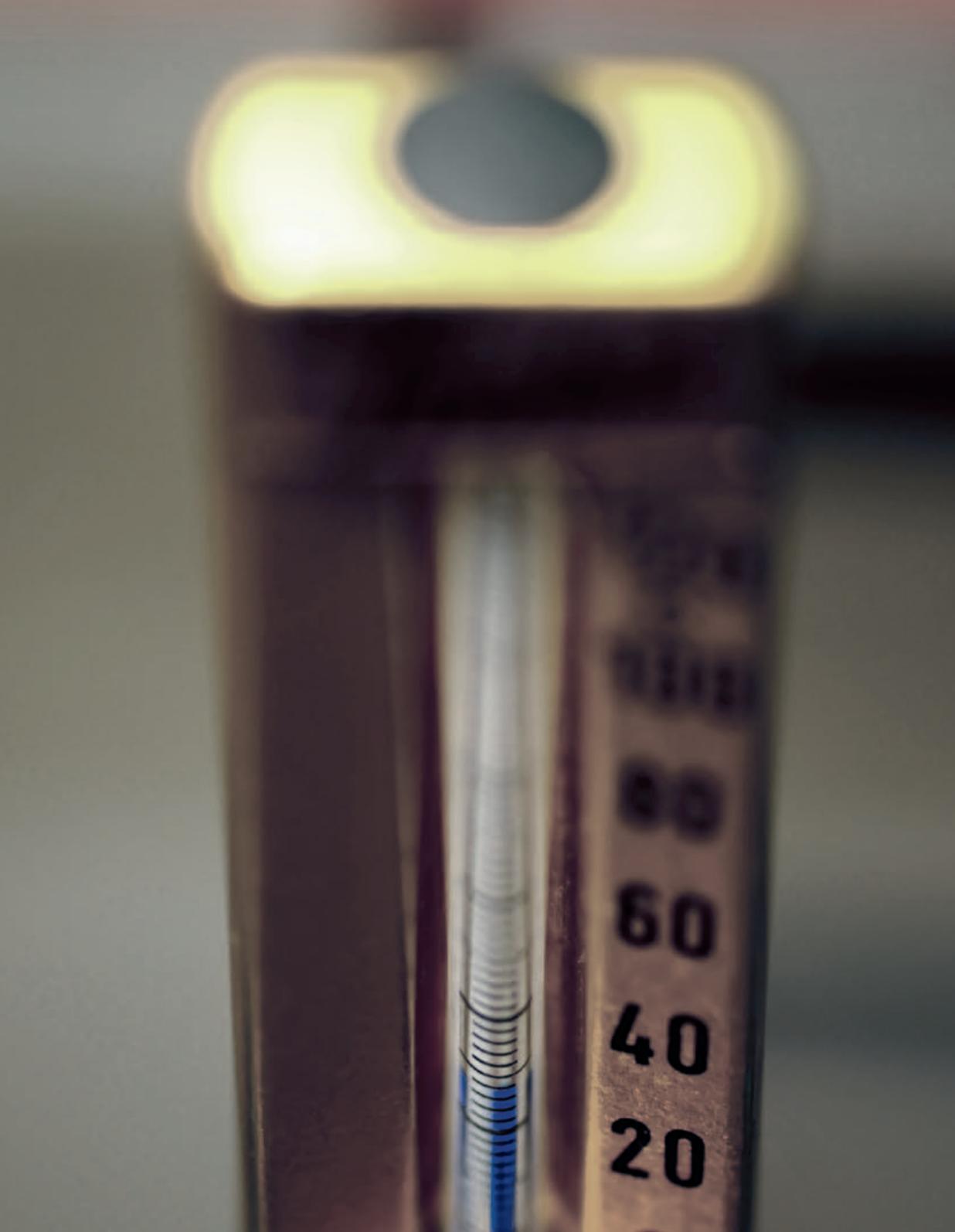
R12/1403 – Werte für 2012 vorläufig

Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

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

	2012	2011	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.570	2.756,2	- 185	- 6,7
Verwaltungsaufwendungen	900	849,2	+ 50	+ 5,9
insgesamt	3.470	3.605,4	- 135	- 3,7

R12/1404 – Werte für 2012 vorläufig



2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit

2.1 Politik und Gesetzgebung

Die Private Krankenversicherung zieht nach dem medial schwierigen Jahr 2012 eine insgesamt positive Bilanz. Erfreulicherweise konnte die Periode pragmatischer Gesetzgebung und Gestaltung des Systemwettbewerbs, die mit Abschluss des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 noch in der Großen Koalition begann und unter der schwarz-gelben Koalition neue Impulse bekommen hat, fortgesetzt werden. Mit Blick auf die vergangenen fünf Jahre ist es der PKV nämlich gelungen, insbesondere auf vier gesundheitspolitischen Feldern in die Offensive zu gehen:

Schutz der Versicherten vor überhöhten Preisen

Zu den verbandspolitischen Eckpunkten der vergangenen fünf Jahre zählt die Korrektur unverhältnismäßiger Kostenbelastungen von Privatversicherten. Hier wurden Erfolge in den Bereichen Arzneimittel (Zytostatikapreisregulierung 2009 sowie AMNOG 2010) sowie bei den Privatklinikausgründungen (2011) erzielt. Aus Versichertensicht ebenfalls bedeutsam ist die verbraucherfreundliche Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur steuerlichen Behandlung von Krankenversicherungsbeiträgen im Bürgerentlastungsgesetz.

Fortentwicklung der PKV vom „Payer“ zum „Player“

Der PKV ist es gelungen, neue Gestaltungskompetenzen im Systemwettbewerb um Qualität zu erlangen. Sichtbar wird dies beispielsweise an der Gründung von COMPASS Pflegeberatung und der Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ in 2009, der gesetzlichen Klarstellung einer PKV-eigenen Prüfkompetenz der Qualität in Pflegeheimen sowie dem Aufbau der Abteilung Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen (QPP) in 2011. Diese Qualitätsoffensive wird auch in den anderen gesundheitspolitischen Bereichen verfolgt. So hat sich das vom PKV-Verband 2012 neu entwickelte Angebot einer Qualitätspartnerschaft (s. Seite 82 f.) mit besonders guten Krankenhäusern zu einem Erfolgsmodell entwickelt. In diesen Qualitätspartnerschaften schließen sich Partner zusammen, die ein gemeinsames Interesse verfolgen: die Behandlung der Patienten auf einem herausragenden Qualitätsniveau. Dieser Weg wird in den kommenden Jahren ausgebaut und intensiv fortgesetzt werden.

Korrekturen des GKV-WSG

Mit der Abschaffung des Drei-Jahres-Moratoriums und der Wiederherstellung der Wahlfreiheit zwischen den Systemen auf dem Niveau von 2006 wurde das wichtigste Korrektur-Ziel im Jahr 2010 erreicht. Dringend notwendig ist nun noch die Umsetzung eines Notlagentarifs, der die mit der Pflicht zur Versicherung aufgekommene Problematik von unkündbaren Nichtzahlern, wenn nicht vollständig, so doch weitgehend, heilen könnte. Das ist nicht zuletzt auch im Interesse der Betroffenen selbst, deren Beitragsschulden sich ebenfalls reduzieren werden.

Mehr Menschen und Leistungen kapitalgedeckt in der PKV absichern

Die zum 1. Januar 2013 eingeführte staatlich geförderten Pflagegeldversicherung entspricht einem wesentlichen gesundheitspolitischen Leitmotiv der PKV: mehr Kapitaldeckung im demografischen Wandel. Die geförderte

Pflegezusatzversicherung wird zudem die PKV als kapitalgedeckte Säule im dualen System noch stärker in der Gesamtgesellschaft verankern.

Die Reform der Pflegeversicherung war aus Sicht der PKV zweifellos die herausragende gesellschaftspolitische Entscheidung in der Gesetzgebung des Jahres 2012.

Die Reform der Pflegeversicherung

Mit der Einführung der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung (GEPV) ist ein dringend notwendiger Beitrag zur Zukunftsvorsorge geleistet worden. Es wird sich auf Dauer als historische Weichenstellung erweisen, dass die Bürgerinnen und Bürger eine zusätzliche private Vorsorge aufbauen und dabei staatlich unterstützt werden. Die Förderung der GEPV ist beispielhaft für eine vorausschauende und generationengerechte Politik, die angesichts der programmierten demografischen Entwicklung in diesem Land auf mehr Eigenverantwortung setzt.

Die Zahl der Bürgerinnen und Bürger im erwerbsfähigen Alter sinkt bis 2050 um mehr als 30 Prozent, von aktuell 51 Millionen auf dann nur noch 34 Millionen Menschen. Für die jüngeren Generationen, die den Sozialstaat von morgen finanzieren müssen, wird das eine enorme Belastung sein. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich bis dahin in Deutschland nahezu verdoppeln, von heute rund 2,4 Millionen Menschen auf etwa 4,5 Millionen im Jahr 2050.

Der Anteil der über 80-jährigen an der Gesamtbevölkerung wird sich von 5 Prozent auf 14 Prozent im Jahr 2060 fast verdreifachen. Und mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden.

Eine zusätzliche kapitalgedeckte private Pflegevorsorge ist vor diesem Hintergrund unabdingbar. Sie trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Ausweitung des Umlageverfahrens in der Sozialversicherung angesichts der Demografie-Probleme nicht mehr möglich ist.

Eine ergänzende Absicherung ist zudem notwendig, weil die Pflegepflichtversicherung lediglich eine Art Teilkaskoversicherung ist. Schon heute sind viele pflegebedürftige Menschen trotz bestehender Pflegepflichtversicherung nicht in der Lage, für ihre Pflegekosten allein aufzukommen. Dazu sei folgendes Zahlenbeispiel genannt: Die Kosten für eine Unterbringung im Heim bei Pflegestufe III betragen derzeit im Bundesdurchschnitt bei vollstationärer Pflege 3.236,69 Euro pro Monat. Die Pflegepflichtversicherung leistet in dieser Stufe allerdings nur 1.550 Euro. Damit bleibt ein Eigenanteil von 1.686,69 Euro, der aus eigener Tasche zu bezahlen ist.

Die neue staatliche Förderung für eine private kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung können die Bürgerinnen und Bürger seit dem 1. Januar 2013 in Anspruch nehmen. Gerade für junge Leute ist das ein attraktives Angebot, denn immerhin bekommen sie bis zu einem Drittel Staatszuschuss, nämlich 5 Euro Zulage bei einem Mindestbeitrag von insgesamt 15 Euro. Die Mindestabsicherung liegt bei monatlich 600 Euro Pflegegeld für die Pflegestufe III. Diese Pflegemonatsgeldversicherung macht es insbesondere Jüngeren möglich, mit geringem finanziellen Aufwand die bestehenden Versorgungslücken zu schließen. Die gesetzlichen Vorgaben geben allen Bürgerinnen und Bürgern einen Rechtsanspruch auf das neue Produkt.



Die staatliche Förderung wird die Menschen stärker für das Pflegerisiko sensibilisieren und die Bereitschaft zur privaten Pflegevorsorge erhöhen. Die GEPV ist jedem ohne Risikoprüfung zugänglich und bietet die Chance, Hilfebedürftigkeit im Pflegefall zu verhindern und einen Rückgriff auf Zahlungspflichten ihrer Angehörigen zu vermeiden. Damit ist sie zugleich ein wichtiger Baustein zur Entlastung zukünftiger Generationen und zur Vermeidung von Verarmung im Pflegefall.

Umsetzung des EuGH-Urteils zu Unisex

Neben der kurzfristigen Umsetzung der GEPV, deren abschließendes Regelwerk erst kurz vor Weihnachten vorlag, mussten die Unternehmen der PKV gleichzeitig das Unisex-Urteil des Europäischen Gerichtshofes umsetzen. Mit dem Stichtag 21. Dezember 2012 darf bei der Kalkulation nicht mehr nach Männern und Frauen unterschieden werden. Offenkundige Unterschiede in der Lebenserwartung und bei der Inanspruchnahme von Leistungen zwischen den Geschlechtern dürfen somit nicht mehr berücksichtigt werden. Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung mussten das Urteil des Europäischen Gerichtshofs fristgerecht umsetzen, obwohl die Unisex-Regelungen noch nicht in nationalem Recht verankert waren.

Unisex-Tarife sind ein Bruch mit dem Prinzip risikoadäquater Kalkulation, das darin besteht, dass Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln und entsprechend risikotechnisch zu bewerten ist. Die Verbraucher, insbesondere die Frauen, werden dadurch keinen finanziellen Vorteil haben, weil die Rücknahme von Elementen risikoadäquater Kalkulation Sicherheitszuschläge erforderlich macht und so das Produkt insgesamt verteuert.

Zu einer Produktverteuerng führen auch zwei weitere Faktoren. Erstens nutzen die Unternehmen die neue Unisex-Welt für eine umfassende Modernisierung ihrer Tarife. Zweitens kalkulieren viele von ihnen mit einem niedrigeren

Rechnungszins, was in einem Niedrigzinsumfeld langfristig zur Beitragsstabilisierung beiträgt.

Beteiligung der PKV am Nationalen Krebsregister

Mit dem vom Gesetzgeber in 2012 auf den Weg gebrachten Nationalen Krebsregister – innerhalb des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG) – soll die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung, die flächendeckende Etablierung von Krebsregistern und die Nutzung von deren Daten für Zwecke der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) befördert werden.

Das SGB V wird zunächst um die so genannten organisierten Früherkennungsuntersuchungen ergänzt. Privatversicherte haben ohnehin Anspruch auf jede Früherkennungsuntersuchung, für die der G-BA entsprechende Richtlinien erlassen hat. Neu ist: Die PKV erhält durch das Gesetz erstmals ein Mitwirkungsrecht bei den Früherkennungsrichtlinien des G-BA.

Neu geregelt ist auch, dass der G-BA die Registerdaten für Zwecke der Qualitätssicherung zu nutzen hat. Die PKV hat ihre generelle Bereitschaft erklärt, das Krebsregister auf freiwilliger Basis mitzufinanzieren. Die Kosten der fallbezogenen Krebsregisterpauschale belaufen sich auf 119 Euro je diagnostizierten Krebsfall. Damit stellt die PKV sicher, dass alle Privatversicherten von der gesetzlichen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfasst werden.

Organspendeausweis

Damit sich die Versicherten in Zukunft intensiver mit dem Thema Organspende befassen, hat der Gesetzgeber 2012 über die Parteigrenzen hinweg das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz beschlossen (s. Seite 57 ff.). In Zukunft werden GKV und PKV alle zwei Jahre die Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, regelmäßig und umfassend über das Thema Organspende informieren und zu einer freiwilligen Entscheidung zur Organ- und Gewebespende motivieren.

Der Grundsatz der Freiwilligkeit bleibt jedoch erhalten. Auch wenn der Gesetzgeber einräumt, die Zahl der Spenderorgane erhöhen zu wollen, wird niemand dazu gezwungen, in dieser Frage verbindlich Position zu beziehen. Wer sich selbst entscheidet und seinen Entschluss auch bekundet – ob für oder gegen eine Spende nach dem Tode –, kann seinen Angehörigen im Todesfall eine zusätzliche Belastung ersparen. Denn die Angehörigen müssen die Entscheidung immer dann treffen, wenn keine eindeutige Erklärung des Verstorbenen zur Organ- und Gewebespende vorliegt. Um eine solche Erklärung zu erleichtern, stellen PKV und GKV ihnen kostenlos Organspendeausweise zur Verfügung.

Ausgerechnet in diesem politischen Kontext kam es in einigen Kliniken zu Manipulationen bei der Zuweisung von Spenderorganen. Die PKV steht hier auf dem klaren Grundsatz: Bei der Organvergabe darf es selbstverständlich keine Rolle spielen, ob ein Patient auf der Warteliste privat oder gesetzlich krankenversichert ist. Die Verteilung von Organen erfolgt ausschließlich nach medizinischen Kriterien wie der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht der Transplantation. Die PKV unterstützt alle positiven Bemühungen, diesem Grundsatz vollständig Geltung zu verschaffen.

Transplantationsgesetz

Der Gesetzgeber hat außerdem das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes auf den Weg gebracht, welches der Umsetzung der europäischen Richtlinie über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe dient. Gleichzeitig regelt das Gesetz die versicherungsrechtliche Absicherung des Lebendorganspenders. An dem bisherigen Leistungsgrundsatz, wonach die Krankenversicherung des Organempfängers für die Absicherung des Organspenders aufzukommen hat, wird dabei festgehalten.

Die Ansprüche eines privatversicherten Spenders gegen die GKV des Empfängers stellen sich nach der neuen Gesetzeslage wie folgt dar: Für den privatversicherten Spender besteht im Fall der Organ- oder Gewebespende gegen die GKV des Empfängers ein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. Zudem werden im Fall des Bezugs von Krankengeld Beiträge zur Rentenversicherung von der Krankenkasse des Empfängers übernommen. Das gleiche gilt in diesem Fall für Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Des Weiteren hat der privatversicherte Spender einen bis zu sechswöchigen Anspruch auf Entgeltfortzahlung für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit infolge der Organspende.

Die Ansprüche des gesetzlich- oder privatversicherten Spenders gegen die PKV des Empfängers ergeben sich aus der Selbstverpflichtungserklärung der PKV. Danach trägt die PKV bei einer Organ- oder Gewebespende an einen privatversicherten Organempfänger nicht nur die Aufwendungen für den Organempfänger selbst, sondern sie tritt auch für die Absicherung der beim Organspender anfallenden Aufwendungen ein. Seine Absicherung wird damit mit einbezogen in den Versicherungsschutz des Organempfängers, unabhängig davon ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist.

Durch die Selbstverpflichtungserklärung der PKV wird auch geregelt, dass – wenn der Organspender aufgrund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstausschlag erleidet – die Private Krankenversicherung anstelle des Verdienstausschlages dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet.

Patientenrechtegesetz

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) soll die Rolle des mündigen Patienten gestärkt und auf Augenhöhe mit dem Behandelnden gestellt werden. Die Rechte der Versicherten werden ausgebaut, indem die Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern sowie die Patientenbeteiligung gestärkt werden. Darüber hinaus wird das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch zusammengefasst. Der PKV-Verband begrüßt die Stärkung der rechtlichen Stellung der Patienten.

Gegenstand des Patientenrechtegesetzes ist allerdings auch die Einrichtung einer nationalen Kontaktstelle gemäß der EU-Richtlinie 2011/24/EU. Diese Aufgabe soll vom GKV-Spitzenverband übernommen werden. Das Gesetz verpflichtet die PKV-Unternehmen, dieser Stelle Informationen zur Verfügung zu stellen und sich an ihrer Finanzierung zu beteiligen. Die PKV hat ihrer organisatorischen und finanziellen Einbeziehung aus ordnungspolitischen sowie verfassungsrechtlichen Bedenken widersprochen.

Für eine Einbeziehung der Privatversicherten besteht erstens kein Bedarf, weil Privatversicherte bereits seit Jahrzehnten einen Anspruch auf Krankenbehandlung im europäischen Ausland haben. Verlässliche Auskünfte über den Umfang ihrer Versicherungsverträge für eine Heilbehandlung kann ihnen zudem nur das Versicherungsunternehmen erteilen. Dieser Informationspflicht kommen die PKV-Mitgliedsunternehmen bereits umfassend nach.

Zweitens stellt die Verpflichtung zur Mitfinanzierung für die PKV eine verfassungswidrige Sonderabgabe dar. Es fehlt eine tragfähige Rechtfertigung für die Inanspruchnahme. Die Kontaktstelle entfaltet für die in Anspruch genommenen privaten Versicherungsunternehmen und die Privatversicherten keinen zusätzlichen Nutzen. Die Einbeziehung des PKV-Verbands in die Nationale Kontaktstelle wird deshalb nach wie vor abgelehnt.

Arzneimittelrabatte

Bei der Umsetzung des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der Gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) tun sich neben ungelösten alten auch neue Probleme auf.

Die Herstellerrabatte nach § 130a SGB V in Höhe von 16 Prozent auf den Herstellerabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Festbetrag finden seit dem AMNOG auch in der Privaten Krankenversicherung Anwendung. Der Einzug der Rabatte erfolgt für die PKV-Unternehmen sowie die Beihilfe durch die Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten (ZESAR). Ein Teil der pharmazeutischen Unternehmen verweigert jedoch die Zahlung und zweifelt die rechtliche Legitimation des Herstellerrabattes an. Die Außenstände, die dadurch entstehen, belaufen sich derzeit bereits auf über 65 Millionen Euro.

Die ZESAR GmbH hat mit Unterstützung des PKV-Verbands zahlreiche Gespräche mit den zahlungsverweigernden pharmazeutischen Herstellern geführt. Zum Teil einigte man sich auf eine Fortsetzung der Zahlung bzw. eine Zahlung unter Vorbehalt. Zu den offenen Rechtsfragen wurden Musterverfahren angestrengt.

Weitere offene Fragen ergeben sich bei den nutzenorientierten Preisverhandlungen nach § 130b SGB V. Kern dieses Verfahrens sind Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen im Benehmen mit dem PKV-Verband über einen als Rabatt zu gewährenden Erstattungsbetrag. Verhandlungsgrundlage ist die Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Nach § 130b SGB V wird dieser Rabatt in der Lieferkette gewährt, was zur Folge hat, dass Privatversicherte für Arzneimittel, für die ein Erstattungsbetrag ausgehandelt wurde, in der Apotheke nur den um den Rabatt geminderten Preis zu zahlen haben. Im Jahr 2012 wurden unter Beteiligung des PKV-Verbands für 12 Arzneimittel Erstattungsbeträge ausgehandelt, die jeweils rückwirkend in Kraft traten. Die technische Umsetzung der Verhandlungsergebnisse für Privatversicherte ist allerdings ungeklärt. Rechtlich hat jeder Privatversicherte gegenüber den Apotheken den Anspruch auf Auszahlung des rückwirkend vereinbarten Rabatts. Außerdem ist zwischen Kostenträgern einerseits und Herstellern, Pharmagroßhandel sowie Apotheken andererseits nach wie vor umstritten, ob die Zuschläge in der Handlungskette den ursprünglichen Herstellerrabattpreis oder den verhandelten zum Referenzpreis haben.

Rabatte nach § 130a SGB V

Preisverhandlungen nach § 130b SGB V



PKV-Reformdebatte

In den vergangenen Jahren hat die Branche nicht nur am Ausbau ihrer Stärken weiter gearbeitet, sondern hat sich auch mit ihren Defiziten beschäftigt. So hat sich die PKV schon vor der im ersten Halbjahr 2012 überaus kritisch geführten Debatte über Tarife mit geschlossenen Hilfsmittel-Katalogen sowie Tarife ohne Absicherung der ambulanten Psychotherapie mit dem Leistungsumfang ihrer Tarife auseinandergesetzt. Mit der Einführung von Unisex-Tarifen haben die meisten Unternehmen auf jeder Wahlebene vom Grund- bis zum Spitzenschutz Mindestleistungen definiert.

Auch das Thema Provisionen ist erfolgreich in Angriff genommen worden. Da die Branche aus kartellrechtlichen Gründen sich nicht selber regulieren darf, hat der Verband beim Gesetzgeber angeregt, dass die Vermittlerprovisionen in der Krankenversicherung begrenzt werden und eine fünfjährige Stornohaftungszeit eingeführt wird. Dadurch sollen in Zukunft Übertreibungen bei Provisionen vermieden werden, ohne jedoch die Qualität der persönlichen Beratung und Betreuung der Versicherten durch die Vermittler zu beeinträchtigen. Nun muss geprüft werden, inwiefern sich die gesetzlichen Regelungen auch in der Praxis bewähren.

In den Medien wird regelmäßig immer wieder über die Beitragsbelastung Privatversicherter im Alter kritisch berichtet. Diese Kritik übersieht, dass Reformen zugunsten stabiler Beiträge im Alter in der Privaten Krankenversicherung bereits vor über 10 Jahren in Kraft getreten sind und längst wirken. Seit Januar 2001 gibt es neben den Alterungsrückstellungen auch den so genannten 10-Prozent-Zuschlag auf den individuellen Beitrag zur Vorfinanzierung des medizinischen Fortschritts. Darüber hinaus muss jedes PKV-Unternehmen 90 Prozent aller Überzinsen den Versicherten, die älter als 65 Jahre sind, gutschreiben. Das so genannte Altenproblem in der PKV ist damit längst gelöst- zumindest zeigen erste Analysen größerer Bestände, dass die durchschnittliche Beitragssteigerung bei den Über-65-Jährigen den vergangenen 10 Jahren regelmäßig unter der Inflationsrate lag.

Hilfsmittel und
Psychotherapie

Provisionen

Stabile Beiträge



Zudem gibt es für langjährige PKV-Versicherte, die im Alter aus welchen Gründen auch immer Probleme haben, ihren Beitrag aufzubringen, einen funktionierenden Sozialtarif, den so genannten Standardtarif. Dieser bietet Leistungen auf dem Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung zu meist deutlich geringeren Beiträgen, da sich hier die Alterungsrückstellungen besonders stark auswirken.

Ein weiterer Kritikpunkt waren die so genannten Billigtarife. Diese Tarife waren von einigen Unternehmen insbesondere mit Blick auf die neue Pflicht zur Versicherung angeboten worden, als viele Neukunden zur PKV kamen, die ursprünglich gar keinen Versicherungsanspruch haben wollten. Diese Tarife haben sich wegen der Leistungsdefizite und relativ großer Beitragssprünge nicht bewährt und werden daher von den entsprechenden Unternehmen nicht mehr angeboten.

Es gibt in jedem Versicherungssystem im Einzelfall Probleme. Privatversicherte können sich dann an die neutrale Schlichtungsstelle des PKV-Ombudsmanns wenden, der unabhängig und kostenlos zwischen beiden Parteien vermittelt. Dabei liegt die Beschwerdequote durchschnittlich bei gerade einmal 0,016 Prozent und war im Jahr 2012 sogar rückläufig. Diese niedrige Quote steht für eine insgesamt außergewöhnlich hohe Zufriedenheit der Privatversicherten mit ihrem System. Wer über Reformbedarf in der PKV spricht, sollte auch dies zur Kenntnis nehmen.

Ausblick 2013

Verlängerung des Fördervertrags mit der Unabhängigen Patientenberatung

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) handelt in gesetzlichem Auftrag mit dem Ziel, die Position der Patienten im Gesundheitswesen zu stärken. Der Verband der Privaten Krankenversicherung beteiligt sich seit 2011 freiwillig an der Finanzierung der UPD mit einem eigenständigen Förderprojekt. Auf Basis der zusätzlichen Fördermittel des PKV-Verbands bietet die UPD in

vier regionalen Beratungsstellen sowie über ein bundesweites Beratungstelefon muttersprachliche Beratung an. Die Mittel der PKV dienen ausschließlich dem Zweck der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund in russischer und türkischer Sprache.

Der PKV-Verband hat der UPD entsprechend dem Anteil der Privatversicherten im Jahr 2011 364.000 Euro zur Verfügung gestellt. Das sind 7 Prozent der im SGB V vorgesehenen Fördermittel. In den Jahren 2012 und 2013 erhöht sich dieser Betrag analog der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgrößen nach SGB IV. Der PKV-Verband strebt die Fortsetzung der durch die PKV finanzierten, muttersprachlichen Beratung der UPD auch über das Jahr 2013 hinaus an. Die Verhandlungen über die Verlängerung des PKV-Fördervertrags wurden in der ersten Jahreshälfte 2013 abgeschlossen.

Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte

Nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in 2011 wurde auch die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angestrebt. Der PKV-Verband hat in 2012 intensiv daran gearbeitet, die Novellierung der GOÄ weiter voranzutreiben. Dank klarer Leitlinien und eines eigenen Reformmodells auf Basis betriebswirtschaftlicher Kalkulation befindet sich der PKV-Verband in konstruktiven Gesprächen mit Bundesärztekammer und Bundesgesundheitsministerium. Wann diese angesichts komplexer Fragen zu einem nach Möglichkeit gemeinsam getragenen Reformvorschlag führen, ist dabei noch offen.

Einführung eines Notlagentarifs

Die seit 2009 geltende Pflicht zur Krankenversicherung und der Wegfall des Kündigungsrechts auch bei Beitragsverzug haben in Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung zu immer mehr Nichtzahlern geführt. In 2012 hatte allein die PKV ca. 145.000 Nichtzahler. Der geschätzte Beitragsausfall beträgt hier inzwischen über 750 Mio. Euro. Der PKV-Verband setzt sich deshalb für die Einführung eines reinen PKV-Notlagentarifs ein.

Die Möglichkeiten der Tarifikalkulation im PKV-Bereich könnten bei entsprechender gesetzlicher Erlaubnis genutzt werden, um den Beitragsrückstand für die Nichtzahler und den Schaden für die Versichertengemeinschaft wenigstens zu reduzieren. Dazu hat der PKV-Verband die Idee eines Notlagentarifs entwickelt. Dieser Tarif wäre leistungsmäßig identisch mit dem Leistungsniveau bei ruhendem Versicherungsverhältnis im Basistarif, also der heutigen Rechtslage bei Nichtzahlung. Er würde aber aufgrund der Typologie der Nichtzahler den finanziellen Schaden für die Nichtzahler selbst – die kontinuierlich Schulden anhäufen – und auch für die Versichertengemeinschaft minimieren. Tendenziell sind Nichtzahler nämlich jung, gering verdienend, selbstständig und nehmen kaum Leistungen in Anspruch. Ein eigener Notlagentarif für diese Klientel minimiert infolge der geringeren kalkulatorischen Beiträge den Beitragsausfall bei Nichtzahlung. Die Umstellung in den regulären Basistarif dagegen würde die Beitragsaußenstände künstlich erhöhen.

Von einem Notlagentarif und den dort deutlich reduzierten Beitragsausfällen würden alle Beteiligten profitieren: die Versichertengemeinschaft, die Unternehmen und auch die Nichtzahler, deren Beitragsschuld entsprechend geringer ausfiele, womit sich ihre Chance auf Rückkehr in einen Normaltarif deutlich erhöhen würde. Kurzum: eine win-win-win-Situation.

Vorteile für alle Beteiligten

Obwohl es einen breiten gesellschaftspolitischen Konsens zur Lösung der Nichtzahlerproblematik in GKV und PKV gibt, ist 2012 eine gesetzliche Regelung ausgeblieben. Mit einer Umsetzung ist nun aber im Sommer dieses Jahres zu rechnen.

Bundestagswahl 2013

Der internationale Vergleich zeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem im OECD-Vergleich ein sehr geringes Rationierungsniveau hat. Deutschland hat den umfangreichsten Leistungskatalog, die geringsten Wartezeiten und die größte Patientenautonomie bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern. Und das alles bei nur geringen Zuzahlungen.

Der internationale Vergleich widerlegt zugleich, dass einheitliche Krankenversicherungssysteme ein Schutz vor einer „Zwei-Klassen-Medizin“ sein können. Ganz im Gegenteil korrespondieren mit dem hohen Rationierungsniveau in allen einheitlichen Krankenversicherungsmärkten der OECD-Staaten, ebenso hohe Versorgungsunterschiede, da die vorenthaltenen Leistungen privat dazu gekauft werden oder in privaten Zusatzversicherungen abgesichert werden müssen. Das staatliche Versorgungssystem wird dabei umgangen und es wird zunehmend das Angebot von Privatpraxen oder -kliniken genutzt. Eine weitere Reaktion finanzkräftiger Patienten auf Rationierung in Einheitssystemen ist der „Medizin-Tourismus“. Kurzum: Ausländische Gesundheitssysteme kennen in der Regel ein gesetzliches Sicherungssystem für alle, aber mit parallelen Versorgungsstrukturen in Abhängigkeit von den finanziellen Möglichkeiten. In Deutschland hingegen gibt es zwei Versicherungssysteme, aber ein weitgehend gemeinsames Versorgungssystem für alle.

Der Systemwettbewerb von PKV und GKV in einem gemeinsamen Versorgungssystem erweist sich somit als echte Prophylaxe gegen Leistungseinschränkungen in der GKV und gegen die „Zwei-Klassen-Medizin“. Vor diesem Hintergrund ist die Politik gut beraten, dieses bewährte duale System nicht durch ideologische Planspiele aufs Spiel zu setzen. Eine Abschaffung der PKV oder ihre Daseinsbeschränkung auf Bestandsverwaltung – egal ob unter der Überschrift der Bürgerversicherung oder eines einheitlichen Versicherungsmarktes – würde das deutsche Gesundheitssystem insgesamt schädigen und dauerhaft destabilisieren.

Dies haben viele gesellschaftspolitische Akteure bereits erkannt. Kein Ärzte-, Zahnärzte-, Beamten- oder Arbeitgebertag endete 2012 ohne ein Bekenntnis zum dualen System. Und das hat auch die Politik wahrgenommen. So haben sich Johannes Singhammer und Jens Spahn mit ihrem Brief an alle Mitglieder der CDU/CSU-Bundestagsfraktion deutlich pro Dualität ausgesprochen: „Neben der gesetzlichen Krankenversicherung sind die privaten Krankenversicherungen als Voll- und Zusatzversicherung ein konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen. Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV muss im Interesse von Vielfalt und Wahlmöglichkeiten erhalten bleiben.“

Der PKV-Verband und alle seine Mitgliedsunternehmen sind ebenfalls fest davon überzeugt, dass das duale System als Alleinstellungsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems zu erhalten ist als Garant für ein international herausragendes Versorgungsniveau.

2.2. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbands

Die wesentliche Aufgabe der Verbands-Pressestelle ist es, die Öffentlichkeit aktiv über alle für die Branche relevanten Themen zu informieren. Zu diesem Zweck gab sie im Jahr 2012 27 Pressemitteilungen heraus und veranstaltete darüber hinaus Presseseminare für Fachjournalisten in Berlin, Hamburg, Köln und München. Hinzu kamen zahlreiche weitere Informationsgespräche mit Journalisten, die in vielen Fällen zu Veröffentlichungen branchenrelevanter Themen in großen überregionalen Tageszeitungen führten. Dem schloss sich oft eine Folgeberichterstattung in Nachrichtenagenturen und anderen Medien an. Auf diese Weise gelang es der Pressestelle in vielen Fällen, wesentliche branchenrelevante Argumente öffentlichkeitswirksam zu platzieren.

Häufig waren Repräsentanten des PKV-Verbands mit Stellungnahmen auch in den Fernseh- und Hörfunknachrichten vertreten, beispielsweise in der „Tageschau“ oder im „Deutschlandradio“. Alle relevanten Presseberichte, Radio- und Fernsehbeiträge über die PKV hat die Pressestelle auch in diesem Jahr als Mediendokumentation zusammengefasst.

Wie schon in den Vorjahren, hat die Verbands-Pressestelle auch 2012 ihr Serviceangebot für Journalisten und Meinungsbildner weiter ausgebaut: Neben den bisherigen, sendefähigen Zitaten („Originaltönen“) der Verbandsführung für Hörfunkjournalisten sind auf der Internetseite des Verbands nun auch Fernsehinterviews mit wichtigen Akteuren aus Politik und Gesundheitswesen zu finden, die sich darin klar zum dualen System aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung bekennen. Zu den Interviewten gehören unter anderem der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, sowie Arbeitgeberpräsident Prof. Dr. Dieter Hundt. Diese Interviews und ihre Nachbearbeitung (Schnitt) produziert die Pressestelle mit eigenen Mitteln. Darüber hinaus erstellt die Pressestelle anlassbezogene weitere aktuelle Videobeiträge, beispielsweise zum Präventionsengagement der PKV.

Als Diskussions-Plattform hat die PKV ein neues Dialogportal im Internet entwickelt. Hier werden der interessierten Öffentlichkeit Informationen über wesentliche Aspekte des deutschen Gesundheitssystems angeboten. In einem Forum können die Nutzer zudem über wechselnde Gesundheitsthemen diskutieren (s. Seite 41).

Auch das Angebot an Informationsgrafiken wurde weiter ausgebaut, beispielsweise zum Thema Pflege. Darüber hinaus hat der Verband computeranimierte Informationsvideos erstellt, die beispielsweise über die Mehrbelastung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bei Einführung einer Bürgerversicherung oder über die Notwendigkeit kapitalgedeckter Absicherung infolge des demografischen Wandels aufklären. In Vorbereitung auf den Bundestagswahlkampf 2013 hat der Verband seine Argumente gegen die Einführung einer Bürgerversicherung auch als Broschüre zusammengestellt (Kurz- und Langfassung) und verteilt diese u.a. auf Parteitag.

Das öffentliche Interesse an der PKV war auch 2012 sehr hoch. Dies liegt zum einen an einer regelrechten Kampagne, die von den politischen Gegnern der Branche teils unter bewusster Verbreitung von Fehlinformationen in den ersten Monaten des Jahres lanciert wurde (s. Seite 36 f.). Darüber hinaus beantwortete die Pressestelle 2012 mehr als 5.700 Telefon- und E-Mail-Anfragen von Journalisten und anderen PKV-Interessierten. Darunter war auch ein unangekündigter

Mediendokumentation

Service für Journalisten

Dialogportal

Informationsgrafiken

Pressestellen-Qualitätstest der Zeitschrift „pr-magazin“, die die Leistung der PKV-Öffentlichkeitsarbeit anschließend mit „sehr gut“ bewertete. Inhaltlich ging es bei den meisten Anfragen vor allem um die Themen Beitragsanpassungen durch Versicherungsunternehmen, die Pflicht zur Versicherung und die Möglichkeiten zur Versicherung in der Privaten Krankenversicherung sowie die Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Dabei gelang es der Pressestelle in vielen Fällen, für die Branche relevante Argumente offensiv in die Öffentlichkeit zu transportieren. Das betrifft beispielsweise die Einführung der staatlich geförderten ergänzenden Pflegezusatzversicherung. Aber auch die Diskussionen über die Einführung der neuen Unisex-Tarifwelt oder über die Einführung eines Notlagentarifs für säumige Beitragszahler wurden aktiv von der Pressestelle begleitet.

Zentrale Themen der Verbandskommunikation 2012

Pflege

Im Jahr 2012 wurden die Weichen für die Ausgestaltung der jüngsten Pflegereform gestellt. Hauptaspekt für die PKV war dabei die geplante staatliche Förderung der kapitalgedeckten Ergänzung zur gesetzlichen Pflegeversicherung („Pflege-Bahr“). Durch verschiedene gezielte Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit hat die PKV-Pressestelle diese Reformpläne flankiert. So wies der Verband darauf hin, dass das Umlageverfahren der sozialen Pflegeversicherung aufgrund der Überalterung der Gesellschaft nicht zukunftsfest ist. Gleichzeitig stellte die PKV-Pressestelle die Vorteile des privaten Finanzierungsmodells heraus. So berichteten unter anderem „Handelsblatt“ und „Süddeutsche Zeitung“ über die Beitragssenkung in der Privaten Pflegepflichtversicherung. In mehreren Zeitungsberichten und Interviews (u.a. in der „Süddeutschen Zeitung“ und in den „Westfälischen Nachrichten“) plädierte der Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte für konkrete Reformschritte. Nach der Verabschiedung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes bereitete die Verbands-Pressestelle Fachjournalisten unter anderem durch Presseseminare und ein umfassendes Informationspaket zur neuen Pflegevorsorge weiter auf das Thema vor, um eine ausgewogene und sachliche Berichterstattung zu befördern.

Unisex

Ein weiteres wichtiges Thema für die Verbandskommunikation im Jahr 2012 war die verpflichtende Einführung von geschlechtsneutral kalkulierten Tarifen zum 21. Dezember (Unisex-Tarifwelt). Durch Presseseminare und zahlreiche Hintergrundgespräche bereitete die Verbands-Pressestelle die Fachpresse unter anderem darauf vor, dass die neue Tarifwelt aufgrund kalkulatorischer Vorgaben auch für Frauen keine große Entlastung bei den Beiträgen mit sich bringt. Zugleich gelang es, den Zusammenhang von höheren Prämien in der Unisex-Tarifwelt mit Mehrleistungen und einer nachhaltigen Absenkung des Rechnungszinses zu erläutern. So berichteten beispielsweise die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ und „Die Welt“ mehrfach über die verbesserten Leistungen der neuen Unisex-Tarifwelt.

Kritische Medienwelle

Vor allem der Beginn des Jahres 2012 war von einer überaus kritischen Berichterstattung über die Private Krankenversicherung geprägt. Den Auftakt machte



ein Artikel im „Spiegel“, der entgegen den Tatsachen einen negativen Wechselsaldo der Branche gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung suggerierte. Die Verbands-Pressestelle konnte darauf durch schnelle Verbreitung der tatsächlichen Zahlen reagieren. Kurz darauf folgten weitere PKV-kritische Artikel in der „Zeit“ und im „Stern“, die anhand von zugespitzten Einzelfällen die Zukunftsfestigkeit der Branche infrage stellten. Ein weiteres prominentes Beispiel für eine bewusste Verzerrung der Fakten lieferte später auch „Spiegel online“, indem das Nachrichtenportal unter Verwendung von absolut unrepräsentativen Neugeschäftsbeiträgen – z.B. den einer 99-jährigen Frau – über die Prämienentwicklung der Branche spekulierte. Der Vorsitzende des PKV-Verbands ist solchen verzerrten Darstellungen u.a. in einem großen Interview in „Spiegel online“ offensiv entgegengetreten.

Im Fahrwasser dieser kritischen Medienlage versuchten diverse Akteure, eigene Vorstöße gegen die Private Krankenversicherung zu lancieren. So stellte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands, Jürgen Graalman, öffentlich gleich mehrfach die Überlebensfähigkeit der Branche infrage. Der Verbraucherzentrale Bundesverband veröffentlichte eine angebliche Studie, die aus bundesweit 144 Beschwerden bei insgesamt 9 Millionen Privatvollversicherten allen Ernstes Schlussfolgerungen über angebliche Systemfehler und Beitragsentwicklungen der PKV ziehen wollte. Der PKV-Verband wies solche Behauptungen auf der Basis einer Negativ-Stichprobe von 0,0016 Prozent der Versicherten als unseriös zurück. Er wirkte dieser Berichterstattung durch eine faktenbasierte Aufklärungsarbeit entgegen und konnte damit seine Argumente oft schon in der unmittelbaren Folgeberichterstattung platzieren.

Weitere Themen

Ebenfalls im Fahrwasser der Medienwelle versuchte ein Gesundheitspolitiker der Grünen, den absurden und nachweislich falschen Vorwurf einer Bevorzugung von Privatversicherten bei der Organvergabe in den Medien zu streuen. Dem wirkte die Verbands-Pressestelle umgehend unter Rückgriff auf Daten des Bundesgesundheitsministeriums und der Deutschen Stiftung Organtransplantation entgegen, sodass der Vorwurf bereits im Keim erstickt werden konnte.

Notlagentarif

Qualitätspartnerschaften

Darüber hinaus beschäftigte auch das Problem der säumigen Beitragszahler die Öffentlichkeitsarbeit im Jahr 2012. Hier konnte der Blick auf die Tatsache gelenkt werden, dass die Einführung eines sogenannten Notlagentarifs Vorteile für alle Beteiligten bringt, ohne die Versorgung der Betroffenen zu verschlechtern.

Auch der Abschluss von Qualitätspartnerschaften mit mehreren Krankenhausbetreibern („PKV-Gütesiegel“) wurde durch aktive Pressearbeit einer breiteren Öffentlichkeit nahegebracht. Durch die damit verbundene Aufmerksamkeit motiviert die Öffentlichkeitsarbeit des Verbands weitere Kliniken, ebenfalls über eine solche Partnerschaft nachzudenken.

Informationskampagne

Im Jahr 2012 hat der PKV-Verband seine erfolgreiche Anzeigen-Kampagne fortgesetzt und weiterentwickelt. Das reine Textformat wurde teilweise mit thematisch passenden Bildern ergänzt, um eine höhere Aufmerksamkeit zu erzielen. Die Kampagne verfolgte zwei Ziele: Zum einen zeigte sie die PKV mit sachlichen Argumenten als unverzichtbare Säule im deutschen Gesundheitssystem. Unterstrichen wurde diese wichtige Rolle mit den Vorzügen des Kapitaldeckungsverfahrens und der sehr hohen Kundenzufriedenheit der Privatversicherten. Zum anderen wurde in der zweiten Jahreshälfte verstärkt auf die neue geförderte Pflegezusatzversicherung und auf die Notwendigkeit zusätzlicher Vorsorge für die drohende Finanzierungslücke im Fall der Pflegebedürftigkeit hingewiesen.

Neben diesen beiden Grundlinien der PKV-Kampagne wurden im vergangenen Jahr auch mehrere anlassbezogene Anzeigen geschaltet.

Geschlossenheit in der Branche

Mit zwei Sonderanzeigen demonstrierten alle 43 Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands, dass sie in großer Geschlossenheit zu ihrem funktionierenden Geschäftsmodell stehen und unbeirrt von dessen Zukunftsfähigkeit überzeugt sind. Damit wurden auch anderslautende Medien-Spekulationen widerlegt. Auf einem der Motive dokumentierten sämtliche Vorstandsvorsitzende der PKV-Unternehmen mit ihrer Unterschrift, dass die Branche fest entschlossen ist, für den Erhalt der Vollversicherung zu kämpfen. Auf dem Bundespresseball wurde im satirischen Jahresrückblick „Almanach“ wieder eine Anzeige veröffentlicht, die sich auf charmante Weise gegen die Pläne einer „Bürgerversicherung“ richtete. Anlässlich des 150-jährigen Jubiläums der SPD wurde im vergangenen Jahr zudem eine Anzeige entwickelt, die





in einer Sonderausgabe der Parteizeitung „Vorwärts“ im Februar 2013 geschaltet wurde. Sie zeigt in Form einer Geburtstagskarte den Gruß „Alles Gute zum 150. Geburtstag, liebe SPD. Wir freuen uns auf viele weitere gemeinsame Jahre – Die Private Krankenversicherung und ihre 32 Millionen Versicherten.“

Im Herbst unterstützte der PKV-Verband den Bundestagslauf im Berliner Tiergarten als Hauptsponsor. An der Sportveranstaltung nehmen regelmäßig Politiker, Mitarbeiter von Bundestagsabgeordneten sowie Vertreter von anderen Verbänden teil. Der PKV-Verband war im gesamten Start-Ziel-Bereich der Veranstaltung als Hauptsponsor präsent.



PKV-Informationsstand

Der PKV-Verband war auch im vergangenen Jahr 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. Zudem war der PKV-Verband mit Informationsständen erstmals auf den Fachmessen DKM und Medica vertreten.

Telefonaktionen mit regionalen Tageszeitungen

Auch 2012 hat der Verband mit großer Unterstützung aus den Mitgliedsunternehmen rund zehn Telefonaktionen bei verschiedenen Tageszeitungen durchgeführt. Bei diesen Aktionen können Leser telefonisch Fragen zur Privaten Krankenversicherung stellen, die Experten aus der Branche beantworten. Im Anschluss an die Telefonaktionen drucken die Zeitungen die wichtigsten Fragen, die Antworten der Experten und allgemeine Informationen zur Privaten Krankenversicherung ab. Die Mitwirkung von Unternehmensvertretern vor Ort trägt dabei maßgeblich zur Beratungskompetenz bei, da diese auf ihre Erfahrungen aus der Praxis zurückgreifen können. Aus Sicht des Verbands liegt der Vorteil vor allem darin, dass die PKV mit positiven Botschaften und sachlich richtigen Informationen ins Bewusstsein der Leser gerückt wird.

Interne Kommunikation

Die Verbands-Pressestelle ist nicht zuletzt ein Dienstleister der Mitgliedsunternehmen. Als solcher verschickt 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 und beispielsweise auch oft Links zu Online-Quellen 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 für die Branche relevante Themen in den Medien erlaubt. Das Zusammenwirken zwischen den Pressestellen des Verbands und der Mitgliedsunternehmen hat sich sehr gut eingespielt, sodass bei gemeinsamen Themen gegenüber den Medien stets schnell reagiert werden konnte. Die Pressestellen der Mitgliedsunternehmen erhielten auch 2012 bei zahlreichen aktuellen Anlässen umfassende Argumentationspapiere, Hintergrundinformationen und Lageeinschätzungen des Verbands.

Die alljährliche Fachtagung mit den Pressesprechern der Mitgliedsunternehmen fand im September 2012 in Berlin statt. Dort wurden vor allem aktuelle Projekte, vertiefende Informationen zu den politischen Rahmenbedingungen und weitere Schwerpunkte der Verbandspressearbeit vorgestellt und diskutiert. Einen Schwerpunkt bildete der Vortrag eines Gastreferenten über den Umgang mit tendenziösen „Fernsehmagazinen“ und deren vielfach unfairen Recherchemethoden. Die Teilnehmer nutzten die Gelegenheit zum gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch im Umgang mit den wachsenden Herausforderungen durch die sich stetig verändernde Medienlandschaft. Darüber hinaus lud die Verbands-Pressestelle im Februar 2012 zu einer Sonder-Fachtagung ein, auf der das Konzept der neuen Online-Dialogplattform „Gesundheit braucht Vielfalt“ vorgestellt und diskutiert wurde.

Argumentations-Baukasten „Zehn gute Gründe“

Als Ergänzung seiner tagesaktuellen Argumentationshilfen stellt der Verband seinen Mitgliedsunternehmen seit 2012 auf einem geschützten Bereich seiner Internetseite einen umfangreichen Argumentations-Baukasten zur Verfügung. Unter dem Motto „Zehn gute Gründe für die Private Krankenversicherung“ werden die Stärken der Privaten Krankenversicherung und des dualen Krankenversicherungssystems selbstbewusst herausgestellt. Zudem finden die Mitgliedsunternehmen dort ergänzende Informationsgrafiken und Cartoons zur eigenen redaktionellen Verwendung. Die Argumentation wird dabei regelmäßig um neue Daten und Aspekte angereichert.

Neues Dialogportal: www.gesundheit-braucht-vielfalt.de

Seit Juni 2012 bietet der Verband unter der Internetadresse www.gesundheit-braucht-vielfalt.de ein Dialogportal im Internet an. Auf diesem Portal finden gesundheitspolitisch Interessierte Fakten und Meinungen zu diversen Themenschwerpunkten wie zum Beispiel medizinische Innovationen oder die Zukunft des Arztberufs. Ergänzt wird dieses Informationsangebot durch Video-Interviews, Umfragen und weitere interaktive Elemente.

Die Nutzer können sich mit ihren Kontaktdaten registrieren, um untereinander und mit Verbandsvertretern diskutieren zu können.

2.3 Präventions-Engagement der PKV

Wirkungsvolle Präventionsmaßnahmen können die Gesundheit erhalten und den Ausbruch von Krankheiten verhindern. Neben der Aufrechterhaltung der Lebensqualität tragen erfolgreiche Maßnahmen dazu bei, Kosten für den Einzelnen wie die Allgemeinheit einzusparen. Prävention ist damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Politik und Zivilgesellschaft nur gemeinsam erfolgreich bewältigen können. Der Verband der Privaten Krankenversicherung stellt sich seiner gesamtgesellschaftlichen Verantwortung und engagiert sich maßgeblich in den zwei sensiblen Bereichen der Prävention von AIDS und des Alkoholmissbrauchs bei Jugendlichen. Als Treuhänder der Beitragsgelder ihrer Versicherten setzt sich die PKV damit zugleich auch aus wirtschaftlichen Gründen dafür ein, HIV-Infektionsraten und Alkoholsucht zu verhindern.

Kampagne gegen AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten / Hilfe für HIV-Infizierte

Eine Aids-Erkrankung verursacht neben großem menschlichem Leid auch erhebliche Kosten im Gesundheitssystem. Die Behandlung von HIV-Infizierten verursachte in der PKV im Jahr 2011 – unabhängig davon, ob die Krankheit ausgebrochen war oder nicht – im Durchschnitt Kosten in Höhe von über 19.000 Euro: Bei den heutigen Möglichkeiten betragen die medizinischen Kosten einer HIV-Infektion über die gesamte Lebenszeit mehr als 500.000 Euro. Dieses Geld fehlt dann an anderer Stelle im Gesundheitswesen. Die Aufklärungskampagne zu Aids erscheint deshalb auch aus wirtschaftlicher Sicht sinnvoll, zumal der Anteil der HIV-Infizierten im Versicherungskreis der PKV im Vergleich zur Gesamtbevölkerung relativ hoch ist (7,53 zu 5,47 je 100.000 Personen). Die Zahl der Neuinfektionen, die zu einem Leistungsfall in der PKV geführt haben, lag seit Beginn der Aufzeichnungen 2005 immer zwischen 683 und 765. Sie verringerte sich 2011 erstmalig auf 673, obwohl in diesem Jahr 80.800 Personen mehr als 2010 in der Privaten Krankenversicherung versichert waren.

Der Schwerpunkt der Finanzierung lag auch 2012 in der Förderung der Aids-Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Durch die Sponsoringvereinbarung, die 2005 erstmalig geschlossen und 2010 um fünf Jahre über wiederum 3,2 Millionen Euro jährlich verlängert wurde, ermöglicht die Private Krankenversicherung die Fortführung der BZgA-Kampagne „Gib Aids keine Chance“. Die PKV sichert damit die langfristige wie massenwirksame Ansprache der Öffentlichkeit über eine privat-öffentliche Partnerschaft. Die Kampagne „Gib Aids keine Chance“ mit einem Gesamtvolumen von rund 15 Millionen Euro gilt als die bekannteste Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und als erfolgreichste deutsche Präventionskampagne: So wurde zum Beispiel der Spot „Fischen“, der auf humorvolle Art für die Kondomnutzung wirbt, in dem er eine Geschichte über ein verliebtes junges Paar erzählt, bei dem ein Fisch eine tragende Rolle spielt, international schon mehrfach ausgezeichnet.



Kampagne „Gib Aids keine Chance.“

Nach Einschätzung Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat das Engagement der PKV in den vergangenen Jahren wesentlich dazu beigetragen, dass der bis 2007 beobachtete Anstieg der HIV-Neuinfektionen erstmalig gestoppt werden konnte. Berichte über bessere Behandlungsmethoden und eine längere Lebenserwartung von Aids-Kranken können aber dazu beitragen, dass das individuelle Gefahrenbewusstsein und Schutzverhalten wieder abnimmt. Daher ist eine Fortführung und stete Weiterentwicklung der Kampagne an die Wahrnehmungsbedürfnisse der einzelnen Zielgruppen weiterhin erforderlich.

Mit den von der PKV zur Verfügung gestellten Mitteln wurde vor allem die reichweiten- und aufmerksamkeitsstarke Massenkommunikation verfolgt: Neben der Großflächenplakatierung standen u.a. die Werbung im Internet sowie TV- und Kinospots im Zentrum.

Im Zuge der Weiterentwicklung wurde die aktuelle Kampagne von der reinen HIV-Prävention auch auf die Prävention von anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) erweitert.

Seit 1987 setzt sich der Verband der Privaten Krankenversicherung überdies für bessere Lebensbedingungen von HIV-Infizierten ein. Der Als Gründungsmitglied der Deutschen AIDS-Stiftung unterstützt der PKV-Verband die Arbeit der AIDS-Stiftung, Betroffenen in Not individuell und über Projektförderungen zu helfen. Die PKV stiftete im vergangenen Jahr erneut 300.000 Euro an die Deutsche AIDS-Stiftung. Eines der darüber finanzierten Hilfsprojekte ist das „Black+Male“-Projekt, das von der Aidshilfe Essen umgesetzt wird. Es richtet sich vorrangig an schwarzafrikanische Männer mit einer HIV-Infektion. Diese erhalten nicht nur eine zielgruppenspezifische Sozial- und Gesundheitsberatung, sondern werden auch psychosozial unterstützt, mit den Problemen des täglichen Lebens umzugehen und sich mit dem Thema HIV-/Aids-Prävention auseinanderzusetzen.

Kampagne gegen Alkoholmissbrauch von Jugendlichen

Die Gefahren übermäßigen Alkoholkonsums werden nach wie vor unterschätzt. Die Zahl der 10- bis 19-Jährigen, die stationär im Krankenhaus wegen einer Alkoholvergiftung behandelt werden mussten, erreichte 2011 mit 26.349 einen neuen Höchststand. Immerhin geht aber der regelmäßige Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen zurück. Dies ist eine erfreuliche Entwicklung, denn Studien zufolge ist eine Abhängigkeit umso wahrscheinlicher, je eher Jugendliche regelmäßig Alkohol trinken. Als Zielgruppe sind sie zudem in besonderer Weise gefährdet, weil Alkohol bei jungen Menschen aufgrund der noch nicht abgeschlossenen körperlichen Entwicklung dauerhafte Schädigungen und sogar Änderungen der Hirnfunktionen hervorrufen kann. Nicht zuletzt wirken sich Erfolge bei Jugendlichen mittelfristig auch in der Erwachsenenbevölkerung aus. Einer gesundheitsökonomischen Schätzung zufolge lagen die durch Alkoholkonsum verursachten direkten und indirekten Kosten für die Gesellschaft zuletzt bei 27 Milliarden Euro jährlich. Maßnahmen zur Prävention von Alkoholmissbrauch führen damit auch zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen.

Der PKV-Verband finanziert deshalb seit 2009 die zunächst auf fünf Jahre angelegte Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“. Die Kampagne will junge Menschen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol motivieren und riskantes Trinkverhalten verhindern. Mit jährlich 10 Millionen Euro ist sie die größte deutsche Kampagne zur Alkoholprävention und wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt.

Aids-Stiftung

„Alkohol? Kenn Dein Limit.“

Sämtliche Medien der Kampagne wurden in diesem Jahr erstmalig geschlechterspezifisch ausgestaltet, weil sich das Trinkverhalten von Mädchen und Jungen deutlich unterscheidet. Darüber hinaus werden zahlreiche Aktionen nach dem sogenannten Settingansatz mit persönlicher Ansprache verfolgt: 40 jugendliche Botschafter („Peer-Educators“) besuchen Musik- und Sportfestivals und sind in Einkaufszonen der Innenstädte aktiv. In ihren Gesprächen erreichen sie mehr als 36.000 Jugendliche pro Jahr – mit großem Erfolg: In Evaluationen bescheinigen die Teilnehmer den Peers unabhängig von Alter, Geschlecht, Veranstaltungsort oder Konsummuster der Teilnehmer eine hohe Akzeptanz.





3. Entwicklungen im Leistungsbereich

3.1 Gebührenordnung für Ärzte

Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte

Seit Jahren beschäftigen sich Bundesärztekammer (BÄK) und PKV-Verband mit dem Thema Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Beide Institutionen haben Konzepte für eine neue Gebührenordnung entwickelt. Es wurde dann versucht, einen konsentierten Vorschlag zu erarbeiten, der als Grundlage für das staatliche Novellierungsverfahren dienen sollte (vgl. Rechenschaftsberichte 2010, Seite 53 ff. und 2011, Seite 51). Es gab Kontakte sowohl auf Fach- als auch auf höchster Leitungsebene. Immer wieder ergaben sich aber unüberwindbare Meinungsunterschiede in zentralen Punkten. Selbst in einer zweieinhalbtägigen Klausurtagung im August 2012 gelang es trotz grundsätzlich gutem Willen der Verhandlungspartner nicht, in wichtigen Streitpunkten Einvernehmen zu erzielen. Eine gewisse Frustration auf beiden Seiten war nicht zu leugnen. Gleichzeitig waren sich aber BÄK und PKV-Verband weiterhin darüber im Klaren, dass es zu einer Einigung keine vernünftige Alternative gibt, wenn das gemeinsame Ziel erreicht werden soll, das Gebührenrecht so schnell wie möglich zu aktualisieren. Nachdem auch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) großes Interesse an einer Einigung von Ärzteschaft und PKV bekundet hatte, wurde der Gesprächsfaden dann in einer „Elefantenrunde“ unter Federführung des BÄK-Präsidenten Prof. Frank Ulrich Montgomery und des Vorsitzenden des PKV-Verbands, Reinhold Schulte, wieder aufgenommen. Es wurde vereinbart, die gemeinsame Arbeit im Rahmen eines schriftlich festzulegenden phasenweise gestalteten Gesamtkonzepts fortzusetzen.

Natürlich ist schon aus Zeitgründen eine Novellierung der GOÄ in der laufenden Legislaturperiode nicht mehr möglich. Vor der Notwendigkeit, die Gebührenordnung zu aktualisieren, wird aber auch – unabhängig von ihrer Zusammensetzung – die nächste Bundesregierung stehen. An einem gemeinsamen Vorschlag von Ärzteschaft und PKV wird ein Kabinett jedweder politischer Couleur nicht vorbeikommen.

Dass Ärzteschaft und PKV überzeugt sind, gemeinsam etwas erreichen zu können, zeigt auch die Wiederbelebung des Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen. Am 20. November 1997 hatte der „Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer“ seine Arbeit aufgenommen und bis Ende 2005 insgesamt 18-mal getagt. In dem Gremium hatten BÄK, PKV-Verband, Beihilfe und BMG – oft erfolgreich – versucht, gemeinsame Stellungnahmen zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der GOÄ zu erarbeiten. Wegen der arbeitsintensiven Entwicklung von Konzepten für eine neue GOÄ ruhte die Tätigkeit des Gremiums ab Ende 2005. Die BÄK war jetzt der Meinung, dass es aufgrund einer Vielzahl regelungsbedürftiger Auslegungsfragen der Abrechnung ärztlicher Leistungen auf der Basis der geltenden GOÄ – unabhängig von den parallel laufenden Arbeiten an einer neuen Gebührenordnung – geboten sei, dass der Ausschuss seine Arbeit wieder aufnimmt. Die PKV hat sich damit einverstanden erklärt, die Zusammenarbeit mit dem Ziel der Klärung streitiger praxisrelevanter gebührenrechtlicher Fragen wieder aufzunehmen. Auch Beihilfe und BMG waren zur Mitarbeit bereit. Der Ausschuss hat am 29. Januar 2013 seine Arbeit wieder aufgenommen.

Gespräche zwischen
PKV-Verband und BÄK

Zentraler
Konsultationsausschuss für
Gebührenordnungsfragen

Abrechnungsbetrug eines privatliquidierenden Arztes für nicht persönlich erbrachte Leistungen

Die „streng formale Betrachtungsweise“, nach der bisher die Betrugsstrafbarkeit von Kassenärzten beurteilt wurde, hat der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofes (BGH) in seinem Urteil vom 25. Januar 2012 nunmehr auch der Beurteilung des Abrechnungsbetrugs bei Privatliquidation nach der GOÄ zugrundegelegt. Diese Rechtsfigur erlangt Bedeutung, wenn es darum geht, ob ein „Vermögensschaden“ entstanden ist. Im Rahmen des Kassenarztrechts ist gesicherte Rechtsprechung, dass die abgerechneten Leistungen eines nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) allein aufgrund der fehlenden formalen Zulassung den für die Verwirklichung der Betrugsstrafbarkeit erforderlichen Vermögensschaden begründen. Dabei ist es nach der Rechtsprechung des BGH irrelevant, dass die erbrachten Leistungen medizinisch indiziert waren und lege artis durch einen entsprechenden Facharzt erbracht wurden. Eine bei der Begründung des Vermögensschadens anzustellende Prüfung, ob eine Kompensation etwa in dem Sinne erwachsen ist, dass die Krankenkassen oder KVen infolge der von dem Arzt erbrachten Leistungen Aufwendungen erspart haben, die ihnen bei Inanspruchnahme eines anderen Arztes durch den vom Angeklagten behandelten Patienten entstanden wären, findet bei der streng formale Betrachtungsweise nicht statt (vgl. BGH, Beschluss vom 28. September 1994 – 4 StR 280/94).

Diese Grundsätze überträgt der BGH nun auch auf das Privatliquidationsrecht. In dem hier interessierenden Kontext stellt das Gericht fest, dass Speziallaborleistungen nach den Abschnitten M III und M IV, die von entsprechenden Fachärzten für Laboratoriumsmedizin erbracht, aber anschließend von dem Angeklagten als eigene Leistung abgerechnet worden sind, gegen die Bestimmungen der GOÄ verstoßen und den Straftatbestand des Betruges nach § 263 StGB erfüllen. Das Gericht stellt maßgeblich auf § 4 Abs. 2 Satz 2 GOÄ i.V.m. der 3. Allgemeinen Bestimmung zum Abschnitt M (Laboratoriumsmedizin) in der GOÄ ab, der folgenden Inhalt aufweist: „Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat“. Gegen diese Regelung verstieß der Angeklagte, in dem er die Laborleistungen der Klassen M III und M IV (Speziallaborleistungen), die er mangels Qualifikation nicht selber erbringen konnte, von einem hierzu befähigten und einzig gegenüber dem Patienten liquidationsberechtigten Laborarzt (Speziallabor) erbringen ließ und sich anschließend gegenüber dem Patienten als Erbringer dieser Laborleistungen gerierte. Profit schlug der Angeklagte aufgrund der mit dem Speziallabor getroffenen Abrede, die ihm die Berechnung des Regelhöchstsatzes (des 1,15-fachen Satzes) eröffnete, während ihm das Speziallabor für seine Leistungen ein deutlich niedrigeres Entgelt, in der Regel einen Steigerungssatz zwischen dem 0,32-fachen und 1,0fachen, berechnete. Dass die Laborleistungen „tatsächlich benötigt“ und „fachlich und medizinisch korrekt“ erbracht wurden, vermag nach dem Richterspruch nichts an der Verwirklichung des § 263 Strafgesetzbuch zu ändern.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass der Verstoß gegen Abrechnungsvoraussetzungen nach der Gebührenordnung für Ärzte – wie etwa den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung oder das Verbot des Bezugs und Berechnung von Speziallaborleistungen durch den Einsendearzt – auch dann zu einer Verurteilung wegen Abrechnungsbetrug führt, wenn die ärztliche Leistung medizinisch indiziert war und lege artis durchgeführt wurde. Dem



Argument der wirtschaftlichen Kompensation (Gesamtsaldierung) entzieht der BGH mit Blick auf die fehlende Abrechenbarkeit der ärztlichen Leistung den Boden, da mangels Abrechenbarkeit kein Zahlungsanspruch des Arztes entstehe, und folgerichtig auch keine wirtschaftliche Kompensation stattfinden könne.

Stellungnahme des PKV-Verbands zur Abrechnung von Interventionsleistungen an der Wirbelsäule

Die GOÄ ist in weiten Teilen veraltet und bildet in vielen Bereichen den aktuellen Stand der Medizin nicht ab. Dies betrifft auch die Eingriffe an der Wirbelsäule. Daher 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 diesen Bereich erweitert.

Nachstehend werden zunächst die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen vom 23. Juli 2003, die sich mit der Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule befassen, und an einigen Stellen aus Sicht des PKV-Verbands präzisierungsbedürftig sind, entsprechend erweitert bzw. überarbeitet. Die nachträglich vorgenommenen Interpretationen sind durch Fettdruck und Kursivschrift gekennzeichnet, so dass der Originalbeschluss und die Ergänzungen unterschieden werden können (siehe unten unter A.). Sodann werden unter B. bis D. weitere praxisrelevante Abrechnungsfragen zu Behandlungen der Wirbelsäule erörtert.

A. Ergänzungen der Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses (ZK)

ZK-Beschlüsse vom 23. Juli 2003 zur Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule (abgedruckt im Deutschen Ärzteblatt vom 16. Januar 2004, Seite A-135 – A-13)

Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, gebildet aus Vertretern des BMG, des Bundesministeriums des Innern, des PKV-Verbands, der Bundesärztekammer sowie eines nicht stimmberechtigten Vertreters der Privatärztlichen Verrechnungsstellen, hat nach abschließender Beratung am 23. Juli 2003 folgende Beschlüsse zur Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule nach GOÄ gefasst:

1. Nrn. 2565/2566 GOÄ

Die Nrn. 2565/2566 sind nur einmal berechnungsfähig, auch wenn rechts- und linksseitig operiert wird. Dies gilt auch, wenn in einer Sitzung Nervenwurzeldekompensationen in bis zu drei benachbarten Segmenten durchzuführen sind. Sind jedoch mehr als drei Segmente in einer Sitzung zu behandeln, so ist ab dem vierten Segment der Ansatz der Nr. 2565/2566 ein weiteres Mal gerechtfertigt.

2. Nr. 2574 neben Nrn. 2565/2566 GOÄ

Neben der Dekompression der Nervenwurzel (verursacht durch lateralen Bandscheibenvorfall, knöcherne Veränderungen und anderes) nach den Nrn. 2565/2566 können Eingriffe im Wirbelkanal erforderlich sein, die als selbstständige Leistungen nach den Nrn. 2574 oder 2575 dann neben Nrn. 2565/2566 berechnet werden können, wenn zu diesem Zweck über den Zugang zum Nervenwurzelkanal hinaus weitere operative Zielgebiete, die in einem bildgebenden Verfahren erkennbar völlig außerhalb der operierten Nervenwurzelkanäle im Wirbelkanal liegen, präpariert werden müssen.

Bei der operativen Behandlung einer Spinalkanalstenose ist die Nr. 2574 je Segment berechnungsfähig, gegebenenfalls zusätzlich zu den Leistungen nach Nrn. 2565/2566. Voraussetzung für die Berechnung der Nr. 2574 für die operative Sanierung der Spinalkanalstenose ist, dass je Segment von beiden Seiten her operiert wurde. **Das Kriterium des Operierens von beiden Seiten her ist auch erfüllt, wenn die Technik des Undercutting zur Behebung der beidseitigen Spinalkanalstenose zur Anwendung kommt.**

Osteophytenabtragungen können nicht einzeln abgerechnet werden, wenn diese zum selben Segment zählen. **Wenn die Methode des Undercutting jedoch ausschließlich zur Dekompression der Nervenwurzel der Gegenseite erfolgt, kann die GOÄ-Nr. 2574 nicht neben den Nummern 2565/2566 in Rechnung gestellt werden.**

Die Entfernung eines oder mehrerer in den Spinalkanal versprengter Sequester ist ebenfalls Nr. 2574 zuzuordnen, und gegebenenfalls neben Nr. 2565 oder Nr. 2566 berechnungsfähig. Nr. 2574 für die Entfernung eines in den Wirbelkanal versprengten Sequesters ist aber nur dann mehr als einmal berechnungsfähig, wenn eine Ausdehnung über mehr als drei benachbarte Wirbelsegmente vorliegt. **Die Nr. 2574 ist für die Entfernung eines in den Wirbelkanal versprengten Sequesters nicht neben Nr. 2565/2566 berechnungsfähig, wenn damit die Nervenwurzel dekomprimiert wird.**

Wurde Nr. 2574 bereits für den operativen Eingriff bei Spinalkanalstenose in einem Segment berechnet, so kann bei Vorliegen bzw. Entfernen eines Sequesters in demselben Segment Nr. 2574 nicht erneut in Ansatz gebracht werden. Der erhöhte Aufwand muss in diesen Fällen über die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors bei Berechnung der Nr. 2574 abgebildet werden.

3. Nr. 2574, Nr. 2577 GOÄ

Eingriffe zur Entfernung raumbeengender epiduraler und anderer extraduraler Prozesse im Wirbelkanal, auch unter dem hinteren Längsband, sind dem Eingriff nach Nr. 2574 zuzuordnen. Die Berechnung der Nr. 2577 ist aus Sicht des Zentralen Konsultationsausschusses nur dann angemessen, wenn es sich hierbei um einen Eingriff zur Entfernung eines intra- und extraspinal gelegenen Befundes handelt.

Der historische Ursprung der Nummer 2577 konnte vom Konsultationsausschuss nicht mehr geklärt werden. Deshalb hat man sich im Konsultationsausschuss auf folgendes Verständnis der Leistungslegende der Nummer 2577 geeinigt:

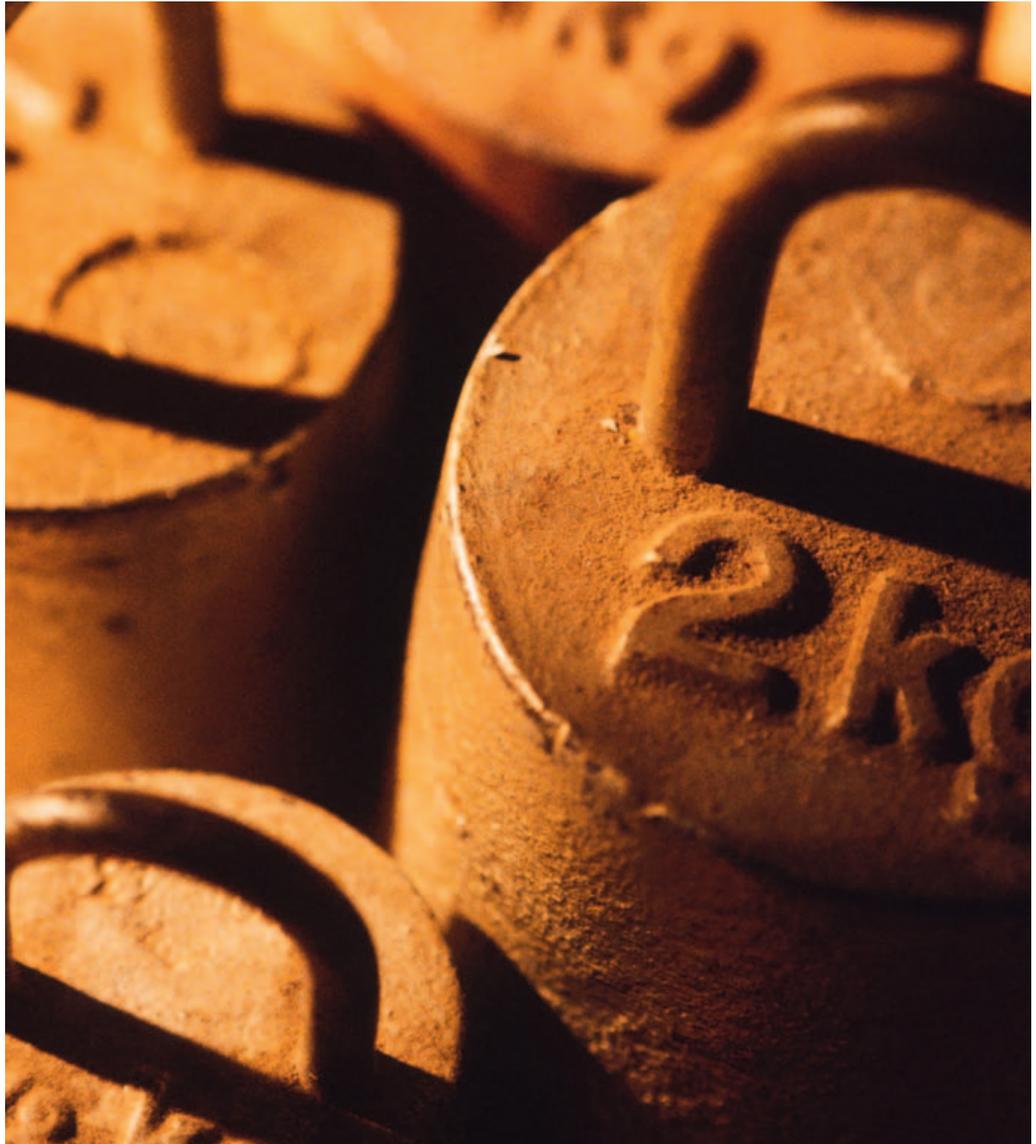
Die Nummer 2577 ist ausschließlich dann anzusetzen, wenn es sich um eine sowohl intraspinale als auch extraspinale Raumforderung handelt. Beispiele hierfür sind das so genannte Sanduhrneurinom oder die Juxta-Facettengelenkszyste, sofern sie sich tatsächlich intra- und extraspinal ausdehnt. Wird ausschließlich die intra- und extraspinale Juxta-Facettengelenkszyste entfernt, ist dies mit dem alleinigen Ansatz der Nummer 2577 abgegolten, auch wenn dadurch die Nervenwurzel dekomprimiert wird. Wird eine ausschließlich intraspinale Juxta-Facettengelenkszyste im Rahmen einer Dekompressionsoperation im Sinne der Nummern 2565/2566 mit entfernt, dann ist diese Leistung mit der Nummer 2565/2566 abgegolten. Das gilt erst recht für die Abtragung von Osteophyten am Facettengelenk. Handelt es sich dabei um eine sich intra- und extraspinal ausdehnende Juxta-Facettengelenkszyste, so kann Nr. 2577 neben der Nummer 2565/2566 angesetzt werden.

4. Nr. 2584 GOÄ

Die Leistung nach Nr. 2584 ist im Rahmen von Bandscheibenoperationen und anderen Eingriffen zur Beseitigung raumfordernder Prozesse im Bereich der Nervenwurzeln und des Wirbelkanals nicht berechnungsfähig.

5. Nrn. 2802/2803 GOÄ

Gefäßunterbindungen im Zusammenhang mit Eingriffen nach den Nrn. 2565/2566 oder andere Maßnahmen zur Blutstillung oder Verhinderung einer intraoperativen Blutung im Zusammenhang mit Eingriffen nach den Nrn. 2565/2566 erfüllen keinen eigenständigen Zielleistungsinhalt und sind daher nicht als gesonderte Gebührenposition, zum Beispiel nach Nr. 2802, neben Nrn. 2565/2566 berechnungsfähig. Sofern eine Gefäßunterbindung im Zusammenhang mit der Schaffung eines transthorakalen, transperitonealen oder retroperitonealen Zugangsweges zur Wirbelsäule erforderlich sein sollte, handelt es sich hierbei ebenfalls um eine unselbstständige Teilleistung, die entsprechend § 4 Abs. 2 a GOÄ zum Beispiel Nr. 2292 zuzuordnen ist. Eine Gefäßfreilegung oder -unterbindung kann nur bei eigenständiger Indikation berechnet werden, wie beispielsweise in den seltenen Fällen dekompressiver Eingriffe an der Arteria vertebralis. Hier ist auch bei der Freilegung in mehreren Segmenten nur der einmalige Ansatz von Nr. 2803 pro Seite möglich.



B. Abrechnungsprobleme bei Dekompression-Operationen

Facettengelenksdenervationen werden häufig mit den GOÄ-Nummern 2120 analog, 2121 analog oder 2598 analog je Facettengelenk berechnet.

Die Denervation der Facettengelenke ist nicht gesondert berechnungsfähig, wenn präoperativ keine von den Facettengelenken ausgehenden Beschwerden bestanden haben. Die Vermeidung eines postoperativen Schmerzsyndroms ist keine eigenständige Indikation. Wird eine Facettengelenksdenervation als eigenständig indizierter Eingriff durchgeführt, kann diese entsprechend der Empfehlung der Bundesärztekammer berechnet werden. Danach ist maximal die GOÄ-Nr. 2598 analog einmal für die Denervierung von bis zu drei Facetten auf einer Seite berechnungsfähig.

GOÄ-Nummer 2385 analog oder 2384 analog für die Fettgewebsplastik

Die Auflage von Fettgewebe auf das im Rahmen der Dekompressionsoperation eröffnete Foramen zur Vermeidung einer Narben-/Verwachsungsbildung ist keine eigenständig indizierte Maßnahme und somit nicht gesondert berechnungsfähig.

GOÄ-Nummern 2286 oder 2287 für die Implantationen von Cages und/oder interspinösen Spreizern

Die Cage-Implantation im Rahmen der Stabilisierung nach entstandener Instabilität durch eine Dekompressionsoperation ist mit der GOÄ-Nummer 2284 berechnungsfähig. Der Verordnungsgeber hat für stabilisierende Maßnahmen im Zusammenhang mit den Operationen nach den GOÄ-Nummern 2282 oder 2283, die ausdrücklich Leistungsbestandteile der GOÄ-Nummern 2565/2566 sind, die GOÄ-Nummer 2284 vorgesehen. Für den Ansatz der GOÄ-Nummern 2286 oder 2287 fehlt die erforderliche Wirbelsäulenverkrümmung und es erfolgt kein ihrem Leistungsinhalt entsprechender Eingriff.

Die Einbringung von interspinösen Spreizern (Wallis- Distraktor, X-Stop, Le U, Coflex und DiamSpacer) sowie Bandscheibenprothesen in diesem Zusammenhang ist ebenfalls nur mit der GOÄ-Nummer 2284 berechnungsfähig.

GOÄ-Nummern 2183 analog oder 2184 analog für die operative Lagerung

Eine Lagerung zur Operation ist grundsätzlich keine eigenständig indizierte Leistung und somit nicht berechnungsfähig.

GOÄ-Nr. 828 analog, GOÄ-Nr. 838 analog (Regelfall) oder GOÄ-Nr. 839 analog für das intraoperative Neuromonitoring.

Für diese Leistungen gibt es keine eigenständige Indikation. Sie sind mit den Gebühren für die Leistungen nach den GOÄ-Nummern 2565 bzw. 2566 abgegolten.

GOÄ-Nr. 2562 analog für die Navigation

Für diese Leistungen gibt es keine eigenständige Indikation. Sie sind mit den Gebühren für die Leistungen nach den GOÄ-Nummern 2565 bzw. 2566 abgegolten.

Erfolgt die Dekompression allein durch die Einbringung des Interspinösen Spreizers, so ist dies mit der GOÄ-Nummer 2285 analog (weil keine Versteifung stattfindet) zu berechnen.

C. Stabilisierende Operationen an der Wirbelsäule, die nicht im Zusammenhang mit der Dekompressionsoperation stehen

Für die Implantation von Cages und/oder eines Schrauben-Stab-Systems zur Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes ohne Vorliegen von Wirbelsäulenverkrümmungen ist pro Wirbelsäulenabschnitt (HWS, BWS und LWS) die GOÄ-Nummer 2285 zu berechnen. Wird die Leistung nach der GOÄ-Nummer 2285 mittels Einpflanzung einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung durchgeführt, kann dem sich daraus ergebenden zusätzlichen Zeitaufwand durch einen erhöhten Steigerungsfaktor Rechnung getragen werden.

Liegt eine Wirbelsäulenverkrümmung vor, ist die GOÄ-Nummer 2286 für die Versteifung (Spondylodese) mittels Implantation von autologem (körpereigenem) oder alloplastischem (körperfremdem) Material anzusetzen. Erfolgt zusätzlich die Einbringung einer Aufspreiz- und Abstützvorrichtung, kann anstelle der GOÄ-Nummer 2286 die 2287 berechnet werden. Der Ansatz der GOÄ Nummer 2287 setzt voraus, dass der Leistungsinhalt der GOÄ-Nummer 2286 erfüllt ist. Wird nur eine metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung eingebracht, ohne

dass eine Wirbelsäulenverkrümmung vorliegt, kann lediglich die GOÄ-Nummer 2285 berechnet werden.

Die Eingriffe nach den GOÄ-Nummern 2285 bis 2287 sowie 2332 und 2333 umfassen jeweils einen Zugang von dorsal. Wird bei einem Eingriff an der Brust oder Lendenwirbelsäule zum Erreichen des Leistungsziels zusätzlich ein ventraler Zugang erforderlich, ist die GOÄ-Nummer 2292 daneben berechnungsfähig. Erfolgt ein Eingriff zur Wirbelsäulenversteifung an der Brust- und Lendenwirbelsäule nur von ventral, ist die GOÄ-Nummer 2290 anzusetzen.

Die Einbringung der Bandscheibenprothese erfolgt von ventral. Hierfür ist die GOÄ-Nummer 2290 analog zu berechnen. Die Implantation in mehr als drei Segmenten ist medizinisch nicht indiziert und kann somit gemäß §1 Absatz 2 Satz 1 GOÄ grundsätzlich nicht berechnet werden.

Der temporäre intraoperative Einsatz eines Wirbelkörperspreizers ist keine selbstständige Leistung und daher nicht gesondert (z. B. mit den GOÄ-Nummern 2273 oder 2289) berechnungsfähig.

Neben den Zielleistungen nach den GOÄ-Nummern 2285, 2286, 2287, 2290, 2332 und 2333 nicht berechnungsfähige GOÄ-Nummern:

GOÄ-Nummern 2254 und 2255 :

Zielleistungsprinzip (ZP), verwendet für Knocheneinbringungen.

GOÄ-Nummern 2347 analog, 2348 analog, 2349 analog und 2350 analog:

ZP, verwendet für Metalleinbringungen.

GOÄ-Nummern 2256, 2257 und 2346 originär oder analog:

ZP, verwendet zur Anfrischung der Grund- und Deckplatten.

GOÄ-Nummern 2282 und 2283:

ZP, verwendet für die Ausräumung des Bandscheibenfachs.

D. Nicht-operative Wirbelsäulen-Interventionen

1. Periradikuläre Therapie (PRT)

In einer speziellen Technik werden Medikamente an die Nervenwurzel gespritzt. Die Medikamente wirken so am Ort der Schädigung und führen dadurch zu einer Anschwellung der Nervenwurzel. Bei unspezifischen Rückenschmerzen gibt es keine medizinische Indikation (siehe Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz). Bei spezifischem Rückenschmerz ist die medizinische Notwendigkeit zumindest fraglich.

Gebührenrechtlich gilt folgendes:

Einschlägige Zielleistung ist die GOÄ-Nr. 255 je Injektion (zu beachten ist die erste Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt C II der GOÄ).

Wird die PRT CT-gesteuert durchgeführt, ist zusätzlich GOÄ-Nummer 5378 einmal je Sitzung berechnungsfähig. Nicht angesetzt werden kann daneben

GOÄ-Nummer 5377 (vgl. GOÄ-Ratgeber der Bundesärztekammer, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt vom 16. September 2011, Heft 37, Seite A-1930).

2. Epineurolyse mittels Katheter nach Racz

Der Racz-Katheter ist ein nicht-operatives Verfahren zur Behandlung von chronischen Rückenschmerzen unterschiedlicher Ursache. Bis jetzt wurden die Indikationen nicht konkretisiert. Beim Racz-Katheter handelt es sich um einen speziellen Katheter, welcher im Gegensatz zu herkömmlichen Kathetern einen metallenen Führungsdraht besitzt. Bislang existieren keine Studien zur Wirksamkeit des Verfahrens, weshalb die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall zu prüfen ist.

Gebührenrechtlich gilt folgendes:

Einschlägige Zielleistung ist die GOÄ-Nr. 474 für den ersten Tag und GOÄ-Nr. 475 für jeden Folgetag. Das Einbringen der Medikamente ist damit abgegolten. Nicht berechnungsfähig sind Gebührenpositionen, die chirurgische Eingriffe im Spinalkanal oder an Nerven abbilden (GOÄ-Nrn. 2281, 2282, 2283, 2565, 2566, 2574, 2575, 2577 und 2583).

3. PLDD (Perkutane Laser Diskus Dekompression) / PLDN (Perkutane Laserdiskusdekompression und Nukleotomie)

Es handelt es sich um ein minimal invasives Therapieverfahren zur Behandlung hernierter und nicht sequestrierter Bandscheibenvorfälle an der HWS oder der LWS. Bislang konnte die Wirksamkeit des Verfahrens wissenschaftlich nicht belegt werden. Dieses Verfahren kann im Einzelfall nach erfolgloser konservativer Therapie, einschließlich Wurzelblockaden und epiduraler Infiltrationen, indiziert sein.

Gebührenrechtlich gilt folgendes:

Einschlägige Zielleistung ist die GOÄ-Nr. 2281.

Nicht daneben berechnungsfähig ist die GOÄ-Nr. 706 (ZP).

4. Verfahren zur perkutanen Facettendenervation

Bei der perkutanen Facettendenervation handelt es sich um ein schmerztherapeutisches Verfahren zur Ausschaltung der Nervenversorgung der Facettengelenke (kleine Wirbelgelenke) durch Hitze, Kälte oder Alkohol.

Wird eine Facettengelenksdenervation als eigenständig indizierter Eingriff durchgeführt, kann diese entsprechend der Empfehlung der Bundesärztekammer berechnet werden. Danach ist maximal die GOÄ-Nr. 2598 analog einmal für die Denervierung von bis zu drei Facetten auf einer Seite berechnungsfähig.

Kontrastmittelgaben (i.d.R. berechnet mit GOÄ-Nr. 372/373) sowie die Reizsetzung durch das Denervationsgerät (i.d.R. berechnet mit GOÄ-Nr. 832) dienen der Sicherung des Behandlungserfolges und sind mit der GOÄ-Nr. 2598 analog abgegolten.

Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Die neue GOZ („Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte“ vom 5. Dezember 2011) ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft (zur

Vorgeschichte und den Novellierungszielen vgl. Rechenschaftsberichte 2010, Seite 73 f. und 2011, Seite 53 ff.). Für eine abschließende Bewertung ist es noch zu früh. Insbesondere liegen noch keine aussagefähigen Zahlen zu den finanziellen Auswirkungen vor. Außerdem lehrt die Erfahrung, dass es eine Zeit lang dauert, bis sich die Rechnungsersteller auf neue gebührenrechtliche Vorgaben eingestellt haben. Natürlich gibt es aber schon erste Erkenntnisse, in welche Richtung sich die Dinge entwickeln. Es wird bereits deutlich, dass die Novellierung in einem wichtigen Punkt eine Enttäuschung ist. Für alle Beteiligten (Patienten/Versicherte, Zahnärzte und Kostenträger) ist es von großer Bedeutung, dass es möglichst wenige Auseinandersetzungen über die korrekte Auslegung und Anwendung der Gebührenordnung gibt. Wenn sich Kostenträger und Zahnärzte darüber streiten, ist der Patient/Versicherte der Leidtragende. Sowohl das Vertrauensverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer als auch das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt können Schaden nehmen. Außerdem sind solche Auseinandersetzungen aufwändig und damit kostenintensiv.

Von einer Überarbeitung des Gebührenrechts sollte man nun erwarten können, dass durch eine Aktualisierung im Hinblick auf die Entwicklung des zahnmedizinischen Leistungsspektrums und den Erfahrungen mit der alten GOZ Rechnung tragenden klaren Regelungen und Formulierungen zumindest erst einmal das Streitpotenzial massiv verringert wird. Die Wirklichkeit sieht aber leider anders aus. Es zeigt sich, dass zwar einige Problemfälle aus der alten GOZ gelöst wurden, aber eine Vielzahl neuer Streitpunkte hinzugekommen sind. Selbsternannte Gebührenrechtsexperten überbieten sich in Zeitschriften, Kommentaren und Abrechnungsseminaren mit Auslegungen der neuen GOZ, die auf eine Optimierung der Rechnungsstellung im Sinne des Erreichens möglichst hoher Vergütungen abzielen. Dabei reicht das Spektrum der Abrechnungsempfehlungen von subtil bis zum platten Ignorieren klarer gebührenrechtlicher Vorgaben. Ein Beispiel für letzteres: GOZ-Nr. 2197 – vorgesehen für die adhäsive Befestigung – wird zusätzlich neben Gebührenpositionen angesetzt, in deren Leistungsbeschreibung eine solche Art der Befestigung ausdrücklich als Leistungsbestandteil aufgeführt ist.

Als vollkommen berechtigt hat sich bereits die Warnung der PKV vor der Änderung der Vorschrift zur analogen Abrechnung nicht in der GOZ aufgeführter Leistungen herausgestellt. Nach der alten Regelung (§ 6 Absatz 2 GOZ a.F.) konnte eine nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ erfasste zahnärztliche Leistung nur unter der Voraussetzung analog einer Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, dass sie erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung (1. Januar 1988) auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt worden war. Dieser „Stichtagsvorbehalt“ ist in der neuen GOZ (die Regelung zur Analogabrechnung findet sich jetzt in § 6 Absatz 1 GOZ n.F.) entfallen. Die Folgen sind weitreichend. Es kursieren Listen mit weit mehr als hundert analog zu berechnenden Leistungen. Wären all diese Leistungen tatsächlich nicht in der GOZ enthalten, bedeutete dies nichts anderes, als dass die aktuelle Gebührenordnung weniger als zwei Drittel des zahnärztlichen Leistungsspektrums abbildet. Das ist angesichts der Tatsache, dass die GOZ gerade erst aktualisiert worden ist, geradezu abstrus. Ihre Schutzfunktion für den Patienten kann die Gebührenordnung insoweit allenfalls noch partiell erfüllen. Denn bei der Auswahl der zur Abrechnung analog herangezogenen Gebührenposition hat der Zahnarzt nur sehr allgemein formulierte Vorgaben (Gleichwertigkeit nach Art, Kosten- und Zeitaufwand) zu beachten. Daraus ergeben sich Spielräume, die

gerne im Eigeninteresse genutzt werden. Streit zwischen Rechnungssteller und Kostenträger ist vorprogrammiert.

Bedauerlicherweise muss also davon ausgegangen werden, dass die neue GOZ das „Stresspotenzial“ unter den Beteiligten nicht verringern wird. Die PKV-Unternehmen sind im Interesse ihrer Versicherten auch weiterhin gehalten, zahnärztliche Rechnungen einer genauen Prüfung zu unterziehen und sich gegenüber gebührenrechtswidrigen Abrechnungen zur Wehr setzen.

Vor dem Hintergrund, dass die neue GOZ wohl keine „Befriedungsfunktion“ im Hinblick auf gebührenrechtliche Auseinandersetzungen haben wird, ist es zu begrüßen, dass Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Beihilfe und PKV-Verband in einem Gremium, das an die Tradition des „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundeszahnärztekammer“ anknüpft, der Ende 1998 eingerichtet worden war, aber nur wenige Jahre tätig gewesen ist, versuchen wollen, insbesondere auch praxisrelevante Auslegungsfragen der neuen GOZ einvernehmlich zu klären.

Gremium von
Bundeszahnärztekammer,
PKV-Verband und Beihilfe

3.2 Organspende

Damit sich die Menschen in Deutschland mit dem Thema Organspende befassen und die Spendebereitschaft gesteigert wird, hat der Gesetzgeber eine parteiübergreifende Neuregelung in das Transplantationsgesetz eingeführt. Mit der nun erstmalig in Deutschland am 1. November 2012 Gesetz gewordenen „Entscheidungslösung“ soll die Organspendebereitschaft gefördert werden. In Zukunft soll jeder in die Lage versetzt werden, sich intensiv mit dem Thema Organ- und Gewebespende auseinanderzusetzen und eine informierte und unabhängige Entscheidung zu treffen. Eine wichtige Rolle schreibt das Gesetz dabei den gesetzlichen Krankenkassen und den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung zu: Sie sollen künftig alle Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, regelmäßig und umfassend über das Thema Organspende informieren. Privatversicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, werden künftig alle zwei Jahre von ihrem Versicherungsunternehmen angeschrieben und zu einer freiwilligen Entscheidung zur Organ- und Gewebespende motiviert. Die individuell getroffene Entscheidung wird vom Versicherer nicht dokumentiert. Es gibt auch kein zentrales Register, in dem die Entscheidungen der Versicherten erfasst werden. Der Organspendeausweis bleibt das maßgebliche Dokument, auf dem die Entscheidung „Pro oder Contra“ verzeichnet wird. Dabei bleibt der Grundsatz der Freiwilligkeit erhalten: Auch wenn der Gesetzgeber einräumt, die Zahl der Spendeorgane erhöhen zu wollen, wird niemand dazu gezwungen, in dieser Frage verbindlich Position zu beziehen. Allerdings: Nur wer sich selbst entscheidet und seinen Entschluss auch bekundet – ob für oder gegen eine Spende nach dem Tode –, kann seinen Angehörigen im Todesfall eine zusätzliche Belastung ersparen. Denn sie müssen die Entscheidung treffen, wenn keine eindeutige Erklärung des Verstorbenen zur Organ- und Gewebespende vorliegt. Damit die Versicherten eine solche Entscheidung auch dokumentieren können, stellen die PKV-Unternehmen kostenlos Organspendeausweise zur Verfügung. Alternativ können sich Interessierte den Ausweis nebst weiteren Informationen auch über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) besorgen, die dafür eine eigene Internetplattform (www.organspende-info.de) eingerichtet hat. Dieser Ausweis ist ein offizielles Dokument und rechtlich gültig. Er dient dazu, die persönliche Entscheidung zur Organspende schriftlich

Organspendeausweise



zu dokumentieren. Außerdem besteht die Möglichkeit, das Einverständnis zur Entnahme auf bestimmte Organe oder Gewebe zu beschränken. Darüber hinaus kann im Organspendeausweis eine Person des Vertrauens namentlich bestimmt und mit der Entscheidung nach dem eigenen Tod betraut werden. Die Entscheidung für oder gegen eine Organspende kann weiterhin jederzeit revidiert werden: Wer seine Einstellung ändert, muss lediglich den alten Organspendeausweis vernichten und sollte einen neuen Ausweis ausfüllen sowie die Angehörigen informieren.

Das Gesetz macht jedoch noch weitere Vorgaben: Die Unternehmen sind darüber hinaus verpflichtet, gegenüber den Versicherten fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen zur Organ- und Gewebespende sowie zur Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung, zu benennen. Um dieser Aufgabe sachgerecht und in hoher Qualität gerecht zu werden, hat der PKV-Verband eine Kooperationsvereinbarung mit der BZgA in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) abgeschlossen. Den Versicherten der PKV stehen ab sofort fachlich qualifizierte Ansprechpartner der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Verfügung, die in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation die Beratung der Privatversicherten über ihr Telefoninformationsservice gewährleistet. Das „Infotelefon Organ- und Gewebespende“ ist unter der Telefonnummer 0800/9040400 von Montag bis Freitag von 9 bis 18 Uhr für die Anrufer zu erreichen. Dieses Beratungsangebot ist für die Anrufer kostenlos.

Bei der Organvergabe spielt es auch weiterhin keine Rolle, ob ein Patient auf der Warteliste privat oder gesetzlich krankenversichert ist. Die Verteilung von Organen erfolgt wie bisher ausschließlich nach medizinischen Kriterien wie der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht der Transplantation. Zudem sollen in Zukunft sogenannte Transplantationsbeauftragte in den Krankenhäusern sicherstellen, dass die Organspende reibungslos organisiert werden kann.

In einem weiteren Teil der Gesetzesreform, dem zum 1. August 2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (vgl. BT-Drs.

17/7376), wird die versicherungsrechtliche Absicherung des Lebendorganspenders geregelt. Im Grundsatz gilt, dass die Krankenversicherung des Organempfängers für die unmittelbaren Krankheitskosten des Organspenders einzustehen hat. Welche Leistungen das im Einzelnen sind, ergibt sich aus der von allen PKV-Unternehmen getragenen sogenannten Selbstverpflichtungserklärung, auf die der Gesetzgeber in den amtlichen Gesetzgebungsmaterialien ausdrücklich und vollständig abstellt (BT-Drs. 17/9773, S. 51f.).

Selbstverpflichtung

Vorbemerkung:

Die Private Krankenversicherung begrüßt und unterstützt Maßnahmen, die die Organspendebereitschaft in der Bevölkerung erhöhen und die Durchführung von Lebendorganspenden (Organ- und Gewebespenden nach §§ 8 und 8a Transplantationsgesetz [TPG]) erleichtern. Organspender sollen keine Nachteile infolge der Lebendorganspende erleiden. Vor diesem Hintergrund verpflichtet sich die Private Krankenversicherung zu folgenden Leistungen:

1. Zuständigkeit der Privaten Krankenversicherung des Empfängers

Ist der Empfänger einer Organ- oder Gewebespende nach §§ 8 oder 8a TPG (Organempfänger) privat versichert, trägt die Private Krankenversicherung nicht nur die Aufwendungen für die Behandlung beim Organempfänger selbst, sondern sie tritt auch für die Absicherung der beim Organspender anfallenden Aufwendungen ein. Seine Absicherung wird einbezogen in den Versicherungsschutz des Organempfängers. Dies gilt unabhängig davon, ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist. Die Absicherung des Organspenders ist Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers im Sinne des § 192 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz.

2. Leistungen an den Organspender

Ausgehend von den vorgenannten Maßstäben für den Umfang des Versicherungsschutzes erbringt die Private Krankenversicherung zur Absicherung des Organspenders folgende Leistungen, wenn der Organempfänger privat versichert ist:

- a) Im Hinblick auf die Vorbereitung der Lebendorganspende und die stationäre Aufnahme und Behandlung des Organspenders in unmittelbarem Zusammenhang mit der Organentnahme erstattet die Private Krankenversicherung des Organempfängers die Kosten der ärztlichen Leistungen für den Organspender mit dem tariflichen Erstattungssatz und dem sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (ambulante Behandlung) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (stationäre Behandlung) ergebenden Umfang. Ergeben sich bei der Organentnahme unmittelbar Komplikationen, werden diese ebenfalls in diesem Maße durch die Private Krankenversicherung des Organempfängers erstattet.*
- b) Zu den im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organentnahme stehenden Kosten beim Organspender gehören auch die Aufwendungen für eine etwaige aufgrund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung. Auch diese Aufwendungen werden daher von der Privaten Krankenversicherung des Organempfängers übernommen, wenn die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist.*

- c) Weiterhin übernimmt die Private Krankenversicherung des Organempfängers die Kosten der Nachbetreuung im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG.*
- d) Angemessene Fahrt- und Reisekosten des Organspenders zum nächstgelegenen geeigneten „Behandlungsort“ werden ebenfalls von der Privaten Krankenversicherung des Organempfängers übernommen.*
- e) Die Private Krankenversicherung des Organempfängers stellt sicher, dass der Organspender aufgrund der Lebendorganspende und der damit zusammenhängenden Einschränkungen der Verdienstmöglichkeiten, keine Nachteile erleidet. Die Private Krankenversicherung erstattet daher unter dem rechtlichen Gesichtspunkt der Organbeschaffung dem Organspender auf entsprechenden Nachweis hin den tatsächlich erlittenen Verdienstausschlag. Dem Organspender werden weiterhin die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung und die Krankenversicherung erstattet. Eine höhenmäßige oder zeitliche Begrenzung besteht hierfür nicht. Soweit der Organspender aufgrund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstausschlag erleidet, erstattet die Private Krankenversicherung anstelle des Verdienstausschlages dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.*
- f) Vom Organempfänger in der Privaten Krankenversicherung vereinbarte Selbstbehalte wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.*

Das korrespondiert mit der bisherigen Leistungspraxis in der PKV. Danach trägt die Private Krankenversicherung im Falle einer Organ- oder Gewebespende nach §§ 8 oder 8a TPG an einen privatversicherten Organempfänger nicht nur die Aufwendungen für den Organempfänger selbst, sondern sie tritt auch für die Absicherung der beim Organspender anfallenden Aufwendungen ein. Seine Absicherung wird einbezogen in den Versicherungsschutz des Organempfängers, unabhängig davon ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist. Die Absicherung des Organspenders ist Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers im Sinne des § 192 Abs. 1 VVG.

Die Leistungspflicht der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung besteht allerdings nicht bei Komplikationen und Folgeerkrankungen, die beim Spender im Zusammenhang mit der Organ- oder Gewebespende entstehen. Diese werden von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen, § 12a SGB VII n.F.. Mit der neuen Vorschrift hat der Gesetzgeber eine klare und zweifelsfreie Abgrenzung der versicherungsrechtlichen Absicherung vorgenommen. Ein Anspruch auf Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht, sofern Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beansprucht werden können. Dieser Vorrang der Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung gilt auch gegenüber den Leistungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen, die sich aus der Selbstverpflichtungserklärung der PKV ergeben (BT-Drs. 17/9773, S. 50). Dies ergibt sich aus § 5 Abs. 3 MB/KK 2009.

Im Zusammenhang mit dem Ersatz des Verdienstausschlages beim Spender hat der Gesetzgeber zusätzlich einen Anspruch des Arbeitgebers gegen das private Krankenversicherungsunternehmen auf Erstattung des fortgezahlten Arbeitsentgeltes auf Antrag sowie der hierauf entfallenden vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und

Hinterbliebenenversorgung gesetzlich normiert, § 3a Abs. 2 S. 2 EntgFG n.F. Geregelt ist auch, dass im Falle von mehreren Erstattungspflichtigen, etwa eines Beihilfeträgers und eines PKV-Unternehmens, diese die genannten Kosten anteilig zu tragen haben, § 3a Abs. 2 S. 5 EntgFG n.F. Um in Übereinstimmung mit der Systematik des Sozialversicherungsrechts den Bestand des Sozialversicherungsverhältnisses abzusichern, wurde geregelt, dass das PKV-Unternehmen, das Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer Organspende erbringt, Beiträge zur Arbeitslosenversicherung (§ 347 Nr. 6a SGB III n.F.) sowie Beiträge zur Rentenversicherung (§ 170 Abs. 1 Nr. 2d SGB VI n.F.) zu übernehmen hat. Auch hier gilt wiederum für den Fall, dass Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer Organspende von mehreren Stellen (z. B. Beihilfeträger und PKV-Unternehmen) erbracht werden, die Beitragstragung nur anteilig zu erfolgen hat (§ 347 Nr. 6a a.E. SGB III n.F. bzw. § 170 Abs. 1 Nr. 2d a.E. SGB VI n.F.).

3.3 Medizinprodukte – Schadhafte Brustimplantate

Ende Dezember 2011 und Anfang Januar 2012 berichteten Medien von schadhafte Brustimplantaten der französischen Firma Poly Implant Prothèse (PIP), deren Produkte seit 2001 in den Verkehr gebracht und Patientinnen eingesetzt worden sind. Die französische Regierung riet am 23. Dezember 2011 allen Frauen, Brustimplantate der Firma PIP entfernen zu lassen. Die Explantation wurde als präventive Maßnahme deklariert. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat am 23. Dezember 2011 noch von einer generellen Empfehlung zur Entfernung der mit billigem Industriesilikon verarbeiteten Brustimplantate abgesehen und zunächst geraten, dass Patientinnen mit PIP-Implantaten Ärzte oder Kliniken aufsuchen und bei festgestellter Rissbildung die Implantate entfernen lassen sollten. Diese Risikobewertung ist dann am 6. Januar 2012 dahingehend ausgeweitet worden, dass auch ohne Rissbildung die Implantate als Vorsichtsmaßnahme entfernt werden sollten, da auch dann die Gefahr des Austritts von Silikon bestehe. Meldungen zufolge, die sich insbesondere auf Erkenntnisse und Schätzungen der französischen Behörde *afssaps* berufen, sollen in etwa 10 Prozent aller Fälle Risse in den Implantaten zu verzeichnen sein, die zum Einsickern bzw. „Ausschwitzen“ des Silikongels führen würden. Ausgetretenes Silikon könne Entzündungen, Schwellungen und Knotenbildungen verursachen. Einem Bericht des medizinischen Direktors des staatlichen National Health Service (NHS) in Großbritannien, Bruce Keogh, zufolge, dürften die Gel-Teile dieser mangelhaften Brustimplantate zwar mit der doppelten Frequenz platzen wie reguläre Implantate. Allerdings gehe von ihnen nach Angaben des britischen NHS keine toxische Gefahr oder Krebsgefahr aus, so dass eine vorzeitige Entfernung sich somit nicht aufdränge. Die Frequenz, dass ein Implantat platzt, liege bei sechs bis zwölf Prozent nach fünf Jahren und 15 bis 30 Prozent nach zehn Jahren. Im Rahmen der Studie hatte der nationale Gesundheitsdienst NHS Daten aus 240.000 Implantaten untersucht.

Identisch mit den minderwertigen Implantaten der Firma PIP sind die „M-Implants“ der Firma Rofil Medical Nederland B.V. Die minderwertigen Brustimplantate sind weltweit bei mehreren hunderttausend Frauen zur Brustvergrößerung oder -rekonstruktion eingesetzt worden. Wie viele Frauen in Deutschland betroffen sind, steht nicht fest. Es kursieren die unterschiedlichsten Zahlen. Es ist aber von mehreren tausend Betroffenen auszugehen. Der Hersteller PIP ist offensichtlich mit hoher krimineller Energie vorgegangen. So

war zu lesen, dass zugegeben worden ist, den deutschen TÜV bei der Prüfung der Implantate vorsätzlich getäuscht zu haben. Entsprechenden Berichten in den Medien zufolge ist PIP insolvent.

Da die nationale Bundesoberbehörde BfArM alle betroffenen Frauen aufgerufen hat, ihre Implantate vorsorglich entfernen zu lassen, stellt sich natürlich insbesondere auch die Frage nach der Kostenübernahme im Rahmen des bestehenden Versicherungsschutzes.

Erstattung der Kosten
durch die PKV

Bei betroffenen Patientinnen, die privat krankenversichert sind, kommt für eine Kostentragung grundsätzlich die Private Krankenversicherung in Frage. Diese leistet im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen medizinisch notwendiger Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen (§ 192 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes/§ 1 Absatz 2 der Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung). Wurden bei privatversicherten Personen schadhafte Brustimplantate eingesetzt, von denen ein konkretes Gesundheitsrisiko ausgeht, gehört die Entfernung zur medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Die PKV trägt die Aufwendungen unabhängig davon, ob die Implantate aus medizinischen oder anderen Gründen eingesetzt wurden. Maßstab ist allein die objektive medizinische Notwendigkeit.

Im Hinblick auf die medizinische Notwendigkeit und damit die Leistungspflicht der Privaten Krankenversicherung für das Einsetzen eines neuen Implantats oder den Brustaufbau bzw. die Brustrekonstruktion ist eine Betrachtung des Einzelfalls erforderlich. Maßgeblich ist die konkrete Situation bei der behandelten Patientin. Wenn der Einsatz des Implantats im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung erfolgte, ist in der Regel auch der Implantatersatz oder der sonstige Wiederaufbau der Brust als medizinisch notwendige Heilbehandlung einzustufen. Die entsprechenden Aufwendungen werden übernommen.

Erfolgte der Einsatz des Implantats aus kosmetischen bzw. ästhetischen Gründen, muss ebenfalls im Einzelfall entschieden werden, ob der Ersatz des Implantats bzw. der Wiederaufbau der Brust medizinisch notwendig ist. Entscheidend ist, ob diese Maßnahmen erforderlich sind, um einen Krankheitszustand zu behandeln – etwa im Hinblick auf die Gewebeveränderungen infolge des Implantats. Da die Konstellationen, in denen die Implantate verwendet wurden, sehr vielgestaltig sind, ist eine generelle Aussage über die medizinische Notwendigkeit für jeden Einzelfall nicht möglich. Ist der Ersatz medizinisch notwendig, trägt die Private Krankenversicherung die hierfür erforderlichen Aufwendungen.

Höhe der Kostenbeteiligung

Ist eine Leistungspflicht anzunehmen, stellt sich die Frage nach der Bemessung der Erstattungsleistung. Zunächst wird nur von dem Fall ausgegangen, dass diejenigen Kosten zu übernehmen sind, die angefallen wären, wenn das Implantat bzw. die Implantate lediglich entfernt worden wären:

- **Krankenhausentgelt**

Hinsichtlich des Entgeltes für die Allgemeine Krankenhausleistung führt der OPS-Kode 5-889.0 (Andere Operation an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese) zu der DRG J24C (Basiskostengewicht: 0.848). Wenn die Prothesenentfernung beidseitig erfolgt, ist die DRG J24B einschlägig. Ein dementsprechendes Entgelt weist dann den Teil des tatsächlich berechneten Entgeltes (z. B. DRG J24A – ergibt sich aus OPS-Kode 5-889.40 „Andere Operation an der Mamma: Wechsel eine Mammaprothese: Ohne Gewebverstärkendes Material“ – Basiskostengewicht: 1.519) aus, den der Versicherer zu tragen hat.

- **Vergütung der (wahl)ärztlichen Leistung**

Die GOÄ enthält keine Gebührenposition für die Explantation des Implantats. Es gibt von Seiten der DGÄPC (Deutsche Gesellschaft für Ästhetische und plastische Chirurgie) den Vorschlag, GOÄ-Nr. 2420 analog anzusetzen. Deren Leistungslegende lautet: „Implantation oder operativer Austausch einer Mammoprothese, als selbständige Leistung“. Danach ist diese Gebührenposition auch für eine Ersatzversorgung (Austausch der Mammoprothese) einschlägig. Geht es nur um die Entfernung eines Implantats, könnte dem mit einem reduzierten Steigerungsfaktor (z. B. 1,7-facher Gebührensatz) Rechnung getragen werden.

Ursächlich für den notwendig gewordenen weiteren Eingriff ist das minderwertige Brustimplantat. Es liegt insoweit nahe, an die Möglichkeit eines Regresses (der betroffenen Frau oder des Versicherers – aus übergegangenem Recht) zu denken.

Ein Anspruch gegen den Hersteller ergibt sich aus dem Produkthaftungsgesetz und mittelbar aus dem Medizinproduktegesetz (§ 4 MPG als haftungsrechtliches Schutzgesetz). Ob entsprechende Ansprüche aber tatsächlich realisiert werden können, erscheint (angesichts der Meldungen über eine Insolvenz des französischen Herstellers) zweifelhaft.

Sowohl bei der vertraglichen (§ 611 BGB i. V. m. § 280 BGB) als auch der deliktischen (§ 823 Absatz 1 BGB) Haftung bedarf es eines Verschuldens. Die behandelnden Ärzte müssten sich vorsätzlich (also im Wissen um die Minderwertigkeit der Implantate) oder fahrlässig (in dem Sinne, dass man von der Gefährlichkeit hätte wissen müssen) verhalten haben, als sie die Implantate verwendeten. Hier kommt es also insbesondere darauf an, wann es in „Fachkreisen“ ernst zu nehmende Hinweise im Hinblick auf das Gefahrenpotenzial der Implantate gegeben hat. Denn ohne solche muss sich ein Arzt bei Medizinprodukten auf CE-Kennzeichen und/oder TÜV-Zertifizierung verlassen können.

Bekannt ist bisher nur, dass das BfArM (lt. seiner Internetseite) hinsichtlich der PIP-Implantate erstmalig am 1. April 2010 die Empfehlung an die Ärzte ausgesprochen hatte, betroffene Frauen zu informieren und entsprechende Implantate nicht mehr zu verwenden. Am 24. Juni 2010 hatte das BfArM dann darauf hingewiesen, dass die „M-Implants“ des Herstellers Rofil mit den PIP-Brustimplantaten identisch sind.

Es könnte danach nur an die grundsätzliche Möglichkeit der Geltendmachung eines Schadensersatzanspruchs gegen Ärzte oder Kliniken gedacht werden, wenn entsprechende Implantate nach diesen Daten verwendet worden sind.

Aufgrund der Schwierigkeiten für die Geschädigten, Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche erfolgreich geltend zu machen, insbesondere, weil die Medizinproduktehersteller in der Regel nach Bekanntwerden der Vorwürfe zeitnah in die Insolvenz gehen, werden die Forderungen nach einer strengeren Überwachung von Medizinprodukteherstellern erhoben. Unter anderem wird gefordert, die Marktzugangsregeln, vor allem für so genannte Hochrisikomedizinprodukte der Klasse III (insbesondere Implantate, Herzschrittmacher), den Bestimmungen für Arzneimittel entsprechend anzupassen, im Ergebnis also ein staatliches Zulassungsrecht unter Zugrundelegung der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des Medizinprodukts zu etablieren.

Unterdessen hat die EU-Kommission im September 2012 Vorschläge für zwei Verordnungen vorgelegt, welche die seitherigen Medizinprodukterichtlinien

Regress bei Hersteller, Arzt oder Klinik

Hersteller

Arzt oder Klinik



ersetzen sollen. Die Verordnungen enthalten zwar Regelungen zur Verbesserung der Kontrolle von Medizinprodukten. Das teilweise als unzureichend kritisierte Verfahren, wonach die Zulassung auch von potenziell gefährlichen Medizinprodukten durch staatlich akkreditierte Stellen (so genannte Benannte Stellen) erfolgt, die den Herstellungsprozess eines Medizinproduktes im Auftrag eines Herstellers überprüfen und dessen technische Fehlerfreiheit bescheinigen, soll offenbar aber beibehalten werden. Stattdessen sollen die Benannten Stellen durch staatliche Behörden besser überwacht werden. Außerdem sollen die Benannten Stellen verpflichtet werden, künftig auch unangemeldete Produktprüfungen beim Hersteller durchzuführen. Eine solche unangemeldete Kontrolle der Produktionsstätte der Firma Poly Implant Prothèse hätte die Mangelhaftigkeit der Brustimplantate mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgedeckt. Unangemeldete stichprobenartige Kontrollen der Produkte im Handel und in Gesundheitseinrichtungen sind ebenfalls in der Diskussion.

3.4 Arzneimittel

Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V

Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) gelten neue Regelungen für Arzneimittelrabatte und die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel. Sämtliche neu zugelassenen Arzneimittel stehen den Versicherten aber unverändert sofort nach Markteinführung durch den pharmazeutischen Unternehmer zur Verfügung. Auch ist der pharmazeutische Unternehmer nach wie vor frei, den Preis zunächst einseitig festzulegen. Dieser Preis gilt zumindest bis zum 13. Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen. Für Arzneimittel, deren (Zusatz-)Nutzen durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt worden ist, wird zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 130 b SGB V ein Erstattungsbetrag als Preisnachlass auf den ursprünglichen Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers

vereinbart. Arzneimittel, die keinen Zusatznutzen aufweisen, werden in die einschlägige Festbetragsgruppe überführt, sofern sie einer Festbetragsgruppe zugeordnet werden können. Ist das Präparat nicht festbetragsfähig, ist ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, bei dem die Therapiekosten nicht höher sind als bei Arzneimitteln mit vergleichbarem Nutzen.

Das Gesetz sieht vor, dass der PKV-Verband in die Preisverhandlungen zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen einzubeziehen ist. Vor Abschluss der Vereinbarung über den Erstattungsbetrag muss ein Benehmen mit dem PKV-Verband hergestellt werden. In den amtlichen Gesetzesbegründung wird zu den Beteiligungsrechten des PKV-Verbands festgestellt, dass es „sinnvoll [ist], den Verband der Privaten Krankenversicherung an der Vereinbarung von Erstattungsbeträgen nach § 130b zu beteiligen. Dadurch, dass das Benehmen vor Abschluss der Vereinbarung herzustellen ist, erhält die private Krankenversicherung Gelegenheit zur Einflussnahme auf das Vereinbarungsergebnis.“ (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, in der BT-Drs. 17/3698 vom 10. November 2010, Seite 55). Somit ist das „Benehmen“ im Sinne einer aktiven Beteiligung des PKV-Verbands an den Verhandlungen und der Möglichkeit der Einflussnahme auf das Verhandlungsergebnis ausgestaltet worden. In der zwischen den Vertragspartnern nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V getroffenen Rahmenvereinbarung gemäß § 130 b Abs. 9 SGB V ist geregelt worden, dass der GKV-Spitzenverband als Gastgeber dem pharmazeutischen Unternehmer und dem PKV-Verband mindestens 14 Tage vor dem ersten Verhandlungstermin die jeweiligen Verhandlungstermine und den genauen Verhandlungsort mitzuteilen hat (vgl. § 1 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung). Mithin ist der PKV-Verband zu allen Verhandlungen im Rahmen der Festlegung der Erstattungsbeträge nach § 130 b SGB V einzuladen und zu beteiligen.

Neben der im Benehmen zu treffenden Entscheidung gemäß § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V wird der PKV-Verband in § 130b SGB V an zwei weiteren Stellen genannt. Zum einen in Bezug darauf, dass der PKV-Verband vor der Entscheidung der Schiedsstelle „Gelegenheit zur Stellungnahme“ erhalten soll. Zum anderen hat sich der PKV-Verband bzw. dessen Mitgliedsunternehmen gemäß § 130 b Abs. 10 SGB V an den Sach- und Personalkosten des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und des IQWiG im Kontext der Nutzenbewertung nach § 35 a SGB V, der Kostennutzenbewertung nach § 35 b SGB V sowie der Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach § 130b Abs. 4 SGB V im Schiedsstellen-Entscheidung angemessen zu beteiligen. Deshalb haben der GKV-Spitzenverband und der PKV-Verband im Sommer 2012 eine Vereinbarung über die von den PKV-Unternehmen zu erstattenden Kosten geschlossen. Eine weitere Vereinbarung über die Kostenbeteiligung wurde mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss geschlossen.

Folgerichtig gelten die Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V über die Gesetzliche Krankenversicherung hinaus für alle Selbstzahler, mithin auch für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte. Gemäß der amtlichen Begründung erfolgt der Einbezug der Privatversicherten auch deshalb, um den nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten keine höheren Kostenbelastungen für Arzneimittel entstehen zu lassen als für gesetzlich Versicherte. Gleichzeitig werde vermieden, dass pharmazeutische Unternehmer die in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährenden Abschläge durch höhere Preise für Selbstzahler, also im Wesentlichen für die Privatversicherten, kompensieren (vgl. BT-Drucks. 17/3698, S. 58f.).

Nach § 130b SGB V i.V.m. § 78 Abs. 3a AMG wird dieser Rabatt in der Lieferkette gewährt. Dies hat zur Folge, dass Privatversicherte für Arzneimittel, für die ein Erstattungsbetrag ausgehandelt wurde, in der Apotheke nur den um den Rabatt geminderten Preis zu zahlen haben. Ein besonderes Einzugsverfahren ist insoweit nicht erforderlich. Im Jahr 2012 konnten unter Beteiligung von Vertretern des PKV-Verbands in elf von bisher zwölf Fällen eine Einigung zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und dem GKV-Spitzenverband erzielt werden. In einem Fall musste bislang die Schiedsstelle entscheiden. Die Preisnachlässe traten jeweils rückwirkend in Kraft. Eine technische Umsetzung der Verhandlungsergebnisse erfolgte bis zum 31. Januar 2013 allerdings nicht. Privatversicherte kamen daher nicht in den Genuss der Rabatte nach § 130b SGB V. Ursächlich hierfür waren zum einen technische Gründe. Die Verbände der Handelskette erklärten übereinstimmend, dass sie organisatorisch nicht auf eine Abrechnung der Rabatte eingestellt seien. Die Erstattungsbeträge wurden daher zunächst nicht in die maßgeblichen Datenbanken eingestellt. Hinzu kam eine rechtliche Auseinandersetzung. Nach wie vor streitig ist die Frage, ob die in der Lieferkette zu gewährenden Zuschläge für Großhändler und Apotheker sowie die Umsatzsteuer auf den rabattierten oder den ursprünglichen Herstellerabgabepreis zu beziehen sind. Der GKV-Spitzenverband sowie das Bundesministerium für Gesundheit und der PKV-Verband vertreten die Auffassung, dass der rabattierte Preis zugrunde zu legen ist. Dem widersprechen die pharmazeutischen Unternehmer, der Pharmagroßhandel und die Apotheken. Trotz dieser noch ungeklärten Frage wird die Abrechnung der Rabatte gemäß einer Verlautbarung der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) seit dem 1. Februar 2013 in den einzelnen Apotheken umgesetzt. Es sei davon auszugehen, dass ab diesem Zeitpunkt Privatversicherte nur den rabattierten Preis in der Apotheke zahlen müssten. Bei den Arzneimitteln, die vor dem 1. Februar 2013 abgegeben wurden, wurde bislang der Rabatt nach § 130b SGB V nicht realisiert. Die Problematik der rückwirkenden Anwendung der Rabatte nach § 130b SGB V erfolgt aus der Systematik des Verhandlungsverfahrens, dessen Ergebnis jeweils auf einen früheren Zeitpunkt bezogen wird. Die Problematik verschärft sich, wenn es zu einem Schlichtungsverfahren kommt. Derzeit ungeklärt ist, wie mit den, bedingt durch die verspätete Umsetzung in der Lieferkette bislang „verlorenen“ Rabatten nach § 130b SGB V umzugehen ist. Die rückwirkende Geltendmachung ist technisch und rechtlich schwierig. Eindeutige Anspruchsgrundlagen bestehen wohl nur im Verhältnis der Versicherten zur Apotheke, und, wenn der Versicherer Aufwendungen erstattet hat, im Verhältnis des Versicherers zur Apotheke. Mit dem Rabatt nach § 130b SGB V soll aber letztlich der Pharmahersteller belastet werden.

Zweites Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Vertraulichkeit der Erstattungsbeträge

Im Zusammenhang mit dem Entwurf des Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften wurde darüber diskutiert, ob die gemäß § 130b SGB V verhandelten Erstattungsbeträge für innovative Arzneimittel mit festgestelltem Zusatznutzen zukünftig der Vertraulichkeit unterliegen sollen. In die gleiche Richtung gehen Vorstöße der pharmazeutischen Industrie, die sich für ein rückwirkendes Nacherstattungssystem ausspricht. Der Rabatt nach § 130b SGB V soll demnach nicht über die Lieferkette abgewickelt werden, sondern die Hersteller sollen ihre Produkte weiter zum von ihnen initial

festgesetzten Preis auf den Markt bringen. Anschließend könnten die Kostenträger den Rabatt bei den Herstellern geltend machen. Hintergrund dieser Bemühungen der Industrie ist im Ergebnis die Forderung nach der Vertraulichkeit des Erstattungspreises, die der Sorge der Hersteller um die Offenbarung des deutschen Referenzpreis und der Befürchtung einer Preisspirale nach unten in anderen Ländern entspringt. Diesen unberechtigten Forderungen der pharmazeutischen Industrie ist der Gesetzgeber nicht nachgekommen. Auch der Wunsch nach Einführung eines rückwirkenden Nacherstattungsverfahrens ist abzulehnen, da ein solches System in Widerspruch zur geltenden Rechtslage und dem Willen des Gesetzgebers steht, wonach der Hersteller nach Abschluss der Preisverhandlungen das Medikament zum rabattierten Preis auf den Markt bringt. Von dieser Ermäßigung profitieren gerade die privatversicherten Selbstzahler unmittelbar. Für Privatversicherte mit Selbstbehalten hätte die vorgeschlagene Verfahrensänderung gravierende Nachteile. Sie müssten in der Apotheke den vollen, nicht rabattierten Preis zahlen. Sie würden de facto dafür bestraft, dass sie sich für mehr Eigenverantwortung entschieden haben. Beschädigt würde aber auch die Ökonomie der Selbstbehaltenstarife, da die Grenze der Selbstbeteiligung schneller erreicht und wieder mehr Rezepte zu Lasten der Versichertengemeinschaft und der Kalkulation des Tarifs eingereicht werden. Die Folge wären Beitragssteigerungen in diesen Tarifen. Von Nachteil wäre auch der erhöhte Aufwand beim Inkasso über ZESAR. Der PKV-Verband fordert daher ebenso wie der GKV-Spitzenverband in seinem Argumentationspapier zu den Erstattungsbeträgen nach § 130b SGB V vom 27. November 2012, an dem bestehenden unbürokratischen und patientenfreundlichen Verfahren festzuhalten. Sollte der Gesetzgeber dennoch das Ziel verfolgen, eine Vertraulichkeit der Erstattungsbeträge herzustellen, muss sichergestellt werden, dass die Privatversicherten insgesamt von den ausgehandelten Ergebnissen profitieren. Dazu müssen unter anderem die Rabatte in die einschlägigen Datenbanken zur Abwicklung des dann notwendigen Rabattinkassos eingepflegt und die Zahlungsverpflichtung der Pharmaindustrie bei den Rabatten nach § 130a und § 130b SGB V über ZESAR muss sichergestellt werden. Die Mehrkosten des Verfahrens müssen durch die Pharmaindustrie übernommen werden.

§§ 63f und 63g AMG (Nichtinterventionelle Unbedenklichkeitsprüfungen)

Gemäß § 63f Abs. 4 Satz 1 Arzneimittelgesetz (AMG), der am 26. Oktober 2012 mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften in Kraft getreten ist, sind nicht-interventionelle Studien neben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nunmehr unter Angabe von Ort, Zeit, Ziel und Protokoll der Studie und unter Benennung der beteiligten Ärzte auch dem PKV-Verband anzuzeigen. Zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang auch die Einbeziehung des PKV-Verbands in § 67 Absatz 6 Satz 1 AMG hinsichtlich Anwendungsbeobachtungen. Diese Maßnahmen können dazu beitragen, dass Prüfungen nicht vorrangig im Bereich der privatärztlichen Versorgung erbracht werden, weil dort keine Transparenz über durchgeführte Prüfungen besteht. Die nunmehr beabsichtigte Transparenz entspricht allerdings noch nicht vollumfänglich der im Bereich der GKV. Hier müssen auch die Art und Höhe der Entschädigungszahlungen sowie eine Ausfertigung der Verträge offengelegt werden. Daher könnte auch weiterhin eine Tendenz bei Zulassungsinhabern vorhanden sein, nichtinterventionelle Prüfungen bzw. Anwendungsbeobachtungen stärker in der privatärztlichen als in der vertragsärztlichen Versorgung vorzunehmen – und damit implizit wie beschrieben ein Anreiz für eine verstärkte Verordnung entstehen. Aber auch Privatpatientinnen und -patienten haben das Recht auf eine qualitativ hochwertige Versorgung, in

der das unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten therapeutisch zweckmäßigste Arzneimittel abgegeben wird. Deshalb ist es angezeigt, dass auch der PKV-Verband in die betreffende Regelung einbezogen wird. Der Gesetzgeber hat diese nachvollziehbaren Argumente und den entsprechenden Vorschlag des PKV-Verbands bei Erlass des Gesetzes jedoch nicht umgesetzt.

Positiv sind die Neuregelungen, mit denen der nationale Gesetzgeber im Einklang mit europäischem Gemeinschaftsrecht das Ziel verfolgt, medizinisch nicht begründete Leistungsausweitungen aufgrund von Marketing-Aktivitäten der pharmazeutischen Hersteller einzudämmen. Diese Verkaufsfördermaßnahmen der pharmazeutischen Industrie sind nicht im Interesse der Versicherten, sie verursachen lediglich unnötig Kosten und führen damit zu höheren Beiträgen. Nichtinterventionelle Prüfungen, die dem Zweck dienen, den Absatz eines Arzneimittels zu fördern, sind unzulässig (§ 63f Abs. 3 Nr. 1 AMG-neu). Unzulässig sind sie zudem, wenn sich die Vergütungen für die Beteiligung von Angehörigen der Gesundheitsberufe an solchen Studien 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).

Arzneimittelmanagement in der PKV

Der PKV-Verband möchte zukünftig Vereinbarungen mit Apothekern bzw. ihren Verbänden über ein qualitätsgesichertes und wirtschaftliches Arzneimittelmanagement treffen. Der Deutsche Apothekerverband unterstützt dieses Vorhaben, zu dessen Flankierung zwei gesetzliche Regelungen hilfreich wären. Notwendig wäre eine Regelung, die „aut-idem“-Verordnungen begünstigt, ohne in die Therapiefreiheit des Arztes einzugreifen. Dies wäre möglich, wenn der Arzt – anders als heute – bei der Verordnung die Möglichkeit des „aut idem“ bewusst ausschließen müsste. Allein dieser Moment der Reflexion auf das Notwendige könnte helfen, unnütze Ausgaben zu vermeiden. Der Apotheker müsste zudem ausdrücklich zur Abgabe wirkstoffgleicher Arzneien bzw. zur Beratung des Patienten berechtigt sein. Alles Nähere ließe sich dann ggf. in Verträgen zwischen PKV und Apothekern regeln. Zudem könnten die PKV-Unternehmen den Erfolg solcher Verträge durch das Angebot entsprechender Tarife flankieren bzw. die Versicherten auf die Möglichkeit der Abgabe preisgünstiger Alternativen hinweisen. Zum anderen bedarf es einer ausdrücklichen Ermächtigung des PKV-Verbands, mit Apothekern bzw. ihren Verbänden Versorgungsziele zu vereinbaren. So ließen sich Versorgungsziele und/oder Zielpreise für alle „aut-idem“-Verordnungen im oben skizzierten Sinn vereinbaren. Durch eine solche Regelung würden auch Notfallsituationen vermieden, in denen der Apotheker dem Notfallpatienten ein Substitut verweigern muss, da der Ausschluss von „aut idem“ bei Privatpatienten noch immer die Regel ist. Eine derartige Regelung unterscheidet sich grundlegend von der entsprechenden GKV-Regelung: Die ärztliche Therapiefreiheit würde weiter uneingeschränkt gelten und auf der Versichertenseite bestünde unverändert Vertragsfreiheit. Nicht nur der Arzt hätte in seiner Verordnung immer das letzte Wort, auch der Patient wäre in seiner Entscheidung für oder gegen Versorgungsvereinbarungen frei, da diese nur Empfehlungscharakter hätten. In seine Wahlentscheidung könnte der Privatversicherte z. B. die Beratung durch den Apotheker einbeziehen als auch Empfehlungen von PKV und Leistungserbringern. Eine „aut-idem“-Regelung im PKV-Bereich könnte damit nicht nur einen Beitrag für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Arzneiversorgung für Privatversicherte leisten, sondern

auch dem Systemwettbewerb neue Impulse geben. So könnte die PKV in Verhandlungen mit dem Deutschen Apothekerverband ihre eigenen Vorstellungen von guter individueller Beratung, Vermeidung ungünstiger Mengen, angemessenen Zielpreiskorridoren etc. einbringen. Diese Möglichkeit zur Schaffung einer Rechtsgrundlage für die PKV zum Abschluss von Versorgungsvereinbarungen mit dem Deutschen Apothekerverband hat der Gesetzgeber anlässlich dieser Novelle leider verstreichen lassen.

Zytostatika-Zubereitungen

Die Neueinfügung des § 129 Abs. 5c Satz 2 SGB V durch die 15. AMG-Novelle hatte das Ziel, die Gesetzliche Krankenversicherung durch die Weiterleitung von Einkaufsvorteilen bei onkologischen Rezepturen dauerhaft um 300 Millionen Euro pro Jahr zu entlasten (Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, BT-Drs.16/12256 vom 16. September 2009, Seite 4). Nach dieser Regelung hat die Apotheke den Krankenkassen ihre tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise zu berechnen. Flankierend wurden für die Krankenkassen Kontrollmöglichkeiten geschaffen, mit denen die Bezugsquellen und tatsächlichen Einkaufspreise der Apotheken überprüft werden können.

Privatversicherte zahlen demgegenüber weit überwiegend den Listenpreis nach der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe (Lauer-Taxe), obwohl der Herstellerabgabepreis von Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen nicht länger der Arzneimittelpreisverordnung unterliegt. Für solche Arzneimittel gilt das Gebot des einheitlichen Herstellerabgabepreises, so dass die Apotheke Einkaufsvorteile und Preisnachlässe generieren kann. An diesen partizipieren die Privatversicherten allerdings nicht, obwohl sie in gleichem Maße wie gesetzlich Versicherte ein Interesse an der Stabilität der Versicherungsprämien und der Finanzierbarkeit ihres Krankenversicherungsschutzes haben. Reicht die Zytostatika herstellende Apotheke 20 Prozent des Listenpreises für das

Partielle Beteiligung des Patienten an den Einkaufsvorteilen der Zytostatika herstellenden Apotheke



Fertigarzneimittel an den Patienten weiter, kann er den darüber hinaus erzielten Einkaufsvorteil bzw. Preisnachlass für sich behalten. Es wäre sachgerecht und geboten, eine Verpflichtung festzuschreiben, Einkaufsvorteile zumindest teilweise an den privat versicherten Patienten weiterzuleiten.

Bereits nach geltendem Recht ergibt sich die Verpflichtung für die Apotheke, für die Zubereitung die erforderliche Menge an Stoffen und Fertigarzneimitteln zu verwenden. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass dieses Gebot teilweise nicht hinreichend zur Geltung kommt bzw. missinterpretiert werden kann. Die Regelung zum Gebot der Verwendung der erforderlichen Menge bedarf einer Klarstellung. Dies könnte durch Regelungen zur Verwendung von Teil- und Restmengen gewährleistet werden.

Das sich in der Praxis häufig stellende Problem soll nachfolgend an einem Beispiel veranschaulicht werden: Der Arzt verordnet dem Patienten 150 mg des Krebsarzneimittels Ribomustin. Ribomustin ist unter anderem erhältlich als Pulver in einer 100 mg-Packung zur Herstellung einer Infusionslösung, wird aber auch vertrieben in einer Packung mit 5 Einheiten zu je 25 mg (also insgesamt 125 mg). Nicht selten werden in diesen Konstellationen zwei Einheiten der 100 mg-Packung berechnet und die restlichen 50 mg verworfen. Sichergestellt werden sollte, dass die Apotheke neben einer 100 mg-Packung zwei weitere Einheiten aus der 125 mg-Packung verwenden muss. Die restlichen nicht verwendeten und separat abgepackten drei 25 mg-Einheiten könnten weiterverwendet werden. Hier bestünde auch keine Gefahr des Verwurfs, da die nicht verbrauchten abgeteilten Packungseinheiten ohne Probleme in anderen Zubereitungen weiterverarbeitet werden könnten.

3.5 Prävention

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 1. Februar 2013 einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention vorgestellt. Der Entwurf würdigt das langjährige freiwillige Engagement des PKV-Verbands im Bereich der Aids- und HIV-Prävention sowie der Alkoholprävention bei Jugendlichen. Dass der PKV-Verband die Tätigkeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese im Rahmen ihres öffentlichen Auftrags erbringt, mit Zuwendungen fördert, wird ausdrücklich befürwortet (vgl. Seite 42 ff.).

Im Übrigen sieht der PKV-Verband die gesetzliche Verpflichtung zur Finanzierung von Primärprävention aus Versichertenbeiträgen grundsätzlich skeptisch. Daher ist es ordnungspolitisch und verfassungsrechtlich richtig, dass der Referentenentwurf keine Verpflichtung der PKV vorsieht.

Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetz

Die Zahl der an Krebs erkrankten Menschen in Deutschland steigt ständig an. Mittlerweile sind rund 470.000 Menschen jährlich betroffen. Nahezu die Hälfte der Erkrankten verstirbt. Damit ist Krebs nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Zur Verbesserung der Krebsbekämpfung in Deutschland hatte das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2008 den Nationalen Krebsplan ins Leben gerufen. An diesem

Kooperationsprogramm waren mehr als 20 Organisationen und 100 Expertinnen und Experten beteiligt, darunter der PKV-Verband. Der Entwurf eines Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes, der von der Bundesregierung Ende August 2012 beschlossen wurde, setzt wichtige Teile des Nationalen Krebsplans um. Ein wichtiges Ziel dieses Plans war es, die Früherkennung in Deutschland weiterzuentwickeln und zu verbessern. International wird empfohlen, Früherkennungsuntersuchungen als organisierte Programme durchzuführen. Im Unterschied zu bestehenden Angeboten der Krebsfrüherkennung wird in organisierten Programmen ein vorher bestimmter Personenkreis zu den Untersuchungen explizit eingeladen. Zudem werden die Qualität und der Erfolg der Programme durchgehend überprüft. Ein solches organisiertes Früherkennungsprogramm gibt es in Deutschland bereits: Das Mammografie-Screening. Es orientiert sich an europäischen Leitlinien. Weitere europäische Leitlinien gibt es für die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs. Vor diesem Hintergrund sollen die in diesen Bereichen bereits bestehenden Vorsorgeangebote in organisierte Untersuchungsprogramme überführt werden, also in Übereinstimmung mit den europäischen Leitlinien die Vorsorgeuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs (Vorsorgekoloskopie). Dafür wird § 25 SGB V um die Absätze 6 bis 8 SGB erweitert. Privatversicherte haben seit jeher gemäß den Musterbedingungen (MB/KK) des PKV-Verbands und den sich daran anlehnenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) seiner Mitgliedsunternehmen Anspruch auf Kostenerstattung für gesetzlich eingeführte Früherkennungsuntersuchungen (§ 1 Abs. 2 MB/KK: „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen)“). Als in diesem Sinne gesetzlich eingeführt gelten sie, wenn und soweit der G-BA hierzu Richtlinien erlassen hat und dann entsprechend diesen Richtlinien. Bisher hatte die Private Krankenversicherung kein Beteiligungsrecht bei der Entwicklung der Richtlinien durch den G-BA, was plausibel war und ist, da die Private Krankenversicherung freiwillig und einseitig bezüglich der Vorsorgeuntersuchungen Bezug auf den Gesetzgeber nahm und nimmt. Die neuen Regelungen fallen unter den geltenden Schutz der Privaten Krankenversicherung, wenn auch durch das Gesetz als neue Aufgabe das Einladungswesen auf die Mitgliedsunternehmen zukommen wird. Indem der Gesetzgeber hier die Private Krankenversicherung spezifisch in die Pflicht nimmt, ist es plausibel und geboten, dem PKV-Verband ein Mitwirkungsrecht zumindest in Form eines Beteiligungsrechtes bei der Entwicklung der Früherkennungsrichtlinien des G-BA einzuräumen.

Der Gesetzentwurf sieht weiterhin die Einrichtung klinischer Krebsregister auf Landesebene vor. In klinischen Registern werden alle wichtigen Daten erfasst, die im Laufe einer Krebserkrankung und ihrer Behandlung anfallen. Bisher gibt es derartige Register nur in wenigen Bundesländern. Eine bundesweit flächendeckende klinische Krebsregistrierung ist wichtig, um die Qualität der Versorgung zu verbessern und um Erkenntnisse über den Nutzen von Therapien zu gewinnen. Krebspatientinnen und Krebspatienten profitieren – unabhängig vom Versicherungsstatus – von einer flächendeckenden klinischen Krebsregistrierung: Sie können sich sicher sein, dass ihre Behandlung von unabhängigen Fachleuten geprüft und die am besten geeignete Therapie gewählt wird. Beispielsweise wird der Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen gezielt gefördert, damit sich die Einrichtungen an den Besten orientieren und weiterentwickeln können. Zudem werden die Daten aus der klinischen Krebsregistrierung in der Forschung verwendet. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass jeder Kontakt eines Krebspatienten zu einem Arzt oder Krankenhaus in Zukunft in einem klinischen Krebsregister erfasst wird. Eine möglichst flächendeckende Erfassung der Krebserkrankungen



ist wichtig, damit die Daten aussagekräftig sind. Die an klinische Krebsregister übermittelten Daten werden übrigens bereits heute im Rahmen der Behandlung erhoben und dokumentiert. Lediglich die Übermittlung an die Register für Auswertungszwecke ist neu. Die Einwilligung des Patienten muss vor einer Übermittlung der Daten selbstverständlich immer eingeholt werden. Die Finanzierung soll über eine fallbezogene Pauschale in Höhe von 119 Euro, die die gesetzlichen Krankenkassen an das jeweils zuständige klinische Krebsregister zahlen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden sich freiwillig an der Finanzierung beteiligen: Sie haben sich bereit erklärt, Krebspatienten die Krebsregisterpauschale und die Meldeaufwandsentschädigung entsprechend den Bedingungen des individuellen Versicherungsvertrags zu erstatten. Durch die Beteiligung an der Finanzierung erhält der PKV-Verband die Möglichkeit, an der Erarbeitung der Fördervoraussetzungen der Krebsregister mitzuwirken. Er kann zusammen mit anderen Organisationen unter anderem festlegen, wie die sachgerechte Organisation und Ausstattung der Register aussehen sollen und welche Verfahren notwendig sind, damit die Qualität der Krebsbehandlung verbessert werden kann, zum Beispiel indem die erhobenen Daten unmittelbar am Krankenbett zur Verfügung stehen. Es gibt auch bereits Beispiele für Erfolge klinischer Krebsregistrierung. Bei Brustkrebsoperationen wurden zum Beispiel früher oft sämtliche Lymphknoten in der Achsel entfernt. Patientinnen haben nach einem solchen Eingriff große Beschwerden, da sich die Lymphflüssigkeit im Arm staut. Aus Krebsregisterdaten weiß man, dass diese radikale Lymphknotenentfernung nicht immer erforderlich ist. Das hat dazu geführt, dass die Fachgesellschaften die entsprechende Leitlinie angepasst haben – und Ärzte heute weniger radikal operieren. Die Lebensqualität der Betroffenen ist dadurch deutlich besser als früher.

3.6 PREFERE-Studie – Therapien von Prostatakrebs im Vergleich

Das Prostatakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern: Jedes Jahr erkranken daran in Deutschland über 60.000 von ihnen. Das Risiko steigt mit dem Alter. In den letzten Jahrzehnten ist eine Zunahme der Erkrankungen zu verzeichnen, die wahrscheinlich nicht nur dem demografischen Wandel, sondern auch einer früheren Erkennung durch unsystematisches Screening zuzuschreiben ist. Dafür spricht die Zunahme insbesondere in den Frühstadien, also der lokal begrenzten Karzinome. Für diese Stadien ist aber unbekannt, inwieweit Betroffene von einer Therapie überhaupt profitieren und welche Therapieform mit dem günstigsten Nutzen-Risiko-Verhältnis verbunden ist. Deshalb sollen in der „präferenzbasierten, randomisierten Studie zur Evaluation von vier Behandlungsmodalitäten beim Prostatakarzinom mit niedrigem oder frühem intermediären Risiko“ (kurz: PREFERE) an etwa 7.600 Patienten im Alter unter 76 Jahren die Totalentfernung der Prostata (Radikale Prostatektomie), die Perkutane Strahlentherapie, die Permanente Seed Implantation (PSI, interstitielle Brachytherapie) und die engmaschige Verlaufskontrolle (Active Surveillance) miteinander verglichen werden. Bei der PSI werden kleine Strahlenquellen („Seeds“) über Punktionsnadeln dauerhaft in die Prostata eingebracht. Bei der Active Surveillance wird eine der drei anderen Therapieformen nur im Falle eines Fortschreitens des Karzinoms eingesetzt. Es liegt auf der Hand, dass sich die verschiedenen Therapieformen in ihren Risiken, Nebenwirkungen und subjektiven Belastungen erheblich unterscheiden. Derzeit nimmt der Patient diese in Kauf, ohne eines therapeutischen Zusatznutzens sicher sein zu können. Noch schwerer wiegt die Unsicherheit, ob eine wie auch immer geartete Therapie in Frühstadien überhaupt einen Nutzen verspricht, der die Risiken des Eingriffs rechtfertigt. Deshalb kommt dem Behandlungsarm der Active Surveillance besondere Bedeutung zu. Diese Unsicherheiten rechtfertigen grundsätzlich die zufällige (randomisierte) Zuordnung der Patienten zu den 4 Studienarmen. Um die Sorge der Patienten zu würdigen, ihnen könnte eine Therapie vorenthalten bleiben oder sie könnten andererseits mit einer übermäßigen Therapie unnötig belastet werden, können sie bis zu zwei Studienbedingungen ablehnen (das ist die Präferenzbasierung). Daraus ergibt sich ein wissenschaftlich hoch anspruchsvolles Studiendesign, bisher weltweit wohl einmalig. Primärer Endpunkt der Studie, also Kriterium der Nutzenbewertung, ist der Prostatakarzinom-bedingte Tod innerhalb einer – biometrisch gut begründeten – Nachbeobachtungszeit von bis zu 17 Jahren. Eine solche prospektive Studie mit derart langer Nachbeobachtungszeit der Patienten stellt eine logistische Herausforderung dar und ist ebenfalls bisher weltweit einmalig. Ausgangspunkt der Studie ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17. Dezember 2009, die Beratungen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V über die PSI beim lokal begrenzten Prostatakarzinom in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auszusetzen, weil es an Studien mit belastbaren wissenschaftlichen Daten fehlt. Gesetzlich Versicherte konnten diese Behandlungsform mithin bislang nur im Rahmen von Modellprojekten einzelner Krankenkassen erhalten. Um diese Behandlungsform nun im Rahmen des PREFERE-Projektes zu erhalten, müssen sie sich in einen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V einschreiben. Privatversicherte hatten im Rahmen der freien Arztwahl dagegen schon immer Zugang zu dieser Therapieform. Dies gilt im PREFERE-Projekt natürlich weiter. Die Kosten der unterschiedlichen Behandlungsleistungen – also sämtliche diagnostischen und therapeutischen Leistungen – im Rahmen

der PREFERE-Studie werden Privatversicherten entsprechend den Bedingungen des individuellen Versicherungsvertrags erstattet. Soweit im Rahmen der Studie Krankenhausregelleistungen nach § 108 SGB V zugelassener (und damit dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegender) Krankenhäuser anfallen, gelten die Entgelte gemäß DRG-System gleichermaßen für Privatversicherte wie für gesetzlich Versicherte. Sofern das Krankenhaus und das jeweilige private Versicherungsunternehmen dem Klinikcard-Verfahren beigetreten sind, werden die Regelleistungen unmittelbar mit dem Krankenversicherer abgerechnet. Die Kosten der Studienlogistik, also der Datenerfassung und -auswertung, werden von der Deutschen Krebshilfe sowie den gesetzlichen Krankenkassen und dem PKV-Verband in Form jährlicher Pauschalförderbeträge übernommen. Die Organisation obliegt der eigens von der Deutschen Krebsgesellschaft gegründeten Prefere gGmbH. Dass Studienkosten von der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung – mit einer Selbstverpflichtung für die kommenden 17 Jahre – mitfinanziert werden, stellt eine Premiere dar und darf als Signal der Versicherer verstanden werden, wie enorm wichtig dort die wissenschaftliche Fundierung der Behandlung des frühen Prostatakarzinoms genommen wird. Angesichts der Qualitätsstandards der PREFERE-Studie sollte jeder Mann unter 76 Jahren, bei dem ein frühes Prostatakarzinom festgestellt wird, anstreben, darin aufgenommen zu werden. Selbstverständlich erfolgt die Mitwirkung freiwillig. Voraussetzung ist eine umfassende Aufklärung jedes einzelnen Patienten als Grundlage für seine Einwilligung. Wer tatsächlich einbezogen werden kann, hängt davon ab, ob die Einschlusskriterien im Einzelfall erfüllt sind und keine Ausschlusskriterien vorliegen. Jedenfalls sollte jeder dieser Patienten von seinem Urologen auf die PREFERE-Studie hingewiesen werden. Entsprechend haben sich die Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Urologie und der Berufsverband der Deutschen Urologen positioniert. Die Patientenrekrutierung wird Anfang 2013 starten. Man hofft, die angestrebte Zahl von 7.600 Patienten innerhalb von vier Jahren gewonnen zu haben. Informationen können künftig im Internet unter www.prefere.de abgerufen werden.

3.7 Notfallsanitätärgesetz

Der Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäter der Bundesregierung enthält eine Novellierung der Ausbildung der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten unter der neuen Berufsbezeichnung der „Notfallsanitäterin“ und des „Notfallsanitäters“. Die Dauer der Ausbildung wird von bisher zwei auf drei Jahre angehoben und die Ausbildung selbst strukturell verändert. Die praktische Ausbildung soll zukünftig integrierter Bestandteil des theoretischen und praktischen Unterrichts sein und auch in geeigneten Krankenhäusern durchgeführt werden. Der Entwurf regelt erstmalig Mindestanforderungen an die Schulen, an denen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ausgebildet werden sollen. Ziel des Entwurfs ist es, ein hohes Niveau bei der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen sicherzustellen. Es ist zu erwarten, dass sich angesichts der demografischen Entwicklung, der strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen und der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen die Anforderungen an den Rettungsdienst sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht zukünftig erhöhen werden. Durch die Neuregelung der Ausbildung werden Mehrkosten entstehen. Nach Einschätzung einer Expertengruppe, die das Bundesministerium für Gesundheit beraten hat, werden sich die Kosten der neuen Ausbildung

von bisher rund 52 Millionen Euro (zweijährige Ausbildung) auf rund 200 Millionen Euro (dreijährige Ausbildung) erhöhen.

Der PKV-Verband befürwortet das Anliegen der Bundesregierung, die Qualität der Rettungsdienste zu sichern und zu verbessern. Eine Grundvoraussetzung für einen gut organisierten und effektiven Rettungsdienst ist eine qualitativ hochwertige Berufsausbildung, die den stetig zunehmenden Anforderungen insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung Rechnung trägt.

Die PKV lehnt es jedoch entschieden ab, dass die Private und Gesetzliche Krankenversicherung, das heißt die Beitragszahler, zur Finanzierung der mit der Neuregelung der Ausbildung verbundenen Mehrkosten anteilig herangezogen werden sollen. Die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer stufen den Rettungsdienst von seiner Rechtsnatur her als öffentliche Aufgabe der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr ein. Es handelt sich hierbei um Aufgaben der Daseinsvorsorge, die durch die zuständigen Gebietskörperschaften mit öffentlichen Geldern zu finanzieren sind. Der PKV die Finanzierungsverantwortung für Aufgaben im Bereich der Gefahrenabwehr, die keinerlei Bezug zur Krankenversicherung haben, zu übertragen, ist ordnungspolitisch verfehlt. Zudem sind die Kosten der theoretischen Ausbildung als schulische Personal- und Sachkosten ebenso wie die Berufsschulkosten anderer Ausbildungsgänge von den Ländern zu tragen.

Die PKV beteiligt sich bereits über den Ausbildungszuschlag gemäß § 17a KHG an der Finanzierung der Ausbildungskosten in den Ausbildungsstätten, die abschließend in § 2 Nr. 1a KHG aufgeführt sind. Die Kosten der dort erwähnten Ausbildungsstätten, die notwendigerweise mit Krankenhäusern verbunden sind, gehören zu den pflegesatzfähigen Kosten. Die Ausbildungsstätten der Rettungsassistenten/Notfallsanitäter sind indes nicht in § 2 Nr. 1a KHG genannt, auch sind ihre Kosten nicht pflegesatzfähig. Dies ist ein weiterer Grund, warum die Finanzierung nicht auf die Krankenversicherungen übertragen werden kann. Es erscheint überdies aus kompetenzrechtlichen Gründen unzulässig, dass der Bund eine Regelung zur Finanzierung der Ausbildungskosten im Bereich des den Ländern zugewiesenen Rettungsdienstes trifft. Die Bundeskompetenz berechtigt nicht zu Vorgaben für landesrechtliche Bestimmungen der Entgeltfestsetzung in den Rettungsdienstgesetzen der Bundesländer. In Baden-Württemberg vereinbaren beispielsweise die Leistungserbringer mit den Kostenträgern (GKV und PKV) für alle Benutzer einheitliche und verbindliche Entgelte (vgl. § 28 RDG BW). Einigen sich die Parteien nicht über die Höhe der Benutzungsentgelte, kann eine Schiedsstelle zur Entscheidung angerufen werden. Diese landesgesetzlich vorgegebene Systematik der Verhandlung und Preisfindung darf der Bundesgesetzgeber nicht verletzen, in dem er in einem Vorgriff die Finanzierung bestimmter Kosten im Zusammenhang mit dem Rettungsdienst der PKV anteilig zuweist.

Bei den Anforderungen an die Ausbildung selbst bzw. an die Ausbildungsstätten wäre eine Präzisierung wünschenswert. Es fehlen Mindestvorgaben für die Stundenzahl an theoretischer und praktischer Ausbildung, wie sie im Rettungsassistentengesetz (RettAssG) und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) einheitlich verankert sind. Die Vorgaben für die Ausbildungskompetenzen der Schulen in § 6 enthalten ebenfalls keinen klaren Mindestanforderungen. Da der Notfallassistent gemäß § 4 viele Aufgaben eigenverantwortlich übernehmen soll und nicht mehr wie noch laut RettAssG als „Helfer bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt“ lebensrettende Maßnahmen durchführen können soll, wären hier eindeutige Festlegungen wünschenswert.

Der PKV-Verband plädiert daher für eine dahingehende Ergänzung des Gesetzesentwurfs, dass die mit der Neuregelung der Ausbildung verbundenen Mehrkosten durch die zuständigen Gebietskörperschaften mit öffentlichen Mitteln finanziert werden. Jedenfalls sollte davon abgesehen werden, im Gesetzestext oder in der Gesetzesbegründung eine Finanzierung der Ausbildungskosten durch die PKV zu regeln oder zu erwähnen. Bezüglich der Ausbildung wären eine Mindeststundenzahl an theoretischer und praktischer Ausbildung, die mindestens den Umfang der ebenfalls 3-jährigen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege haben sollte, sowie eine Präzisierung der Anforderungen an die Ausbildungsstätten wünschenswert.

3.8 Präimplantationsdiagnostikverordnung (PIDV)

Das Bundeskabinett hat am 20. Februar 2013 der „Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik“ (PIDV) in der Fassung, die der Bundesrat am 1. Februar 2013 beschlossen hat, zugestimmt. Mit der Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik werden die verfahrensmäßigen und organisatorischen Vorgaben für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik auf der Grundlage des Embryonenschutzgesetzes bestimmt. Die Verordnung ermöglicht es Betroffenen und Beteiligten, eine Präimplantationsdiagnostik in Deutschland in einem geordneten Verfahren durchführen zu lassen. Es wird insoweit Rechtssicherheit und -klarheit geschaffen. An die Zulassung der Zentren für Präimplantationsdiagnostik werden Anforderungen in inhaltlicher, sachlicher und personeller Hinsicht gestellt. Der vom Bundesministerium für Gesundheit umgearbeitete Entwurf berücksichtigt den Wunsch der Länder, die sich gegen einen Rechtsanspruch auf Zulassung von Zentren ausgesprochen hatten. Die Neufassung sieht vor, dass diese von den Ländern einzeln genehmigt werden müssen, und zwar nach Bedarf, Bewerbungsvielfalt und öffentlichem Interesse. Der Gefahr, dass ein großes Angebot an PID-Zentren eine erhöhte Nachfrage induzieren und ethisch schwierige Fragen zu medizinischer Routine werden könnten, soll so entgegengewirkt werden. Nicht alle geeigneten Einrichtungen werden demnach automatisch zugelassen. Die PID – geschätzt rund 200 Fälle pro Jahr gibt es in Deutschland – soll nach dem Willen der Regierungskoalition nur in Ausnahmefällen und in engen Grenzen zugelassen sein. Generell bleibe das Verfahren weiterhin verboten und strafbewehrt. Unabhängige und interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommissionen bewerten im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens die Anträge auf Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik. Die Ethikkommissionen, die jeden Antrag auf eine PID einzeln zu prüfen haben, werden einheitlich besetzt. Die Forderung der Länder, die über die Zusammensetzung der Ethikkommissionen selbst entscheiden wollten, ließ sich nicht realisieren. Gemäß dem jetzigen Personaltableau können Mediziner in der Ethikkommission nicht überstimmt werden. Der Prüfungsumfang der Ethikkommissionen umfasst neben den in erster Linie maßgeblichen medizinischen Kriterien auch psychische, soziale und ethische Gesichtspunkte. Eine beim Paul-Ehrlich-Institut angesiedelte Zentralstelle dokumentiert die von den Zentren im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik durchgeführten Maßnahmen. Die von den Zentren zu meldenden Angaben werden im Hinblick auf die Berichtspflicht der Bundesregierung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte konkretisiert. Die Verordnung tritt zwölf Monate nach ihrer Verkündung in Kraft, um den Ländern die Möglichkeit einzuräumen, die erforderlichen Strukturen zu schaffen.



Der PKV-Verband hält den Verordnungsentwurf für grundsätzlich geeignet, den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Es wäre angesichts des Widerspruchs- und Klagerechtes zielführend gewesen, wenn die Möglichkeit, einen von einer Ethikkommission abgelehnten Antrag bei einer anderen erneut zu stellen, ausgeschlossen worden wäre. Wünschenswert wären zudem stringente Festlegungen zur externen Qualitätssicherung einschließlich der Vorgabe von konkreten Mindestmerkmalen gewesen. Dazu hätte die zwingende Kooperation aller zugelassenen Zentren in einer Qualitätsgemeinschaft mit jährlicher öffentlicher vergleichender Darlegung aussagefähiger Qualitätsindikatoren, hier insbesondere der Indikationen, der Erfolgsrate der reproduktionsmedizinischen Intervention und der PID, gehören können.

3.9 Stationäre Leistungen

Verhandlungen auf Bundes- und Landesebene

Der PKV-Verband und seine Landesausschüsse sind Vereinbarungspartner bei zahlreichen von der Selbstverwaltung auszuhandelnden Sachverhalten und Abrechnungsgrößen wie den Landesbasisfallwerten, dem Bundesbasisfallwert, den Ausbildungsfonds und -zuschlägen, dem Orientierungswert, der Vereinbarung für besondere Einrichtungen und dem DRG-Systemzuschlag.

Die Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten

In den Besprechungen zu den Landesbasisfallwerten, die im Herbst 2012 starteten, ging es zum einen um die Vorbereitungen zur Bestimmung des Landesbasisfallwertes 2013 und zum anderen um die Neuvereinbarung des Landesbasisfallwertes 2012 aufgrund der Umsetzung der Tarifraten. Letzterer liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG), das Mitte 2012 von Bundestag und Bundesrat beschlossen wurde, verfolgte der Gesetzgeber auch das Anliegen, allen Kliniken, die dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen, für gestiegene Personalkosten im Jahr 2012 zusätzliche Finanzmittel zukommen zu lassen. In neu anberaumten Verhandlungsterminen erfolgte die Umsetzung auf Landesebene durch die dortige Selbstverwaltung, die im Wesentlichen die Differenz aus der zwischen den Spitzenverbänden zu vereinbarenden Tarifierhöhungsrates und der vom BMG festgelegten Grundlohnrates ermittelte und dann den Landesbasisfallwert um ein Drittel dieses Unterschiedsbetrags erhöhte.

Die Bundesübersicht über die Landesbasisfallwerte 2012 (mit und ohne Erhöhungsrates sowie mit und ohne Ausgleich) sieht wie folgt aus:

Übersicht zu den Landesbasisfallwerten des Jahres 2012	Betrag in Euro		
	ohne Ausgleich (inklusive Erhöhungsrates)	ohne Ausgleich (vor Anpassung um Erhöhungsrates)	mit Ausgleich
Baden-Württemberg	3.050,12	3.034,64	3.036,13
Bayern	3.051,50	3.036,02	3.051,50
Berlin	2.970,07	2.955,00	2.970,07
Brandenburg	2.949,97	2.935,00	2.949,97
Bremen	3.055,00	3.050,61	3.045,33
Hamburg	3.048,47	3.033,00	3.043,47
Hessen	3.020,33	3.005,00	3.004,70
Meckl.-Vorpommern	2.957,00	2.942,00	2.955,00
Niedersachsen	2.964,14	2.949,23	2.945,98
Nordrhein-Westfalen	2.976,36	2.961,26	2.975,72
Rheinland-Pfalz	3.191,91	3.175,75	3.191,91
Saarland	3.110,99	3.095,24	3.107,75
Sachsen	2.957,51	2.942,50	2.957,25
Sachsen-Anhalt	2.965,00	2.950,00	2.962,50
Schleswig-Holstein	2.945,74	2.930,79	2.945,74
Thüringen	2.953,87	2.939,00	2.924,87

R12/3901

Bundesbasisfallwert 2013

Eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft –DKG, GKV-Spitzenverband, PKV-Verband) für den Bundesbasisfallwert 2013 konnte dieses Mal erst Mitte Dezember 2012 einvernehmlich geschlossen werden. Unter Berücksichtigung eines Veränderungswertes von 2,00 Prozent verständigte man sich auf einen Bundesbasisfallwert von 3.068,37 Euro. Der daraus zu ermittelnde einheitliche Basisfallwertkorridor hat folgende Grenzwerte:

- obere Korridorgrenze (+ 2,5 %) 3.145,08 Euro,
- untere Korridorgrenze (- 1,25 %) 3.030,02 Euro.

Die Landesbasisfallwerte werden von 2010 bis 2014 in fünf gleichen Konvergenzschritten an den Basisfallwertkorridor angeglichen.

Ausbildungsfonds und Ausbildungszuschlag auf Landesebene

Auf Landesebene wird seit geraumer Zeit ein Ausbildungsfonds auf Basis der von den Krankenhäusern im Land übermittelten Meldungen vereinbart. Die Kliniken teilen die Höhe der Ausbildungsbudgets, Art und Anzahl der Ausbildungsplätze, den zu finanzierenden Mehraufwand für Ausbildungsvergütungen sowie gegebenenfalls wesentliche Fallzahlveränderungen bei Ausbildungsplätzen oder Auszubildenden mit. Aus dem Fonds wird der Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall abgeleitet.

Der folgenden Tabelle sind die jahresdurchschnittlichen Zuschläge und die Zahlbeträge 2012 zu entnehmen:

Vereinbarungen zu den landesweiten Ausbildungszuschlägen 2012	Zuschlag im Jahresdurchschnitt in Euro	Zahlbetrag in Euro*	gültig ab:
Baden-Württemberg	87,70	87,70	01.01.
Bayern	65,66	65,66	01.01.
Berlin	54,89	54,89	01.01.
Brandenburg			
Bremen	69,61	69,61	01.01.
Hamburg			
Hessen	65,56	65,56	
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen	85,89	85,89	01.01.
Nordrhein-Westfalen	76,42	76,42	01.01.
Rheinland-Pfalz***			
Saarland **	113,12	113,34	01.03.
Sachsen			
Sachsen-Anhalt			
Schleswig-Holstein	85,67	85,67	01.01.
Thüringen	33,59		

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

** Bis zum In-Kraft-Treten einer neuen Vereinbarung galt der Ausbildungszuschlag aus 2011 von 109,00 Euro weiter.

*** Die Vertragsparteien einigten sich darauf, den Wert von 72,75 Euro für Aufnahmen ab 1.1.2012 vorläufig weiterlaufen zu lassen.

R12/3902

Veränderungswert/Orientierungswert für Krankenhäuser

Das Preisniveau für akutstationäre Krankenhausleistungen war bisher durch die Entwicklung der Grundlohnrate (beitragspflichtige Einnahmen aller Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung/ Veränderungsrate) limitiert. Mit der Absicht, die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser künftig besser zu berücksichtigen als dies die Grundlohnrate kann, wird diese ab dem Jahr 2013 durch den Orientierungswert für Krankenhäuser abgelöst, den das Statistische Bundesamt zu ermitteln hat. Erstmals Ende September 2012 hat dieses den Orientierungswert mit 2,00 Prozent bekannt gegeben. Der Wert ergibt sich aus der durchschnittlichen prozentualen Veränderung der Krankenhauskosten für den Zeitraum zweites Halbjahr 2011 und erstes Halbjahr 2012 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum. Gemäß § 10 Abs. 6 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) gilt für den Fall, dass der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, der volle Orientierungswert als Veränderungswert für die zu vereinbarenden Landesbasisfallwerte. Das ist für das Jahr 2013 der Fall. Die vom BMG bekannt gegebene Veränderungsrate für 2013 beträgt im gesamten Bundesgebiet 2,03 Prozent. Sollte in der Zukunft der Orientierungswert die Veränderungsrate einmal übersteigen, ermitteln die Vertragsparteien auf Bundesebene die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren den Veränderungswert. Der Gesetzgeber hat dabei bestimmt, dass jeder Wert zwischen Null und einem Drittel der Differenz ein mögliches Verhandlungsergebnis darstellen kann, das dann zur Veränderungsrate zu addieren ist.

Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen 2013

Bezüglich der Vereinbarung für Besondere Einrichtungen 2013 (VBE 2013) wurde Ende November 2012 im Spitzengespräch der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG Übereinstimmung erzielt.

Bedeutsam für die Verhandlungen war wiederum der Prüfauftrag der Selbstverwaltungsparteien an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) betreffend die Ausnahmeregelung für Palliativstationen. Schon im Vorjahr bestand Einigkeit zwischen den Parteien darüber, dass sinnvollerweise erst 2013 auf der Grundlage der Ergebnisse der Daten aus 2012 über eine erforderliche Anpassung der VBE entschieden werden kann und der Prüfauftrag im aktuellen Jahr als ein Zwischenbericht anzusehen ist. In diesem Zwischenbericht hat das InEK erneut bestätigt, dass insbesondere durch die Einführung des OPS 8-98e für die ‚Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung‘ und die erstmalige Abrechenbarkeit des PKMS-OPS 9-20 im Jahre 2012 erst 2013 eine Aussage über die mögliche Kostenrelevanz erfolgen kann. Die Vertragsparteien einigten sich deshalb auf eine Fortschreibung der VBE ohne weitere inhaltliche Änderungen. Der Prüfauftrag an das InEK wurde in der Präambel weitergeführt.

DRG-Systemzuschlag für 2013

Mit dem DRG-Systemzuschlags-Gesetz wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, mit verbindlicher Drittwirkung für alle Krankenhäuser und Kostenträger sowie Selbstzahler die Finanzierung der Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems über die Vereinbarung eines entsprechenden Zuschlags sicherzustellen. Dieser DRG-Systemzuschlag wurde für 2013 in Höhe von 1,10 Euro pro Fall festgelegt, davon entfallen auf den Zuschlag

für die pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation 0,97 Euro und auf den Zuschlag für die Finanzierung des InEK 0,13 Euro.

DRG-System 2013

Im September 2012 hat das InEK den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene den überarbeiteten DRG-Fallpauschalenkatalog und die dazugehörigen Abrechnungsregeln vorgelegt. Auf dieser Basis konnte auch für das DRG-System 2013 eine Einigung erzielt werden, so wie das in den meisten der letzten zehn Jahre der Fall war. Gravierende Änderungen werden auch für 2013 nicht vorgenommen, die Anzahl der Fallpauschalen für Hauptabteilungen verringert sich um 6 auf 1.182, die der Basis-DRGs um 3 auf 592. Die Zahl der Zusatzentgelte wird um 5 auf 155 erhöht. Schwerpunkte des Systemumbaus für 2013 betreffen Gefäßchirurgie und Gefäßinterventionen, minimal-invasive Herzklappeneingriffe, Eingriffe an der Wirbelsäule, die Abdominalchirurgie und Eingriffe an Haut und Unterhaut. Die CC-Matrix wurde erneut und mit verfeinerter Methodik überarbeitet. Belegärztliche DRGs mussten wie zuvor mangels hinreichender Fallzahlen überwiegend aus Hauptabteilungs-DRGs abgeleitet werden.

Für die im letzten Jahr langwierig diskutierten Entgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren wurde nun folgende Neuregelung konsentiert:

Im DRG-Katalog 2013 werden ein extrabudgetäres Zusatzentgelt (ZE 2013-97) und ein intrabudgetäres Zusatzentgelt (ZE 2013-98) neu definiert, beide sind nicht bewertet. Die Zusatzentgelte werden jeweils über bestimmte Diagnosen angesteuert. Erläutert wird noch, dass dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörungen dem extrabudgetären ZE und temporäre Blutgerinnungsstörungen dem intrabudgetären ZE zuzuordnen sind.

Trotz der Kontroversen im Vorjahr existierten im übrigen in Hessen, Niedersachsen und Thüringen auch für 2012 Empfehlungsvereinbarungen für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren auf Landesebene.

Bezüglich der umstrittenen Fallzusammenfassung bei Wiederaufnahmen wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation wurde eine Protokollnotiz in die Fallpauschalenvereinbarung 2013 aufgenommen, die besagt, dass nach Vorliegen der Urteilsbegründung des BSG-Urteils zu dieser Problematik zeitnah Gespräche mit dem Ziel einer Neufassung des entsprechenden Paragraphen der FPV aufzunehmen sind.

Psychiatrie-Entgeltgesetz und Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2009 mit § 17d KHG die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 Satz 1 beauftragt, für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem zu entwickeln. Damit sollen die bisher krankenhausesindividuell ausgehandelten kostenorientierten Budgets mit abteilungsbezogenen Tagespflegesätzen ersetzt und die Transparenz über das Leistungsgeschehen verbessert werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Einführung und Einbindung des neuen Psychiatrie-Entgeltsystems in die Krankenhausfinanzierung wurden durch das

PsychEntgG Mitte 2012 festgelegt. Dieses sieht dessen schrittweise Einführung mit einer vierjährigen budgetneutralen Phase (2013 bis 2016) sowie einer fünfjährigen Überführungsphase (Konvergenzphase von 2017 bis 2021) vor. In der budgetneutralen Phase entstehen Einrichtungen durch die Anwendung des neuen Entgeltsystems keine Gewinne oder Verluste. Für die Jahre 2013 und 2014 können die Einrichtungen frei entscheiden, ob sie von dem neuen Entgeltsystem Gebrauch machen (Optionsjahre).

Den ersten Entgeltkatalog für das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) hatten die Vertragsparteien bis 30. September 2012 zu vereinbaren. Das InEK hatte hierfür einen Entgeltkatalog auf einer Kalkulationsbasis von rund 17 Prozent aller voll- und teilstationären Fälle erarbeitet. Nach einer Bedenkzeit verweigerte die DKG im Oktober aus politisch-strategischen Gründen ihre Zustimmung sowohl zum ersten Entgeltkatalog als auch zu den Abrechnungsbestimmungen, für die zunächst Konsens erzielt worden war. Per Ersatzvornahme hat das BMG daraufhin die „Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (PEPPV 2013)“ in Kraft gesetzt. Ausdrückliche Zustimmung fand diese insbesondere durch die Bundespsychotherapeutenkammer, den GKV-Spitzenverband und auch den PKV-Verband.

Der PEPP-Katalog 2013 ist Bestandteil der PEPPV 2013 und umfasst insgesamt 135 Entgelte für voll- und teilstationäre Psychiatrieleistungen und zusätzlich 75 Zusatzentgelte. Es existieren auch sogenannte Prä-Strukturkategorien, die für Fälle mit besonders hohem Betreuungsaufwand einschlägig sind.

Den Zuordnungsprozess kann man sich – kurz gesagt – so vorstellen:

Im 1. Schritt wird die Strukturkategorie ermittelt, die vornehmlich über strukturelle Kategorien definiert ist, also z. B. Fachabteilung Psychiatrie.

Im 2. Schritt erfolgt die Zuordnung zu einer Basis-PEPP, das ist die Kategorie, durch die grundsätzlich die gleiche Liste von Diagnose- und Prozedurenkodes definiert wird.

Im 3. Schritt dann wird zu einer PEPP innerhalb der Basis-PEPP zugeordnet. Diese Zuordnung erfolgt anhand des Ressourcenverbrauchs: unterschiedliche Faktoren wie komplizierende Diagnose, Prozeduren oder Alter spielen hier eine Rolle.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird (Preis je Vergütungsstufe). Mit zunehmender Verweildauer und Vergütungsstufe entwickeln sich die Entgelte degressiv entsprechend den degressiven durchschnittlichen Tageskosten im Krankenhaus.

Qualitätspartnerschaften mit ausgewählten Krankenhäusern

Der Verband versucht, die besondere medizinische Ergebnisqualität durch die Begründung von Kooperationen mit Krankenhäusern darzustellen. Im akutstationären Sektor ist es gelungen, bereits rund 75 Krankenhäuser für eine Kooperation mit dem Titel „Qualität und Service“ zu gewinnen. Dabei



konnte nach Asklepios und Sana inzwischen auch Vivantes als größerer Krankenhausträger für eine Zusammenarbeit gewonnen werden. Weitere Klinikträger haben ihr Interesse bereits signalisiert.

Als Kriterien für eine Teilnahme der einzelnen Krankenhäuser wurde in den Vereinbarungen mit diesen Folgendes festgelegt:

1. Überdurchschnittliche medizinische Qualität in wesentlichen Leistungsbereichen des jeweiligen Krankenhauses (Nachweis durch Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung oder durch Auswertung des Systems von „qualitätskliniken.de“)
2. Gute Leistungen im Bereich der Wahlleistung Unterkunft
3. Nur solche Krankenhäuser können teilnehmen, die insgesamt als leistungrechtlich unbedenklich angesehen werden.

Seitens der Verbandsgeschäftsführung wird ein zunehmendes Interesse der Krankenhäuser wahrgenommen, so dass beabsichtigt ist, einen weiteren Ausbau der Qualitätspartnerschaften voran zu treiben.

Einrichtungen gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG

Im Hinblick auf die im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (BGBl. I Nr. 70 vom 28. Dezember 2011) eingeführten Neuregelung in § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG zur Entgeltbindung von Einrichtungen, die sich in räumlicher Nähe zu Plankrankenhäusern befinden und mit diesen organisatorisch verbunden sind, hat der Verband im Berichtsjahr mit mehreren Krankenhausbetreibern konstruktive und zielführende Gespräche geführt. Einige Krankenhausbetreiber versuchen indes weiterhin, Patienten in Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG für Krankenhausleistungen, die mit denen im verbundenen Plankrankenhaus identisch sind, entgegen dem Wortlaut und dem Zweck des Gesetzes höhere Entgelte in Rechnung zu stellen, z. B. indem ein im Krankenhausentgeltrecht nicht vorgesehener „Investitionskostenzuschlag“ abgerechnet wird. Der Verband wird die zur Verfügung stehenden Rechtsmittel ausschöpfen, um derartige gesetzeswidrige Mehrbelastungen der Patienten zu unterbinden.

Der Verband setzt sich zudem nachdrücklich für eine steuerliche Befreiung der Umsätze von Einrichtungen im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG ein. Da diese Einrichtungen identische oder zumindest gleichartige Krankenhausleistungen wie Plankrankenhäuser erbringen und entgeltrechtlich im Hinblick auf allgemeine Krankenhausleistungen und auf Wahlleistungen Unterkunft den Plankrankenhäusern gleichgestellt sind, sind eine unterschiedliche umsatzsteuerliche Behandlung und eine zusätzliche steuerliche Belastung der Privatpatienten – auch nach europarechtlichen Grundsätzen – nicht gerechtfertigt.

Krankenhausdatenbank des Verbands

Um die Mitgliederunternehmen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen zu unterstützen, unterhält der PKV-Verband eine umfangreiche Datenbank. Basis der Datenerfassung sind die Genehmigungsbescheide nach dem KHG und die Befragungen der Krankenhäuser. Daraus sind Informationen hinsichtlich sämtlicher Entgeltformen wie z. B. Landesbasisfallwerte, Zusatzentgelte und Pflegesätze zu entnehmen. Eingang in die Datenbank finden auch die Beurteilungen

der Kliniken auf der Basis der Musterbedingungen. Die Informationen der Datenbank sind über die Internetadresse www.derprivatpatient.de auch für die Öffentlichkeit einsehbar.

Die folgenden Übersichten zeigen eine Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge im Vergleich der Jahre 2011 und 2012. Diese Krankenhausentgelte 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 das einzelne Krankenhaus wird dabei weiter konkretisiert durch eine Vereinbarung zwischen der DKG und dem PKV-Verband. Die Auswertung weist für das Jahr 2012 einen durchschnittlichen bundesweiten Einbettzimmerzuschlag von 89,73 Euro aus, für die bessere Unterbringung im Zweibettzimmer kamen bundesweit durchschnittlich 45,46 Euro zur Abrechnung. Bezogen auf die einzelnen Bundesländer liegen die Spannweiten einerseits der durchschnittlichen Einbettzimmerentgelte zwischen 116,41 Euro für Berlin und 62,77 Euro für Sachsen und andererseits der durchschnittlichen Zweibettzimmerentgelte zwischen 50,83 Euro für Nordrhein-Westfalen und 28,86 Euro für Sachsen.

Einbettzimmerzuschläge nach Ländern	2011 in Euro	2012 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	88,52	89,73	+ 1,37
Baden-Württemberg	90,21	90,38	+0,19
Bayern	90,56	93,54	+3,29
Berlin	118,23	116,41	- 1,54
Brandenburg	71,33	70,84	-0,69
Bremen	95,01	96,11	+ 1,16
Hamburg	94,35	91,59	-2,93
Hessen	91,59	90,21	- 1,51
Mecklenburg-Vorpommern	80,5	78,44	-2,56
Niedersachsen	84,88	83,27	- 1,90
Nordrhein-Westfalen	91,73	93,93	+2,40
Rheinland-Pfalz	88,29	89,73	+ 1,63
Saarland	91,89	90,77	- 1,22
Sachsen	64,56	62,77	-2,77
Sachsen-Anhalt	65,45	64,87	-0,89
Schleswig-Holstein	83,84	82,08	-2,10
Thüringen	79,15	73,80	-6,76

R12/3903

Zweibettzimmerzuschläge nach Ländern	2011 in Euro	2012 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	45,03	45,46	+ 0,95
Baden-Württemberg	45,52	45,50	- 0,04
Bayern	44,66	46,60	+ 4,34
Berlin	46,09	45,40	- 1,50
Brandenburg	37,37	37,17	- 0,54
Bremen	47,67	49,54	+ 3,92
Hamburg	45,94	44,23	- 3,72
Hessen	44,48	43,47	- 2,27
Mecklenburg-Vorpommern	30,79	30,26	- 1,72
Niedersachsen	42,91	41,79	- 2,61
Nordrhein-Westfalen	49,19	50,83	+ 3,33
Rheinland-Pfalz	46,52	48,27	+ 3,76
Saarland	44,62	44,27	- 0,78
Sachsen	29,91	28,86	- 3,51
Sachsen-Anhalt	29,82	29,75	- 0,23
Schleswig-Holstein	44,64	43,99	- 1,46
Thüringen	40,05	37,23	- 7,04

R12/3904

3.10 Private Pflegepflichtversicherung

Beiträge

Der monatliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist zum 1. Januar 2012 auf 74,58 Euro (Vorjahr: 72,40 Euro) gestiegen. Der Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation der Beitragsbemessungsgrenze (3.825,00 Euro) mit dem Beitragssatz (1,95 %). Für Versicherte mit Beihilfeanspruch gilt gesetzlich der halbe Höchstbeitrag, also 37,29 Euro (Vorjahr: 36,20 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 2012 also 29,83 Euro (Vorjahr 28,96 Euro). Ehegatten und eingetragene Lebenspartner zahlen in der PPV gemeinsam höchstens 150 Prozent des Höchstbeitrages (bei Beihilfeberechtigten des halben Höchstbeitrages) der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner bereits seit dem 1. Januar 1995 in der PPV versichert ist

Höchstbeiträge 2012

(Altbestand) und ein Ehegatte oder Lebenspartner ein Gesamteinkommen von höchstens 375 Euro im Monat (Vorjahr 365 Euro), bzw. bei geringfügig Beschäftigten von 400 Euro im Monat hat (zur Anhebung der sog. Geringfügigkeitsgrenze s.u.).

Beitragszuschlag für
Kinderlose

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

Höchstbeiträge für
Versicherte des Basistarifs

Besondere Höchstbeitragsregelungen gelten in der PPV für Versicherte des Basistarifs nach § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz. Sie haben – ohne die ansonsten erforderliche Vorversicherungszeit von fünf Jahren – generell Anspruch auf Beitragsbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung. Sofern ihr Beitrag zur Krankenversicherung nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert ist, nämlich bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII, vermindert sich der zu zahlende Beitrag auf 50 Prozent des Höchstbeitrages. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall gilt in diesem Fall eine Beitragsbegrenzung auf 50 Prozent des halben Höchstbeitrages; Ausgangsbasis ist hier also nicht der auf 40 Prozent reduzierte Höchstbeitrag der PPV. 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 Höchstbeitrages.

Studentenbeitrag,
Anwartschaftsversicherung

Der Beitrag für die über 25 Jahre alten und damit nicht mehr beitragsfreien Studenten (nur Tarifstufe PVN) lag für das Jahr 2012 bei 8,72 Euro monatlich. Für die Anwartschaftsversicherung, die für Zeiten einer Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) abgeschlossen werden kann, lagen die Beiträge im Jahr 2012 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

Reform der Pflegeversicherung

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (BGBl. I 2012, S. 2246) wurden wesentliche Inhalte des Koalitionsvertrags für die 17. Legislaturperiode (vgl. RB 2011 Seite 95 f.) umgesetzt. Das entsprechende Gesetzgebungsverfahren zu einer Reform der Pflegeversicherung wurde bereits Ende 2011 begonnen und 2012 fortgesetzt (siehe auch Rechenschaftsbericht 2011, Seite 100). Die Regelungen zur Zulagenförderung der Privaten Pflegevorsorge (s. Seite 88 f.) waren dabei erst gegen Ende des Gesetzgebungsverfahrens eingebracht worden. Einige Regelungen des PNG traten bereits am Tag nach der Verkündung (30. Oktober 2012) und andere erst zum 1. Januar 2013 in Kraft.

Mit der Verabschiedung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) wurde die flexiblere Inanspruchnahme der Sach- und Geldleistungen ermöglicht und eine Steigerung bei der Transparenz der Leistungsangebote, deren Preis und Qualität vorgenommen.

Pflege-Neuausrichtungs-
Gesetz (PNG)

Mit dem PNG erhalten z. B. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz verbesserte Pflegeleistungen. Ab 1. Januar haben Versicherte mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei häuslicher Pflege im Rahmen einer Übergangsregelung erstmalig Anspruch auf Pflegegeld, Kostenerstattung für häusliche Pflegehilfe, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.

Versicherte mit einer Pflegestufe oder mit eingeschränkter Alltagskompetenz haben nunmehr im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe neben dem Anspruch auf Kostenerstattung für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung auch Anspruch auf Kostenerstattung für häusliche Betreuungsleistungen. Leistungen der häuslichen Betreuung umfassen persönliche Hilfeleistungen, Aktivitäten zur Kommunikation sowie Unterstützungsleistungen.

Zur Flexibilisierung und Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen wurde neben den bisher üblichen Leistungskomplexen ab dem 1. Januar 2013 alternativ die Möglichkeit einer Vergütung nach Zeitaufwand eingeführt.

Die Regelungen zu den Fristen für die Begutachtung der pflegebedürftigen Antragsteller wurden ergänzt. Liegt der Leistungsbescheid der Pflegekasse (bei privaten Versicherungsunternehmen die Leistungsmitteilung) innerhalb der geltenden Fristen (im Regelfall fünf Wochen) nicht vor, hat der Antragsteller Anspruch auf eine pauschale Zusatzzahlung in Höhe von 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung.

Bei der Neugestaltung des Anspruches auf Pflegeberatung hat die PKV mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, dass das von der Verbandstochter COMPASS Private Pflegeberatung für den Bereich der PPV seit 2008 praktizierte Modell der zugehenden Pflegeberatung offenbar beispielgebend war. Die neuen Regelungen sehen die Verpflichtung der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen vor, unmittelbar nach Antragstellung einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der auf Wunsch des Antragsstellers in der häuslichen Umgebung stattfinden muss. Die Pflegekassen müssen dazu Verträge mit unabhängigen Beratungsstellen schließen, bei denen entsprechende Beratungsguttscheine eingelöst werden können, sofern sie die Beratung vor Ort nicht selber durchführen. Derzeit verfügt die PKV mit COMPASS als einziger Kostenträger über ein bundesweites Netz für hochqualifizierte Pflegeberatung per Telefon und vor Ort (s. Seite 91 ff.).

Zur Stärkung der Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit ist durch die privaten Versicherungsunternehmen nunmehr gegenüber den Versicherten umfassend und begründet zu den Rehabilitationsempfehlungen der MEDICPROOF-Gutachter Stellung zu nehmen. Dies hat grundsätzlich im Zusammenhang mit der Leistungsmitteilung an den Versicherten zu erfolgen. Dabei soll auch darüber informiert werden, welche Leistungen der Rehabilitation erfolgversprechend und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

Der Vorrang der Ergebnisqualität vor der Strukturqualität bei Qualitätsprüfungen soll durch ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätssicherung ermöglicht, realisiert werden.

Geförderte Pflege-Zusatzversicherung

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz ist mit Wirkung vom 1. Januar 2013 die staatliche Förderung einer freiwilligen Pflege-Zusatzversicherung zur Ergänzung der gesetzlichen Leistungen eingeführt worden. Die Fördervoraussetzungen sind in den §§ 126 bis 130 SGB XI geregelt. Einzelheiten des Zulageverfahrens sowie die Höhe der bei der Kalkulation berücksichtigungsfähigen Verwaltungs- und Abschlusskosten sind darüber hinaus in der Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung – PflDV vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2994) geregelt, die am 4. Januar 2013 in Kraft getreten ist.

Zulageberechtigte

Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung oder in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind, erhalten nach § 126 SGB XI eine Zulage zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung, die auf ihren Namen abgeschlossen sein muss. Nicht erforderlich ist dabei, dass für jede versicherte Person ein gesonderter Vertrag abgeschlossen wird. Sind in einem Vertrag mehrere Personen versichert, muss allerdings für jede versicherte Person ein eigener Zulageantrag an die Zulagestelle gestellt werden (§ 3 Absatz 1 PflDV). Personen, die noch nicht 18 Jahre alt sind, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits Leistungen nach § 123 SGB XI oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XI oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben, sind nicht zulageberechtigt.

Fördervoraussetzungen

Die staatliche Zulage von 5 Euro monatlich erhalten Versicherte, die selbst mindestens 10 Euro Monatsbeitrag für eine förderfähige Pflege-Zusatzversicherung zahlen. Zusammen mit der Zulage muss der vereinbarte Tarifbeitrag also mindestens 15 Euro betragen. Die Zulage wird pro Person nur für einen Vertrag gezahlt (§ 127 Absatz 1 SGB XI). Förderfähig sind nach § 127 Absatz 2 SGB XI Verträge, die

- nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, d.h. für die Alterungsrückstellungen gebildet werden
- alle förderfähigen Versicherungsinteressenten aufnehmen (Kontrahierungszwang)
- auf das ordentliche Kündigungsrecht, auf Risikoprüfungen sowie die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichten
- bei Pflegebedürftigkeit (Stufen I bis III) sowie bei eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) einen Anspruch auf eine Geldleistung vorsehen, die in der Stufe III mindestens 600 Euro monatlich betragen muss
- die für den Eintritt des Versicherungsfalles und der Pflegestufe die Feststellungen der Pflegekassen (bzw. bei Privatversicherten der PPV) als maßgeblich anerkennen
- die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränken
- finanziell hilfebedürftigen Versicherungsnehmern (SGB II; SGB XII) einen Anspruch auf ein mindestens dreijähriges beitragsfreies Ruhen des Vertrags einräumen und
- die bei der Kalkulation berücksichtigungsfähigen Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzen (§§ 130 SGB XI, 15 PflDV).

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hat aufgrund entsprechender Beleihung und unter Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (§ 127 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB XI) Allgemeine Versicherungsbedingungen entwickelt, die diese Punkte abdecken und die als verbindliches Muster von allen Anbietern zu verwenden sind (MB/GEPV 2013, abgedruckt im Anhang Seite 171 ff.). Auf



ein aufwändiges Zulassungs- und Zertifizierungsverfahren für die angebotenen Produkte konnte der Gesetzgeber vor diesem Hintergrund verzichten.

Die Zulage wird von einer zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund auf Antrag jährlich rückwirkend unmittelbar an das Versicherungsunternehmen gezahlt und dort dem jeweiligen Vertrag gutgeschrieben (§ 128 Absatz 2 S. 8 SGB XI). Bis dahin wird der Beitrag in Höhe der Zulage von 5 Euro dem Versicherungsnehmer gestundet (§ 9 Absatz 1 S. 3 MB/GEV 2013). Wird für mehr als einen Vertrag je Zulageberechtigten eine Zulage beantragt, erhält derjenige Vertrag die Zulage, für den der Antrag bei der zentralen Stelle zuerst eingegangen ist. Um die Zulageberechtigten sicher identifizieren zu können, vergibt die Zulagestelle eine Zulagenummer, die mit der Sozialversicherungsnummer (Rentenversicherungsnummer) übereinstimmt. Sollte sich herausstellen, dass eine Zulage für einen Vertrag gezahlt worden ist, der die Fördervoraussetzungen nicht erfüllt, haftet das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer für daraus entstehende Schäden (§ 128 Absatz 4 SGB XI).

Die eingerechneten unmittelbaren Abschlusskosten (§ 8 Absatz 1 Nummer 1 KalV, insbesondere Abschluss- und Zusatzprovisionen, Maklercourtage) dürfen das Zweifache der auf den ersten Monat entfallenden Bruttoprämie (einschließlich der Zulage) insgesamt nicht übersteigen. Mittelbare Abschlusskosten, Schadenregulierungskosten und sonstige Verwaltungskosten (§ 8 Absatz 2 Nr. 2 bis 4 KalV) dürfen bis zu einer Höhe von 10 Prozent der Bruttoprämie insgesamt eingerechnet werden. Zu den mittelbaren Abschlusskosten zählen dabei etwa die allgemeinen Werbeaufwendungen und die Aufwendungen für die Antragsbearbeitung und Policierung.

Zur Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der von einem Beirat unter Beteiligung der PKV bereits 2009 entwickelt worden war (vgl. RB 2008, S. 104) wurde im Frühjahr 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit erneut ein Expertenbeirat berufen, um weitere Vorschläge für die Umsetzung zu formulieren. Insbesondere die Verknüpfung der fünf neuen

Zulageverfahren

Verwaltungs- und Abschlusskosten

Expertenbeirat Pflegebegriff

„Pflegrade“, die die bisherigen drei Pflegestufen ersetzen sollen, mit Leistungsansprüchen ist eine der Aufgaben des neuen Expertenbeirats, der seine Arbeit im Mai 2013 abschließen will. Der PKV-Verband und der medizinische Dienst der Privaten MEDICPROOF sind auch in diesem Beirat wieder vertreten.

Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung des BMG

Durch § 118 Absatz 1 SGB XI ist im Zuge des PNG die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Selbsthilfe bei der Erarbeitung oder Änderung von Richtlinien des GKV-Spitzenverbands und bestimmter Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner vorgesehen. Dies umfasst das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen. Die Nichtbeachtung von schriftlichen Anliegen muss auf Verlangen schriftlich begründet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Berichtszeitraum den Entwurf für eine Rechtsverordnung nach § 118 Absatz 2 SGB XI vorgelegt. So begrüßenswert die bessere Einbindung der Betroffenenorganisationen ist, so bedauerlich ist es, dass die Beteiligungsrechte der PKV, der z. B. kein derartiges Mitberatungsrecht eingeräumt ist, dahinter nun zurückbleiben.

Verordnung zur Änderung der Pflegestatistik-Verordnung

Durch Änderung des § 109 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im Rahmen des PNG wurde die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates zum Erlass einer Rechtsverordnung über die Erweiterung der 2-jährigen Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege als Bundesstatistik ermächtigt. Zur Sicherung des Fachkräftebedarfs soll eine verbesserte Datengrundlage über die in den Einrichtungen tätigen Personen durch Erfassung von Geburtsjahr, Umschulung und zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern die Art der Ausbildung und das Ausbildungsjahr erfolgen. Darüber hinaus sollen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erfasst werden, die erstmals Leistungen infolge der Einführung des § 123 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und/oder zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 87b Elftes Buch Sozialgesetzbuch erhalten. Zur Verbesserung der örtlichen Infrastrukturplanung soll bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen und Personen mit ausschließlich erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz der Wohnort (Postleitzahl) erfasst werden. Entsprechende Daten sind auch durch die privaten Versicherungsunternehmen über den PKV-Verband zur Verfügung zu stellen, so dass eine Anpassung der statistischen Erhebungen erfolgte.

MB/PPV 2013 und Auslegungshinweise der PPV

Der PKV-Verband hat die brancheneinheitlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2013) an die geänderten Bestimmungen des SGB XI angepasst, um die Gleichwertigkeit nach § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI sicher zu stellen. Zu den Neuregelungen hat der PKV-Verband den privaten Versicherungsunternehmen außerdem verbindliche Auslegungshinweise gegeben, die angesichts des Risikoausgleichs nach § 111 SGB XI eine einheitliche Leistungspraxis gewährleisten sollen.

Assistenzpflegegesetz

Die bereits mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus im Jahre 2009 geschaffene Regelung wurde durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (BT-Drs. 17/10747, BGBl. I 2012, S. 2789) zum 28. Dezember 2012 erweitert. Für die Dauer der Aufnahme in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht Anspruch auf Weiterzahlung von Pflegegeld. Der PKV-Verband hat diese Erweiterung in seiner Stellungnahme begrüßt. Pflegebedürftige die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte Pflegekräfte selbst sicherstellen, werden dadurch wirksam unterstützt.

Durch das Gesetz zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung (BT-Drs. 17/10773 in der Ausschussfassung BT-Drs. 17/11174; BGBl I 2012 Nr. 58 vom 13.12.2012 S. 2474) wurde u. a. das zulässige Gesamteinkommen bei geringfügig Beschäftigten von bisher 400,00 EUR auf 450,00 EUR zum 1. Januar 2013 angehoben. Das Gesetz hat am 23. November 2012 den Bundesrat ohne Anrufung des Vermittlungsausschusses passiert und wurde am 13. Dezember 2012 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Für die PPV hat die Erhöhung Bedeutung im Zusammenhang mit der Beitragsbegrenzung für Ehegatten und eingetragene Lebenspartner.

Als eines der Resultate der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege wurde das Gesetz zur Stärkung der beruflichen Weiterbildung in der Altenpflege (BT-Drs. 17/12421; BGBl I 2013 Nr. 13 vom 18. März 2013 S. 446) verabschiedet, um auf die steigende Nachfrage nach Fachkräften in der Altenpflege zu reagieren. Mit diesem Gesetz soll die Umsetzung der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive unterstützt, und die bestehenden Möglichkeiten zur Ausbildungsverkürzung sollen ausgebaut werden. Zusätzlich soll eine Vollfinanzierung von nicht verkürzbaren Weiterbildungen im Bereich Altenpflege durch die Bundesagentur für Arbeit erfolgen.

Auch im Jahr 2012 traten nach Übergang der Zuständigkeit für das Heimrecht auf die Länder im Rahmen der Föderalismusreform weitere Landesheimgesetze in Kraft. In Sachsen ist zum 12. August 2012 das Sächsische Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz (SächsBeWoG) in Kraft getreten. Für das Land Hessen trat zum 16. Februar 2012 das Hessische Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) in Kraft. Das bis zur Föderalismusreform gültige bundesweit einheitliche Heimgesetz fand somit nur noch in Thüringen Anwendung – wobei auch hier die Einführung eines eigenen Heimgesetzes geplant ist. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den nach Landesrecht zuständigen Behörden hat sich die PKV im Rahmen der jeweiligen Gesetzgebungsverfahren für die Aufnahme des PKV-Verbands sowie des Prüfdienstes der PKV in die zuständigen Gremien auf der Landesebene eingesetzt.

Pflegeberatung in der PPV – COMPASS Private Pflegeberatung

Der Informationsbedarf der Versicherten und ihrer Angehörigen in der Pflegesituation ist groß und mit zunehmender Bekanntheit des gesetzlich verankerten Anspruchs auf Pflegeberatung steigen die Beratungszahlen auch bei COMPASS. 2012 haben die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater insgesamt rund 72.000 Gespräche geführt – persönlich oder telefonisch. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung von rund zehn Prozent. Insbesondere die Zahl der persönlichen Gespräche vor Ort hat erneut deutlich zugenommen und lag 2012 sogar um 13 Prozent höher als noch 2011.

Die Zugangskanäle zur Pflegeberatung sind vielfältig. Neben den privaten Krankenversicherern, die regelmäßig – etwa bei Erstantragstellung zur Begutachtung – auf das kostenfreie und neutrale Angebot der Pflegeberatung von COMPASS hinweisen, informieren die Sozialdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in den Kliniken, die Pflegedienste und stationären Einrichtungen sowie weitere Beratungsstellen wie Seniorenberatungsstellen in den Kommunen. 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. Rund 15 Prozent der Klienten, zu denen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater für einen Beratungseinsatz

Gesetz zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung

Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege

Heimgesetze der Länder

Inanspruchnahme der Pflegeberatung

nach § 37 Abs. 3 SGB XI kommen, nehmen auch das Angebot einer ausführlichen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen schätzen das Angebot der beiden Beratungsformen aus einer Hand. Die Beratungsgespräche gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI lagen 2012 um 81 Prozent höher als im Vorjahr.

Themenschwerpunkte der Pflegeberatung

Die Themen, die die Ratsuchenden im Beratungsgespräch ansprechen, sind vielfältig. Besonders häufig suchen pflegende Angehörige jedoch nach psychosozialer Entlastung. Die ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen sowie das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind weitere häufig nachgefragte Themen sowohl in der telefonischen als auch der aufsuchenden Pflegeberatung. Die Klientinnen und Klienten informieren sich zudem zu den Leistungen der Pflegepflichtversicherung sowie zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit insgesamt. Ein zusätzlicher Informationsbedarf hat sich bereits im 4. Quartal 2012 durch die Neuerungen im Zuge des Pflegeneuausrichtungsgesetzes (PNG) ergeben. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen informierten sich insbesondere zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen bei demenziellen Erkrankungen.

Weiterentwicklung der Pflegeberatung

Der Fokus des Fort- und Weiterbildungsprogramms lag 2012 auf den Themen „Kommunikation und Gesprächsführung“, Fragen des Datenschutzes sowie der Organisationsoptimierung. Die kollegiale Fallberatung als eine weitere Form des kontinuierlichen Lernens in der Praxis hat sich als immanenter Bestandteil zur Reflexion des Beratungshandelns in allen Teams etabliert. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater haben sich bereits im September 2012 zu den gesetzlichen Neuerungen durch das PNG fortgebildet.

Der Bundesgesetzgeber hat im Zuge des Pflegeneuausrichtungsgesetzes für die Pflegeberatung mit § 7b SGB XI weitere Vorgaben festgeschrieben. So müssen die Pflegeversicherungen ihren Kunden bei Antragstellung auf eine Erstbegutachtung die Pflegeberatung aktiv anbieten – auch in Form eines Hausbesuchs. Dieser soll innerhalb von 14 Tagen stattfinden. COMPASS hat diese gesetzlichen Anforderungen bereits vor 2012 erfüllt. Der Hausbesuch ist neben der niedrigschwelligen telefonischen Pflegeberatung das Kernstück des Angebots. Neben dem Serviceversprechen innerhalb von 24 Stunden Kontakt mit dem Ratsuchenden aufzunehmen und einen Termin zu vereinbaren, hält COMPASS auch bereits die 14-Tage-Frist ein.

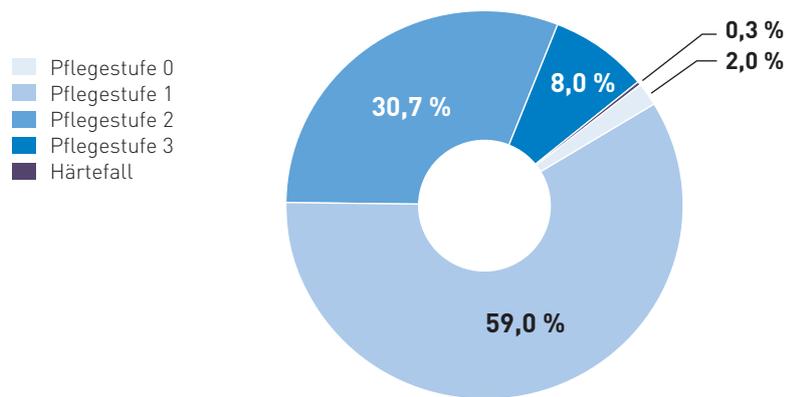
Vernetzung der pflegerischen Strukturen

Der Gesetzgeber hat der Pflegeberatung neben der Information und Begleitung der Ratsuchenden auch die Vernetzung von Akteuren und Angeboten im gesundheitlich-sozialen Umfeld als Anforderung mit auf den Weg gegeben. COMPASS hat sich daher 2012 intensiv mit der Vernetzung auf struktureller Ebene in den einzelnen Regionen auseinandergesetzt. Zum einen arbeiten die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in bereits bestehenden Gremien und Arbeitskreisen mit, um die pflegerischen Strukturen in den Regionen weiter zu optimieren. Zum anderen haben sie auch dort, wo noch keine entsprechenden Netzwerke und Gremien bestehen, solche mit initiiert.

Ein wesentlicher Bestandteil der Vernetzung sind Kooperationen mit unterschiedlichen Akteuren und Institutionen. Neben der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Krankenhäusern beim Übergang von der akut-stationären zur ambulant-pflegerischen Versorgung hat COMPASS 2012 weitere Kooperationen abgeschlossen. Eine Zusammenarbeit mit dem Ziel der Versorgungsoptimierung besteht beispielsweise mit Alzheimer Organisationen, Kommunen und der Ärzteschaft.

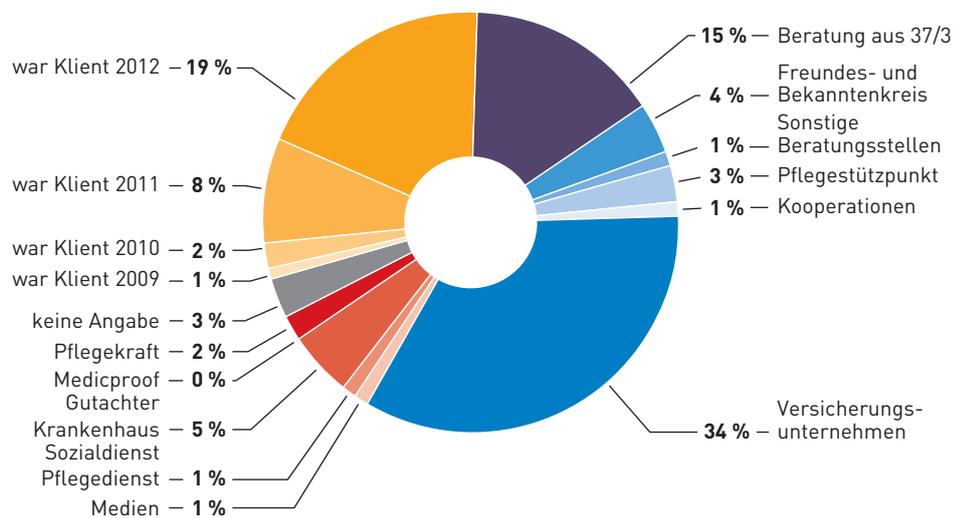
Aufgrund der steigenden Zahl der Leistungsempfänger in der privaten Pflegepflichtversicherung und einem weiter zunehmenden Informationsbedürfnis der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen – nicht zuletzt aufgrund von gesetzlichen Änderungen – rechnet COMPASS für das laufende Jahr 2013 mit einem weiteren Anstieg der Beratungsgespräche. Gleichzeitig wird COMPASS die Vernetzung in den Regionen sowie die Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren im Versorgungssystem weiter stärken, mit dem Ziel die Versorgung der Klientinnen und Klienten zu verbessern.

Pflegestufen der COMPASS-Klientinnen und Klienten 2012



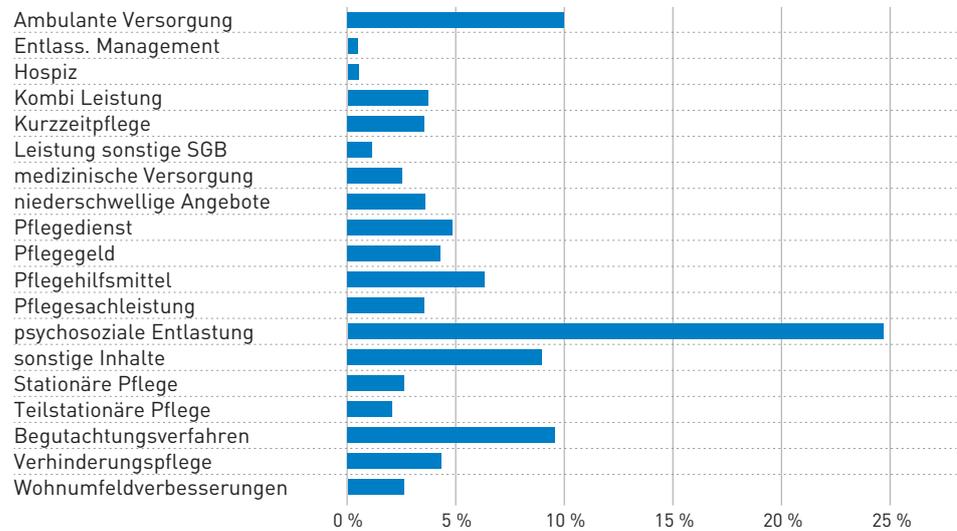
R12/310-01

Zugangskanäle zur Pflegeberatung 2012



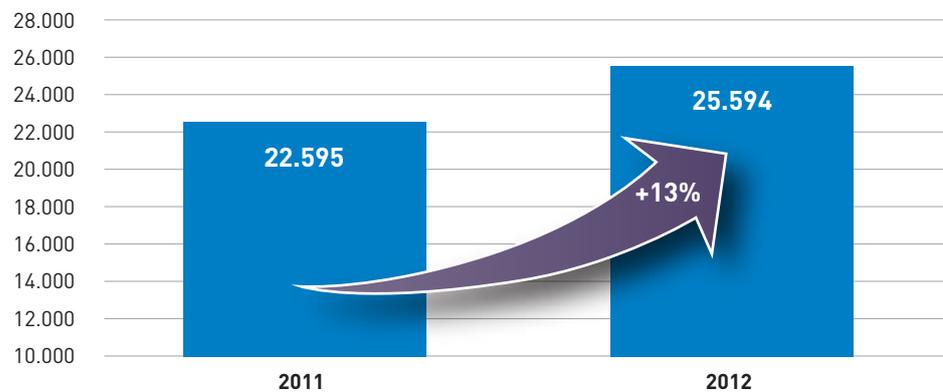
R12/310-02

Themen in der Pflegeberatung



R12/310-03

Hausbesuche gem. § 7a SGB XI im Jahresvergleich 2011 und 2012



R12/310-04

Qualität der Pflege

In den Bundesländern Bayern, Rheinland-Pfalz und Saarland ist es gelungen, eine Vereinbarung zur Beteiligung des Prüfdienstes der PKV an den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI abzuschließen und die eigenständige Durchführung der Qualitätsprüfungen erfolgreich zu beginnen. Im Bundesland Baden-Württemberg konnte keine Vereinbarung mit den Landesverbänden erzielt werden. Demzufolge verweigern die Landesverbände der Pflegekassen weiterhin, dem Prüfdienst der PKV Prüfaufträge zu erteilen, obwohl der Abschluss einer Vereinbarung auf Landesebene durch die erfolgreich abgeschlossene Vereinbarung mit dem GKV-SV nicht mehr erforderlich ist. Weder mehrfache Moderationsversuche durch das Sozialministerium Baden-Württemberg, noch die Durchführung von Arbeitstreffen mit Vertretern des MDK konnten die Verweigerungshaltung der Landesverbände der Pflegekassen verändern. Die beim

Sozialgericht Köln anhängige Klage auf Mitteilung von Prüfterminen zur Umsetzung des Beteiligungsrechtes nach § 114a Absatz 4 SGB XI des PKV-Verbands an Qualitätsprüfungen in Baden-Württemberg mündete in dem Vergleich, dass eine sofortige Beteiligung des PKV-Verbands ermöglicht werden muss.

Alle von den Landesverbänden der Pflegekassen zugewiesenen Qualitätsprüfungen konnten 2012 mit Erfolg in allen Bundesländern bewältigt werden. Die vertraglich vereinbarte Prüflast wurde somit zu 100 Prozent erfüllt und eine Beteiligung an den Prüfkosten des MDK entfällt vollständig.

In fast allen Bundesländern hat der Prüfdienst der PKV Gespräche geführt, um eine möglichst einheitliche Arbeitsweise im Bereich der Durchführung von Qualitätsprüfungen abzustimmen. Hintergrund ist der erklärte Wille des Gesetzgebers, Doppelprüfungen zu vermeiden. Seitens der Betreiber von Pflegeeinrichtungen wird immer wieder auf die hohen Belastungen infolge nicht abgestimmter Prüfverfahren durch Heimaufsichten und Prüforganisationen nach dem SGB XI hingewiesen. In diesen Arbeitsgruppen auf Landesebene geht es unter anderem um die Abstimmung bei gemeinsamen Prüfeinsätzen, inwieweit es gemeinsame Prüfgrundlagen gibt und wie diese angewendet werden können. Da die verschiedenen Bundesländer mit ihren teilweise unterschiedlichen Heimaufsichten nicht immer einheitliche Herangehensweisen vorweisen, gilt es, die Regelungen der Zusammenarbeit auf Landesebene zu klären. Grundsätzlich ist es ein großer Erfolg für den PKV-Verband, dass nach so kurzer Beteiligung am Prüfgeschehen in allen Ländern ein Einbezug in die verschiedenen Entscheidungsgremien erfolgt. Die PKV nimmt somit Einfluss auf die Pflege und Pflegepolitik und trägt zur Weiterentwicklung des Prüfsystems in Deutschland bei.

Der organisatorische und personelle Aufbau des PKV-Prüfdienstes ist abgeschlossen. Im gesamten Bundesgebiet (Fläche) konnte nahezu die maximale Mitarbeiterzahl von 117 Qualitätsprüfern und Auditoren erreicht werden. Die vakanten Stellen in der Zentrale zur operativen Steuerung der Abläufe wurden ebenso erfolgreich besetzt, so dass aktuell 15 Mitarbeiter die Steuerung der Abteilung sicher stellen. Die gesetzlich vorgegebene Quote der Auditoren konnte durch gezielte Weiterbildung weiter gehalten und ausgebaut werden.

Die Gültigkeit des Zertifikates nach DIN EN ISO 9001:2008 des TÜV Rheinland wurde im Rahmen des ersten Kontrollaudits ohne Abweichung bestätigt. Damit sind die normkonforme Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und der Nachweis der Management-Kompetenz sichergestellt.

Die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, die eine Qualitätsprüfung durch den Prüfdienst der PKV erhalten haben, wurden systematisch zur Zufriedenheit nach der Prüfung befragt. Die Auswertung ergibt eine sehr hohe Rücklaufquote von zurzeit ca. 70 Prozent und einem erreichten Zufriedenheitsgrad von ca. 95 Prozent (sehr zufrieden bzw. zufrieden).

Das erste Jahrestreffen der Abteilung QPP wurde mit großem Erfolg durchgeführt. Der erfolgreiche Aufbau der Abteilung QPP und die Integration in die Strukturen der PKV wirkten motivierend auf alle anwesenden Mitarbeiter der Abteilung QPP sowie die geladenen Gäste. Hochkarätige interne und externe Gastredner bereicherten die Veranstaltung mit Fachbeiträgen. Die hierbei geschaffene Transparenz stellt eine hervorragende Basis für die Präsentation der Aktivitäten des PKV-Verbands im Bereich Pflege und Pflegequalität dar.

Eine Neufassung der Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik konnte wegen Differenzen in der

Erfüllung der Prüflast

Zusammenarbeit mit GKV-Spitzenverband, MDK und Aufsichtsbehörden (Heimaufsichten)

Personelle Ausstattung des Prüfdienstes der PKV

Aufrechterhaltung des Zertifikates des TÜV Rheinland

Zufriedenheitsbefragung der Pflegeeinrichtungen nach Qualitätsprüfung

Jahrestreffen

Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 SGB XI

Sichtweise der Anpassungen bzw. deren Umfang der Vereinbarungspartner nicht erfolgen. Daher wurden die Verhandlungen am 16. Oktober 2012 durch die Vereinbarungspartner beendet und durch den GKV-Spitzenverband wurde die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI angerufen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung hat im Rahmen des ihm zustehenden Beteiligungsrechtes gemäß § 115 Abs. 1a Satz 7 SGB XI umfänglich zu den Sachständen der Vereinbarungspartner Stellung genommen. Die Verhandlungen der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI fanden am 15. und 19. April 2013 statt.

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. Bereits im Jahr 2011 wurden die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität für die ambulante und vollstationäre Pflege durch die Schiedsstelle festgesetzt und mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger für alle Pflegeeinrichtungen verbindlich.

Am 10. Dezember 2012 sind die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tagespflege) mit Beteiligung der PKV durch die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI festgesetzt worden. 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 im Rahmen des ihm zustehenden Beteiligungsrechtes gemäß § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zu dem Entwurf Stellung genommen. Mit Veröffentlichung der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI im Bundesanzeiger werden die darin enthaltenen Regelungen für alle teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie für die Pflegekassen und deren Verbände unmittelbar verbindlich.

Bereits im April 2011 wurde durch die Bundesregierung zur Sicherung und Ausweitung der Fachkräftebasis in der Altenpflege eine „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ ins Leben gerufen. Der von Vertretern von Bund, Ländern und Verbänden (Leistungserbringer und Kostenträger) im Rahmen einer Arbeitsgruppe unter Mitarbeit der PKV erstellte Entwurf einer Vereinbarung, bedurfte jedoch in einigen Punkten einer intensiven Diskussion, so dass eine Unterzeichnung der Vereinbarung erst im Dezember 2012 erfolgte. Für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2015 wurden Strategien zur Sicherung des Berufsnachwuchses und zur Verbesserung der Fachkräftesituation in der Altenpflege gefasst. Die Vereinbarung umfasst 10 Handlungsfelder zu denen entsprechende Beiträge der Partner im Rahmen der Offensive formuliert wurden.

Im Rahmen der Demografiestrategie der Bundesregierung soll ein breiter Dialog mit allen Verantwortlichen in Staat und Gesellschaft zur demografischen Entwicklung geführt werden. Auf Basis des Demografieberichts vom Oktober 2011 wurde unter Federführung des Bundesinnenministers eine ressortübergreifende Demografiestrategie erarbeitet. Im Mittelpunkt stehen dabei die Lebensbereiche, in denen die Menschen die Auswirkungen des demografischen Wandels ganz unmittelbar und am stärksten erfahren. Die Handlungsfelder der Strategie lauten:

- Familie als Gemeinschaft stärken
- Motiviert, qualifiziert und gesund arbeiten
- Selbstbestimmtes Leben im Alter
- Lebensqualität in ländlichen Räumen und integrative Stadtpolitik fördern

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege

Allianz für Menschen mit Demenz

- Grundlagen für nachhaltiges Wachstum und Wohlstand sichern
- Handlungsfähigkeit des Staates erhalten

Anlässlich des ersten Demografie Gipfels der Bundesregierung am 4. Oktober 2012 wurde unter anderen die Arbeitsgruppe „Allianz für Menschen mit Demenz“ gebildet, die konkrete Ziele und Maßnahmen zur Verwirklichung formulieren soll. Als Handlungsfelder wurden bislang Grundlagen und Information, Gesellschaftliche Verantwortung, Unterstützung von Betroffenen und ihren Familien sowie Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems definiert. Die Arbeitsgruppe, der auch ein Vertreter der PKV angehört, wird im Laufe des Jahres 2013 den Vereinbarungstext erarbeiten.

Im Rahmen eines von der Europäischen Kommission geförderten Projektes (WeDO) wurde die Etablierung einer dauerhaften und offenen Partnerschaft von europäischen, nationalen, regionalen und lokalen Akteuren unterstützt, die sich dafür einsetzen, die Qualität von Dienstleistungen für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen zu verbessern und Gewalt gegen ältere Menschen zu verhindern. Insgesamt 12 nationale Koalitionen – darunter auch die Deutsche Koalition – und eine europäische Koalition haben an dem Projekt mitgearbeitet. Als Ergebnis des Projektes steht der Europäische Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege – Grundsätze und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zur Verfügung. Die Empfehlungen der Deutschen Koalition, die unter Mitarbeit der PKV zustande kamen, beinhalten als besonders wichtige Themenbereiche die Vermeidung von Gewalt gegen Ältere, die Prävention und Pflegebedürftigkeit, Demenz, ältere Migranten, Stärkung pflegender Angehöriger, Arbeitsbedingungen in der Pflege und Selbsthilfe und Freiwilligenengagement in der Pflege. Einige dieser Themenfelder konnten in den Entwicklungsprozess auf europäischer Ebene eingebracht werden und sind somit Bestandteil des Europäischen Qualitätsrahmens für die Langzeitpflege.

Recht der Versicherungsleistungen

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 7. Dezember 2011 (Az. IV ZR 105/11) entschieden, dass § 206 Abs. 1 Satz 1 VWG nicht jede außerordentliche Kündigung eines Krankheitskostenversicherungsvertrags durch den Versicherer ausschließt. Er hat aber gleichfalls festgestellt, dass im Bereich der Pflegepflichtversicherung jede Kündigung nach § 110 Abs. 4 SGB XI ausgeschlossen ist.

Mit Entscheidung vom 28. September 2011 (Az. B 12 R 9/10 R) hat das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung fortgeführt, dass bei der Beurteilung des für die Annahme von Rentenversicherungspflicht einer Pflegeperson für den erforderlichen Aufwand von 14 Stunden wöchentlich ein an der Laienpflege orientierter abstrakter objektiver Maßstab anzulegen ist. Die Einbeziehung subjektiver individueller Umstände der Pflegeperson ist nicht gerechtfertigt.

Am 27. Juni 2012 (Az. XII ZB 24/12) hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass das Anbringen von Bettgittern sowie die Fixierung im Stuhl mittels eines Beckengurts freiheitsentziehende Maßnahmen darstellen, wenn der Betroffene durch sie in seiner körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt ist. Nach dem BGH ist dies dann der Fall, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Betroffene zu einer willensgesteuerten Aufenthaltsveränderung in der Lage wäre, an der er durch die Maßnahmen gehindert werde. Weiterhin hat der BGH ausgeführt, dass das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen nicht dadurch

Europäischer Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege – Projekt WeDO

Kündigung durch den Versicherer

Maßstab für die Rentenversicherungspflicht

Freiheitsentziehende Maßnahmen

verletzt wird, dass auch die Einwilligung eines von ihm Bevollmächtigten in eine solche freiheitsentziehende Maßnahme der gerichtlichen Genehmigung bedarf.

Beatmungspflege

Mit einem Urteil des Landgerichts Berlin vom 18. September 2012 (Az. 7 O 16/12) wurde entschieden, dass es sich bei einer 24-Stunden-Beatmungspflege um eine notwendige Heilbehandlung im Sinne des Vertrags handelt und die Kosten der Behandlungspflege durch den ambulanten Pflegedienst vom Versicherer zu erstatten ist.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz hat am 2. Februar 2012 geurteilt (Az. L 5 P 29/11), dass die Zeit für die notwendige Hilfe durch eine Begleitperson für den Weg vom Fahrzeug zur Arztpraxis für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI zu berücksichtigen ist, hierunter fällt auch die Fahrzeit.

Vereinbarung mit der Deutschen Rentenversicherung Bund

Aus dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz ergeben sich ab 1. Januar 2013 Änderungen zur Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen. Eine Rentenversicherungspflicht für eine Pflegeperson kommt nunmehr auch in Betracht, wenn die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger mit einem Pflegeaufwand von jeweils unter 14 Stunden – aber insgesamt mindestens 14 Stunden – in der Woche gegeben ist. Diese Fälle werden als Additionspflege bezeichnet. Dies gilt auch für Pflegefälle, in denen die jeweiligen Pflegetätigkeiten bereits vor dem 1. Januar 2013 aufgenommen wurden. Die Bemessungsgrundlage für den Beitrag aufgrund einer Additionspflege entspricht unabhängig von der Pflegestufe des jeweiligen Pflegebedürftigen 26,6667 % der Bezugsgröße (§ 166 Abs. 3 SGB VI). Der zu zahlende Beitragsanteil ergibt sich aus dem Verhältnis der von MEDICPROOF festgestellten Pflegezeit zur Gesamtpflegezeit aller gepflegten Pflegebedürftigen.

Additionspflege

Auch in Fällen der Additionspflege übernimmt jede betroffene Pflegekasse bzw. jedes private Versicherungsunternehmen eigenständig die Meldung und Beitragszahlung für den auf sie entfallenden Teil der Additionspflegezeit. Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben die in diesem Zusammenhang erforderlichen Daten anlassbezogen untereinander im Rahmen eines standardisierten Mitteilungsverfahrens auszutauschen (§ 44 Abs. 6 SGB XI). Um diesen Austausch zu gewährleisten und ein solches Verfahren zu etablieren, wurden in Verhandlungen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund, dem GKV-Spitzenverband und der PKV das Gemeinsame Rundschreiben aktualisiert und neue Verfahrenswege eingerichtet.

Medizinische Begutachtung der Antragsteller

MEDICPROOF GmbH

Die Leistungsvoraussetzungen für die private Pflegepflichtversicherung werden von der MEDICPROOF GmbH durchgeführt. MEDICPROOF ist ein Tochterunternehmen des PKV-Verbands mit Sitz in Köln. Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und der Ausprägung von Einschränkungen der Alltagskompetenz sowie die Notwendigkeit der Versorgung mit Pflege-/Hilfsmitteln und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes einschließlich der Prüfung von ggfs. erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen 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 Feststellungen erfolgen 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.

Gemäß § 6 Absatz 2 Satz 1 der Musterbedingungen der privaten Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2013) erfolgt die Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt. Weiter heißt es in Satz 2: „Mit der Begutachtung kann auch der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden.“ Ein ärztliches Gutachten kann 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 2013 aufgeführte „Schulung pflegender Angehöriger“ durch.

Mit Stand vom 31. Dezember 2012 waren 869 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig, 809 Ärzte und 60 Pflegefachkräfte.

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

Der Anteil der Fachgebiets- und Zusatzbezeichnungen (Mehrfachqualifikationen sind möglich) ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Allgemeinmedizin	29 %
Innere Medizin	18 %
Arbeitsmedizin	13 %
Öffentliches Gesundheitswesen	8 %
Chirurgie / Unfallchirurgie	3 %
Kinder- und Jugendmedizin	3 %
Psychiatrie / Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 %
Orthopädie / Physikalische und Rehabilitative	6 %
Neurologie	2 %
Andere bzw. keine Fachgebietsbezeichnung	16 %
Sozialmedizin	19 %
Physikalische Therapie und Reha-Wesen	4 %
Psychotherapie und Psychosomatik	3 %
Palliativmedizin	3 %
Geriatric	2 %

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31. Dezember 2012)

R12/310-05

Gutachterschulung

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

Darüber hinaus bietet MEDICPROOF überregionale Aufbauseminare mit speziellen Themenschwerpunkten sowie Regionaltreffen an. Letztere dienen dem Erfahrungsaustausch in Fragen der Pflegebegutachtung mit Fallbesprechungen.

Extranet

Der Informationsaustausch zwischen der MEDICPROOF-Zentrale und den freien Mitarbeitern erfolgte im Wesentlichen über das Gutachter-Extranet, das jeder Gutachter über ein persönliches Kennwort erreicht. 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 129.030 bearbeiteten Aufträgen kam es 2012 gegenüber dem Vorjahr (122.661) zu einem Anstieg um fünf Prozent. Davon entfielen 26 Prozent auf die stationäre und 74 Prozent auf die ambulante Pflege.

Begutachtungsergebnisse

Als Ergebnis der gutachterlichen Feststellung ergaben sich für das Jahr 2012 folgende Einstufungen:

	ambulante Pflege in Prozent	stationäre Pflege in Prozent
Erstbegutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit	27,2	11,0
Pflegestufe I	52,0	45,3
Pflegestufe II	18,0	35,7
Pflegestufe III	2,8	8,0
Alle Begutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit	18,4	5,3
Pflegestufe I	44,9	28,6
Pflegestufe II	28,7	44,5
Pflegestufe III	8,0	21,5

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31. Dezember 2012)

R12/310-06

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 besteht ein zusätzlicher Leistungsanspruch für Personen, die aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung einen regelmäßigen und dauerhaften Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf haben. Der Anspruch auf sogenannte zusätzliche Betreuungsleistungen besteht auch, wenn der Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung noch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen handelt es sich um zweckgebundene Zuschüsse in Form von Sach- und Erstattungsleistungen, die speziell der Entlastung von Pflegepersonen dienen. Damit soll dem erheblichen Versorgungs- und Betreuungsaufwand, den pflegende Angehörige und Lebenspartner bei gerontopsychiatrisch veränderten, geistig behinderten oder psychisch kranken Menschen leisten, in besonderer Weise Rechnung getragen werden. Zusätzliche

Betreuungsleistungen dienen demnach der Erstattung von Aufwendungen, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Angeboten (z. B. Alzheimergruppen, Helferinnenkreise) oder entsprechender Sachleistungsangebote von anerkannten Pflegediensten entstehen. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen setzen sich zusammen aus einem Grundbetrag (für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) und einem erhöhten Betrag (für Personen, deren Alltagskompetenz in erhöhtem Maße eingeschränkt ist). 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 2012 durchgeführten Einstufungen (107.791 Begutachtungen).

Pflegestufe	ambulant			stationär		
	Einschränkung der Alltagskompetenz in Prozent...					
	nein	erheblich	in erhöhtem Maße	nein	erheblich	in erhöhtem Maße
0	80,1	14,8	5,1	70,0	23,2	6,8
1	71,6	13,8	14,5	51,0	25,0	24,0
2	57,1	16,6	26,3	28,3	27,1	44,6
3	36,9	19,9	43,2	10,7	26,3	63,0

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31. Dezember 2012)

R12/310-07

Entsprechend § 36 SGB XI MB/PPV 2013 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 2012 insgesamt 4.198 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 2012 belief sich der Anteil der als schwerstpflegebedürftig eingestuften Versicherten mit einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand im ambulanten Bereich auf 2,1 Prozent. Im stationären Bereich wurde die 5 Prozent-Grenze des Anteils der als schwerstpflegebedürftig anerkannten Versicherten, bei denen auch die Kriterien eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes festgestellt wurden, dagegen knapp erreicht.

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. Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) zum 30. Oktober 2012 wurde diese Vorgabe um die folgende ergänzt: „(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.“ Nach einer Vereinbarung mit den auftraggebenden Versicherungsunternehmen stehen MEDICPROOF insgesamt 25 Kalendertage zur Auftrags erledigung zur Verfügung. Davon entfallen vertragsgemäß 21 Tage auf die freien Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wenngleich die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Eingang des Begutachtungsauftrags bei MEDICPROOF bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens im Jahre 2012 bei 23 Tagen im Bereich ambulanter und bei 19 Tagen im Bereich stationärer Pflege lag, wurden in der ersten Jahreshälfte ca. 30 Prozent der betreffenden Gutachten nicht in der MEDICPROOF zur Verfügung stehenden Zeit zurückgemeldet; wobei ein derzeit noch nicht bestimmbarer Anteil der Verzögerungen auch auf die Antragsteller oder ihre Kontaktpersonen zurückzuführen ist (z. B. wenn die zu begutachtende Person sich im Krankenhaus befindet oder zur Begutachtung erforderliche Personen verhindert sind). Durch Prozessoptimierungen konnte der Anteil der nicht fristgerecht zurückgemeldeten Gutachten im November und Dezember 2012 bereits auf unter 20 Prozent gesenkt werden. Für 2013 sind weitere organisatorische und technische Maßnahmen zur Verkürzung der Bearbeitungszeiten vorgesehen. Dazu gehören insbesondere die Online-Übertragung von Begutachtungsaufträgen und Gutachten sowie ein damit einhergehendes Dokumenten-Management-System zur digitalen Bearbeitung der Aufträge innerhalb der MEDICPROOF-Zentrale aber auch Vertragsanpassungen auf Seiten der freien Mitarbeitern mit einer Verkürzung der Bearbeitungsfristen von 21 auf 17 Tage.

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, sodass beide Sachverhalte durch die MEDICPROOF GmbH bzw. einen ihrer Gutachter überprüft werden können.

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 zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres. 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.

Beziehungen zu den Leistungserbringern

Die nachfolgend aufgeführten Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI wurden unter Beteiligung der PKV überarbeitet oder neu verhandelt. Gründe dafür waren insbesondere die Notwendigkeit einer Aktualisierung der Verträge bedingt durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (vom 28. Mai 2008), das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (vom 29. Oktober 2012) sowie die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI (zum 1. Juni 2011 in Kraft getreten).

Verhandlungen zu den Rahmenverträgen wurden zur teilstationären Pflege in Berlin und Hessen, zur Kurzzeitpflege in Berlin sowie zur vollstationären Pflege in Bayern geführt. Darüber hinaus fanden Verhandlungen zu den Rahmenverträgen zur ambulanten Pflege in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen statt.

Zur Umsetzung des PNG wurden in den Bundesländern Verhandlungen über die Einführung der neuen Leistungen zur Häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI geführt. In den Bundesländern Bremen, Rheinland-Pfalz, Sachsen,

Qualitätskontrolle

Rahmenverträge

Verhandlungen der Pflegevergütungen (ambulant)

Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen wurde das Leistungskomplexsystem bereits ergänzt.

Zudem wurden in den Bundesländern Einigungen über eine Zeitvergütung nach § 89 SGB XI angestrebt, die das PNG als alternative Vergütungsform vorsieht. Lediglich im Bundesland Bremen konnte bislang die Möglichkeit der Vereinbarung einer Zeitvergütung jeweils für Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Häusliche Betreuung vereinbart werden.

In den übrigen Bundesländern wurden Verhandlungen zur Umsetzung des PNG im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI, Verhandlungen über die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI oder Gespräche mit den Verbänden der Leistungserbringer aufgenommen. Im Rahmen dieser Verhandlungen wurden auch die Steigerung der ambulanten Vergütungen und die Entwicklung neuer Kalkulationsschemata thematisiert.

Der Betreuungsschlüssel für § 87b SGB XI wurde in folgenden Bundesländern an die neue Rechtslage angepasst: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein. Die Voraussetzungen zur Vereinbarung des Vergütungszuschlag nach § 87b SGB XI in Folge des PNG wurden in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, und Sachsen-Anhalt nun auch für Einrichtungen der teilstationären Pflege vereinbart.

Bei Verfahren der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI stehen regelmäßig immer noch die vom BSG aufgestellten Grundsätze zur Plausibilitätsprüfung, Vorlage geeigneter Unterlagen und zum externen Vergleich im Fokus. Zu den Zeitvergütungen nach § 89 SGB XI, die das PNG vorsieht, gab es bereits eine Entscheidung der Schiedsstelle Niedersachsen. Weitere Verfahren zur Zeitvergütung und zur Häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI sind zu erwarten. Erste Verfahren in Baden-Württemberg beschäftigten sich auch mit der Frage der Umrechnung des § 87b SGB XI auf einen verbesserten Betreuungsschlüssel. In Rheinland-Pfalz wurden durch die Schiedsstelle Rahmenverträge zur vollstationären und teilstationären Pflege wie auch zur Kurzzeitpflege festgesetzt.

Die PKV beteiligte sich entsprechend § 45c Abs. 1 Satz 2 SGB XI mit 10 Prozent am Fördervolumen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Im Jahr 2012 wurden bundesweit 1,357 Mio. Euro (Vorjahr: 1,278 Mio. Euro) durch die PKV zur Förderung aufgebracht. Auf die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe durch die private und soziale Pflegeversicherung entfielen 1,107 Mio. Euro (Vorjahr: 928.351 Euro).

Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Auch 2012 konnte das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) seine Etablierung als Akteur im Gesundheits- und Sozialwesen vorantreiben. Nach dreijähriger Aufbauarbeit ist die gemeinnützige Stiftung des PKV-Verbands bereits gut in der Fachszene vernetzt und wird zunehmend als neues und unabhängiges Kompetenzzentrum für Pflegequalität wahrgenommen.

Einen wichtigen Beitrag zum Aufbau des ZQP-Netzwerks und zur Verankerung der jungen Stiftung in der Fachszene hatten hierbei die ehrenamtlich tätigen Experten der beratenden Gremien des ZQP, des wissenschaftlichen Beirats

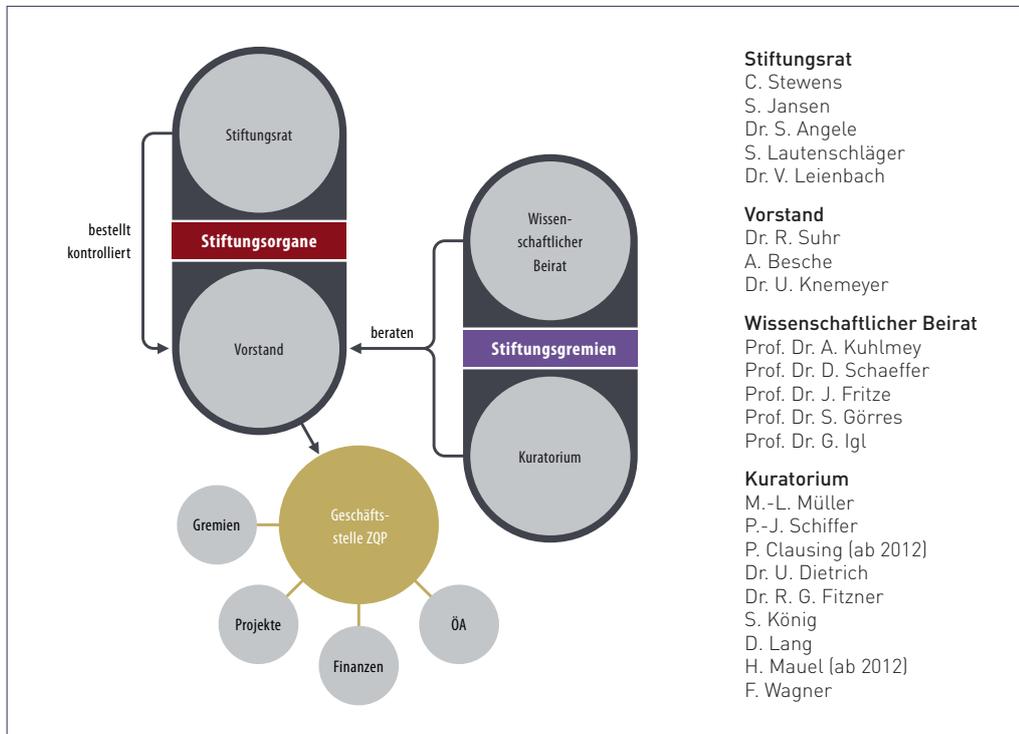
Verhandlung der Pflegevergütungen (stationär)

Schiedsstelle nach § 76 SGB XI

Niedrigschwellige
Betreuungsangebote und
Modellvorhaben, Förderung
ehrenamtlicher Strukturen
sowie der Selbsthilfe

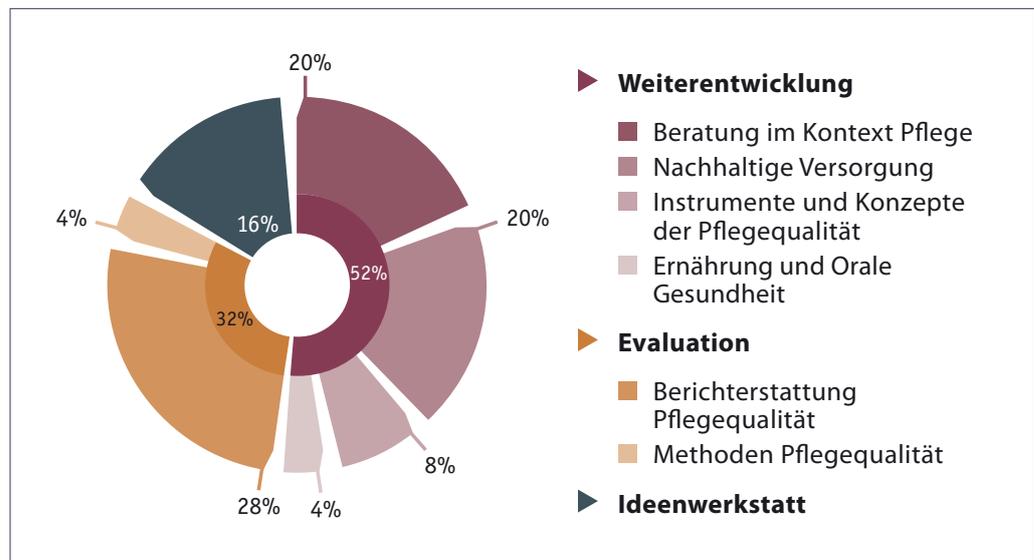
und des Kuratoriums. Im Jahr 2012 wurden diese – als Ausdruck der starken Praxisorientierung der Stiftung – durch zwei renommierte Vertreter von Pflegeeinrichtungen erweitert.

Aufbau des ZQP und Mitglieder der Organe und Gremien



Zur Realisierung der Stiftungsziele des ZQP – der kritischen Bestandsaufnahme zu Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Pflege sowie zur Entwicklung von Konzepten für eine qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen ausgerichtete Versorgung älterer, hilfebedürftiger und behinderter Menschen – arbeiteten 2012 in der ZQP-Geschäftsstelle im Herzen Berlins neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese bearbeiteten insgesamt 26 verschiedene Stiftungsprojekte, wobei elf neue Studien 2012 initiiert wurden. Die Arbeit des ZQP war methodisch breit angelegt. Es wurden sowohl qualitative und quantitative Studien vergeben, Instrumente der Qualitätssicherung evaluiert und entwickelt sowie Synopsen als Grundlage für die Datenbankdienste der Stiftung erstellt. Auch inhaltlich und thematisch deckte die Arbeit des ZQP breit verschiedene wichtige Aspekte von „guter Pflege“ ab. Schwerpunkte lagen auf der Untersuchung und Bewertung von Instrumenten der Pflegequalitätsmessung, auf Fragestellungen zur Qualitätssicherung der Pflegeberatung sowie im Themenbereich der Prävention im Kontext Pflegebedürftigkeit.

Themenschwerpunkte der ZQP-Projektarbeit 2012

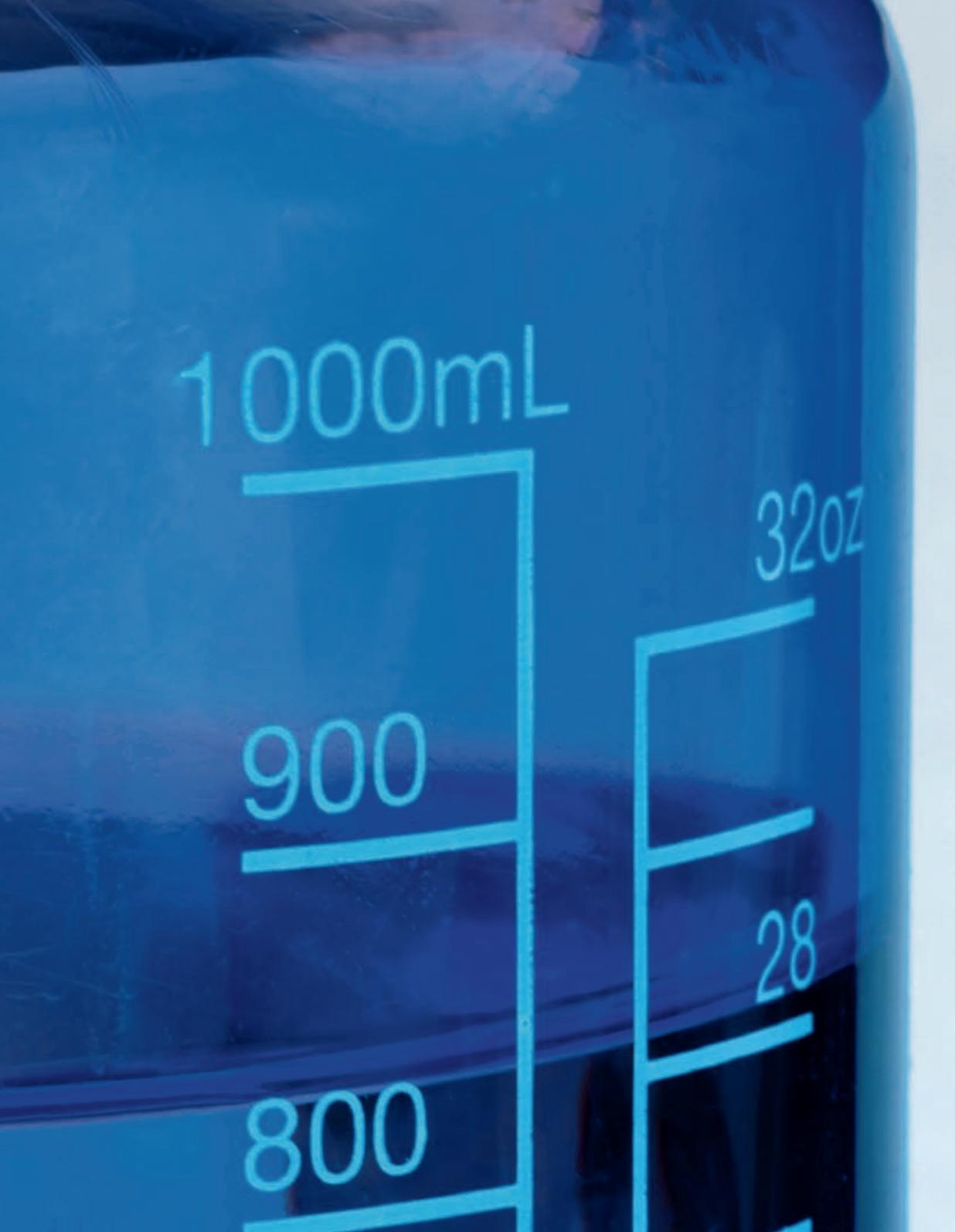


Immer zeichneten sich die Stiftungsprojekte des ZQP durch hohe Praxisrelevanz aus. Wichtiges Ziel hierbei war: Statt Forschung im Elfenbeinturm sollte vorhandenes und neues Wissen für die tägliche Pflegepraxis nutzbar gemacht werden, um die Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen nachhaltig zu verbessern sowie ihre autonome Lebenswelt soweit wie möglich zu erhalten. Aktuelle pflegepolitisch oder pflegeökonomisch relevante Fragestellungen wurden genauso berücksichtigt wie die Entwicklung neuer Präventionskonzepte für die Langzeitpflege. Zudem wurden bei der wissenschaftlichen Arbeit regionale Besonderheiten und Unterschiede von Versorgungsstrukturen beachtet.

Im Jahr 2012 begonnene Projekte des ZQP

Lfd.-Nr.	Projekt
1	Strukturierte Recherche zu Spektrum und Konzepten ehrenamtlicher Helfer im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem
2	Aufbau einer Datenbank für Beratungsangebote zur Prävention von Gewalt in der Pflege
3	Entwicklung eines Leitfadens für die Pflegeberatung bei psychischen Problemlagen von Hilfe- und Pflegebedürftigen
4	Entwicklung eines Konzeptes für den „Präventiven Hausbesuch“
5	Evaluation gesundheitsfördernder und präventiver Angebote für Hochaltrige
6	Untersuchung naturheilkundlicher Maßnahmen in Senioreneinrichtungen im Rahmen einer kontrollierten Kohortenstudie
7	Erarbeitung einer Studienschrift zur Rolle des ehrenamtlichen Engagements im pflegerischen Versorgungsmix
8	Initiierung einer Perspektivenwerkstatt „Qualität in der häuslichen Versorgung“ unter Einbindung führender Pflegeexperten
9	Pilotstudie zur Wirkung tablet-gestützter Aktivierung auf Lebensqualität und Teilhabe von dementiell erkrankten Pflegeheimbewohnern
10	Studie zur Pflegesituation von älteren Migranten und Migrantinnen türkischer Herkunft
11	Untersuchung zu bedürfnisgerechter Pflege und Genderaspekten in der stationären Pflege

Seine Projektergebnisse stellte das ZQP als gemeinnützige Einrichtung der Öffentlichkeit kostenlos zur Verfügung. Neben Veröffentlichungen in Fach-, Tages- und Publikumsmedien initiierte die Stiftung hierzu auch verschiedene zielgruppenspezifische Veranstaltungen. Die Medienresonanzanalyse zeigt mit über 90 Millionen Leserkontakten auf, dass es der Stiftung im Jahr 2012 gelungen ist, neben der Pflegepolitik und der Pflegefachszene auch die breitere Öffentlichkeit zu erreichen. Auch die über 50.000 Zugriffe auf der im Jahr 2012 aufgebauten Zentralen Internet-Plattform (ZIP) des ZQP belegen das Interesse der Öffentlichkeit an der Stiftungsarbeit und die Wirkung der vom ZQP bearbeiteten Projekte. Und nicht zuletzt zeigten die vielen Kooperationsanfragen von etablierten Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen sowie eine Projektförderung durch ein Bundesministerium darüber hinaus: Die Stiftungsinitiative der PKV für mehr Qualität in der Pflege kam an.



4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen



4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen

Rechengrößen 2013

Die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2013 legt die für das Jahr 2013 maßgebenden Rechengrößen fest. Es ergibt sich daraus eine Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für 2013 in den alten Bundesländern in Höhe von 69.600 Euro jährlich und 5.800 Euro monatlich (Vorjahr: 67.200 Euro jährlich bzw. 5.600 Euro monatlich) und in den neuen Bundesländern von 58.800 Euro jährlich bzw. 4.900 Euro monatlich (Vorjahr: 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 52.200 Euro jährlich bzw. 4.350 Euro monatlich (Vorjahr: 50.850 Euro jährlich bzw. 4.237,50 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 2013 47.250 Euro jährlich bzw. 3.937,50 Euro monatlich (Vorjahr: 45.900 Euro jährlich bzw. 3.825 Euro monatlich). Die Beitragsbemessungsgrenzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung betragen für das Jahr 2013 ebenfalls 47.250 Euro jährlich bzw. 3.937,50 Euro monatlich (Vorjahr: 45.900 Euro jährlich bzw. 3.825 Euro monatlich).

Nach den vorgegebenen Rechengrößen beträgt die Bezugsgröße 2013 gemäß § 18 SGB IV 32.340 Euro jährlich bzw. 2.695 Euro monatlich in den alten und 27.300 Euro jährlich bzw. 2.275 Euro monatlich in den neuen Bundesländern. Zu beachten ist, dass Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der GKV vorsieht, dass auch die Bezugsgröße West, soweit sie für den Kranken- und Pflegeversicherungsbereich relevant ist, für das ganze Bundesgebiet gilt. Die Bezugsgröße ist maßgebend für folgende Werte:

Ein Siebtel der Bezugsgröße und damit im Jahr 2013 bundeseinheitlich monatlich 385 Euro (Vorjahr: 375 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.

Ein Drittel der Bezugsgröße und damit 898,32 Euro (Vorjahr: 874,91 Euro) monatlich macht die dem Beitrag freiwilliger GKV-Mitglieder nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zugrunde zu legende Mindesteinnahme aus. Für hauptberuflich selbständig erwerbstätige freiwillige GKV-Mitglieder gelten nach § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V als beitragspflichtige Einnahmen auf den Monat umgerechnet mindestens drei Viertel der Bezugsgröße und damit 2.021,25 Euro (Vorjahr: 1.968,75 Euro).

Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, zahlt der zuständige Träger für einen im Basistarif Versicherten den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist (§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG). Als beitragspflichtige Einnahmen gelten bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der dreißigste Teil des 0,3450fachen der monatlichen Bezugsgröße (§ 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Unter Zugrundelegung des reduzierten Beitragssatzes von 14,9 Prozent

Beitragsbemessungs-
und Jahresarbeitsentgelt-
grenzen

Bezugsgröße

Familienversicherung in
GKV und SPV

Mindestbeitrag freiwilliger
GKV-Mitglieder

Beitragszuschuss für
ALG II-Bezieher

Rechengrößen für 2013 in Euro (bisherige Werte in Klammern)		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung	jährlich	69.600	(67.200)	69.600	(67.200)
	monatl.	5.800	(5.600)	5.800	(5.600)
Beitragsbemessungsgrenze Kranken-, Pflegeversicherung	jährlich	47.250	(45.900)	47.250	(45.900)
	monatl.	3.937,50	(3.825)	3.937,50	(3.825)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	52.200	(50.850)	52.200	(50.850)
	monatl.	4.350	(4.237,50)	4.350	(4.237,50)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	47.250	(45.900)	47.250	(45.900)
	monatl.	3.937,50	(3.825)	3.937,50	(3.825)
Bezugsgröße	jährlich	32.340	(31.500)	27.300	(26.880)
	monatl.	2.695	(2.625)	2.275	(2.240)
Geringfügigkeitsgrenze		450		450	
Einkommensgrenze für Familienversicherung		385 (375)		385 (375)	
Allgemeiner Beitragssatz der GKV		15,5 % (15,5 %)		15,5 % (15,5 %)	
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		287,44 (279,23)		287,44 (279,23)	
Höchstbeitrag PVN	einzel	80,72	(74,58)	80,72	(74,58)
	Ehegatten (150 %)	121,08	(111,87)	121,08	(111,87)
	Ehegatten (75 %)	60,54	(55,93)	60,54	(55,93)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	40,36	(37,29)	40,36	(37,29)
Höchstbeitrag PVB	einzel	32,29	(29,83)	32,29	(29,83)
	Ehegatten (150 %)	48,44	(44,75)	48,44	(44,75)
	Ehegatten (75 %)	24,22	(22,37)	24,22	(22,37)
	Basistarif	40,36	(37,29)	40,36	(37,29)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	20,18	(18,65)	20,18	(18,65)
Zuschuss zur PPV		40,36 (37,29)		40,36 (37,29) in Sachsen 20,67 (18,17)	
Höchstbeitrag Basistarif		610,32 (592,88)		610,32 (592,88)	
Höchstbeitrag Standardtarif		610,32 (592,88)		610,32 (592,88)	
Zuschuss zur Krankenversicherung für ALG II-Empfänger		138,54 (134,94) 305,16 (296,44)*		138,54 (134,94) 305,16 (296,44)*	
Zuschuss zur Pflegeversicherung für ALG II-Empfänger		20,00 (18,53)		20,00 (18,53)	

* 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 (2013: 305,16 Euro) erhöht.

(Beitragssatz für Versicherte, die kein Krankengeld beziehen) ergibt sich für 2013 daraus ein Zuschuss in Höhe von 138,54 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 2013 bei einem Beitragssatz von 2,05 Prozent 20,00 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 (2013: 305,16 Euro) erhöht.

Schließlich ist die Bezugsgröße für den Zuschuss für befreite landwirtschaftliche Altenteiler zum Beitrag zur PKV gemäß §§ 4 Abs. 3, 59 Abs. 3 KVLG 1989 maßgebend, der ein Zweiundzwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße und damit 2013 123 Euro monatlich (Vorjahr: 120 Euro) ausmacht. In den neuen Bundesländern hat dieser Beitragszuschuss keine Bedeutung.

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.

Die Arbeitsentgeltgrenze nach §§ 8 Abs. 1 Nr. 1, 8a SGB IV für die nach § 7 SGB V krankenversicherungsfreien unbefristeten geringfügigen Beschäftigten beträgt 450 Euro.

Beitragszuschuss für
landwirtschaftliche
Altenteiler

Nicht erwerbsmäßig tätige
Pflegepersonen

Versicherungsfreie
geringfügige Beschäftigung

Arzneimittelrabatte

Durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der Gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) (BGBl vom 27. Dezember 2010 I S. 2262 ff.) wurden die von den pharmazeutischen Unternehmen den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Versicherungsunternehmen zu gewährenden Rabatte umfassend neu geregelt. Einerseits betrifft dies die Rabatte nach § 130b SGB V (vgl. Seite 30) andererseits die Herstellerabschläge nach § 1 Arzneimittelrabbattgesetz (AMRabG) i.V.m. § 130a SGB V: Die Herstellerrabatte nach § 130a SGB V, befristet bis zum 31. Dezember 2013, in Höhe von 16 Prozent auf den Herstellerabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Festbetrag finden gemäß § 1 AMRabG auch entsprechende Anwendung in der Privaten Krankenversicherung.

Der Einzug der Rabatte zugunsten der abschlagsberechtigten Stellen (PKV-Unternehmen und Beihilfeträger) erfolgt durch die ZESAR (Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten) GmbH, als der in § 2 AMRabG hierfür vorgesehenen zentralen Stelle seit Januar 2011. Das Bundesgesundheitsministerium hat gemäß § 130a Abs. 4 SGB V im Januar 2013 den Fortbestand der gesetzlichen Herstellerabschläge überprüft und im Rahmen der gesetzlich befristeten Regelung bestätigt. Während der Einzug der Rabatte über ZESAR in den meisten Fällen unproblematisch verläuft, verweigern einige wenige Pharmaunternehmen die Zahlung aus verfassungsrechtlichen und einfachrechtlichen Gründen. Das AMRabG bilde einen nicht gerechtfertigten Eingriff in die Berufsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmen unter dem Gesichtspunkt der Preisbildung. Weiterhin wird die Behandlung der tariflichen Selbstbehalte beanstandet. Diese

seien rabattmindernd anzusetzen. Re-Importeure, die die Zahlung verweigern, berufen sich darauf, dass die Rabatte zu einer für sie im Ergebnis unzumutbaren Belastung führen würde. Zur Klärung der offenen Rechtsfragen wurden durch ein Mitgliedsunternehmen zwei Musterverfahren, unter anderem gegen einen Re-Importeur, angestrengt. Im Zusammenhang mit einem der Verfahren konnte eine Musterprozessvereinbarung ausgehandelt werden, der sämtliche abschlagsberechtigte Stellen beitreten können. Der Beitritt hat zur Folge, dass die beitretenden Unternehmen im Ergebnis so gestellt werden, als wenn sie selbst die Klage erhoben hätten.

Problematisch hat sich bislang zudem die Umsetzung des Rabatteinzuges für Fertigarzneimittel, die in parenteralen Zubereitungen enthalten sind, erwiesen. Dabei handelt es sich um Arzneimittel, die der Apotheker zum Beispiel im Rahmen einer Krebsbehandlung individuell für einen bestimmten Versicherten herstellt. Diese Zubereitungen bestehen aus mehreren Fertigarzneimitteln, die teilweise in sehr kleinen Mengen verwendet werden. Auch für diese Teilmengen können Rabatte geltend gemacht werden. Bislang scheiterte der Rabatteinzug jedoch daran, dass die für den Rabatteinzug erforderlichen Daten nicht alle auf die Arzneimittelverordnung aufgedruckt wurden. Mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) konnte eine Vereinbarung geschlossen werden, auf deren Grundlage die Apotheker die entsprechenden Daten speichern und zum Abruf bereithalten. Die praktische Umsetzung der Vereinbarung soll im Jahr 2013 erfolgen.

4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft

Unisex

Der Europäische Gerichtshof hatte bereits mit Urteil vom 1. März 2011 in der Rechtssache Test Achats (Az.: C 236/09) über die Wirksamkeit der Regelung in der so genannten Gender-Richtlinie (Art. 5 Abs. 2 RL 2004/113/EG) entschieden, nach der die Mitgliedstaaten im Rahmen der Umsetzung dieser Richtlinie die geschlechtsabhängige Kalkulation von Versicherungstarifen zulassen können. Der Europäische Gerichtshof hat die Regelung mit Wirkung vom 21. Dezember 2012 für ungültig erklärt. Die dauerhafte Befugnis der Mitgliedstaaten zur Zulassung geschlechtsabhängig kalkulierter Tarife als Ausnahme sei im Kern unvereinbar mit dem als Grundsatz statuierten Ziel der Gleichbehandlung von Männern und Frauen und den entsprechenden Gewährleistungen in der Grundrechts-Charta der Europäischen Union. Der Europäische Gerichtshof hat zwar nicht ausdrücklich die Möglichkeit ausgeschlossen, die Richtlinie zur Fortführung geschlechtsabhängiger Tarife zu ändern, für eine entsprechende Änderung der Richtlinie hat die Europäische Kommission aber keine Initiative ergriffen. Mit Wirkung zum 21. Dezember 2012 ist damit die europarechtliche Grundlage für die Zulassung geschlechtsabhängiger Tarife entfallen. Ab dem 21. Dezember 2012 können daher nur noch geschlechtsunabhängige, sogenannte Unisex-Tarife angeboten werden. Die Entscheidung entfaltet allerdings keine Rückwirkung. Am Stichtag bestehende Verträge mit geschlechtsabhängig kalkulierten Bisex-Tarifen bleiben daher von der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs unberührt. Dies hat die Europäische Kommission bestätigt in den unter dem 22. Dezember 2011 als Mitteilung veröffentlichten Leitlinien zur Anwendung der Richtlinie 2004/113/EG im Anschluss an das Urteil des Europäischen Gerichtshofs in der Sache Test Achats. Diese Leitlinien legen in wichtigen Anwendungs- und Umsetzungsfragen

der Unisex-Rechtsprechung die Auffassung der Europäischen Kommission nieder. Neben der Frage des Anwendungszeitraums werden auch weiterhin erlaubte geschlechtsspezifische Versicherungspraktiken aufgelistet. Hierzu zählt etwa die Befugnis bestimmte Risikofaktoren, z. B. den Gesundheitszustand einer Person, weiterhin unterschiedlich zu behandeln und bei der Bewertung dieser Risikofaktoren auch das Geschlecht bzw. bestimmte physiologische Unterschiede zwischen Mann und Frau mit zu berücksichtigen. Prämien und Leistungen für dieselben Versicherungspolice dürfen allerdings nicht von einer Person zur anderen allein deshalb variieren, weil die beiden Personen nicht demselben Geschlecht angehören.

Nationale Umsetzung

Der deutsche Gesetzgeber hatte von der vom Europäischen Gerichtshof für unwirksam erklärten Befugnis Gebrauch gemacht. Zur Umsetzung der EuGH-Entscheidung waren daher verschiedene Gesetzesänderungen erforderlich. Diese erfolgten rückwirkend zum 21. Dezember 2012 im Rahmen des sogenannten SEPA-Begleitgesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I, S. 610 ff.). Die bedeutsamste Änderung betrifft das AGG. Die bisherige Befugnis zur geschlechtsabhängigen Kalkulation aufgrund versicherungsmathematischer Grundlage in § 20 Abs. 2 Satz 1 AGG wurde gestrichen. Für Versicherungsverhältnisse, die vor dem 21. Dezember 2012 begründet wurden, wird gesetzlich klargestellt, dass für diese Versicherungsverhältnisse weiterhin eine unterschiedliche Behandlung wegen des Geschlechts bei den Prämien oder Leistungen von Versicherungsverträgen zulässig ist, wenn die Berücksichtigung des Geschlechts bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematisch und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung ein bestimmender Faktor ist. Dabei dürfen Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft auf keinen Fall zu unterschiedlichen Prämien und Leistungen führen. Im Hinblick auf das Verhältnis der neuen Unisex-Tarife zu den bisherigen Bisex-Tarifen wird eine Ausnahme von dem Verbot geregelt, dass die Prämien für das Neugeschäft nicht niedriger sein dürfen als die Prämien, die sich im Altbestand für gleichaltrige Versicherte ohne Berücksichtigung ihrer Alterungsrückstellung ergeben würden. Weiterhin wurden die Anzeige- und Veröffentlichungspflichten für Tarife, bei denen Prämien oder Leistungen für Männer und Frauen unterschiedlich sind, gestrichen. Diese Regelungen sind gegenstandslos geworden. Ergänzend zu diesen Regelungen wurde im Rahmen des WG-Änderungsgesetzes klargestellt, dass ein Tarifwechsel von einem Unisex-Tarif in einen Bisex-Tarif ausgeschlossen ist. Damit wird eine Möglichkeit eindeutig ausgeschlossen, die Unisex-Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zu unterlaufen. Die notwendigen Anpassungen in der Kalkulationsverordnung erfolgte durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Kalkulationsverordnung vom 6. Februar 2013 (BGBl. 2013 I, S. 160 f.). Die im Zusammenhang mit der Umsetzung der Unisex-Rechtsprechung maßgeblichen Vorschriften sind ebenfalls rückwirkend zum 21. Dezember 2012 in Kraft getreten. Aufgrund der Änderungen wird das Geschlecht als ein der bei der Ermittlung der Kopfschäden zu berücksichtigender Faktor ersatzlos gestrichen. Bedeutsam ist weiterhin eine neuartige Übergangsvorschrift, die sicherstellt, dass Tarife die vor dem 21. Dezember 2012 eingeführt wurden, weiterhin als Bisex-Tarife geführt werden können. Dies gilt auch für die private Pflegepflichtversicherung, die aufgrund der besonderen Regelungen des SGB XI im Hinblick auf die Leistungen und Prämien seit Einführung keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen aufwies.

Der PKV-Verband hat rechtzeitig zur Einführung der neuen Unisex-Tarife ab dem 21. Dezember 2012 sämtliche Musterbedingungswerke an die neuen

Unisex-Regelungen in der Weise angepasst, dass die Bedingungswerke im Grundsatz einheitlich für Bisex- als auch für Unisex-Verträge Anwendung finden können. Neu aufzulegen ist noch eine Unisex-Variante des Standardtarifs, mit der weitergehende Änderungen des Standardtarifs umgesetzt werden sollen. Ungeachtet der gesetzlichen und bedingungsmäßigen Umsetzung ergeben sich aufgrund der Entwicklungsfähigkeit von Versicherungsverhältnissen der Privaten Krankenversicherung zahlreiche Anwendungsfragen. Diese betreffen insbesondere die Fortentwicklung der Bisex-Verträge. Hier stellt sich regelmäßig die Frage, ob bei einer bestimmten Maßnahme eine Fortführung in Unisex erforderlich wird. Der PKV-Verband hat hierzu im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht eine umfassende FAQ-Liste erarbeitet. Sie bedeutet eine Arbeitshilfe, um die wichtigsten entstehenden Anwendungsfragen der Unisex-Rechtsprechung lösen zu können.

VVG-Änderungsgesetz

Das Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften ist im Wesentlichen am 1. Mai 2013 in Kraft getreten. Für die PKV sind die folgenden Regelungen relevant:

Der Versicherungsnehmer kann nach § 192 Abs. 8 VVG n.F. vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. In dringlichen Fällen ist die Auskunft unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Wochen zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen. Auf die vom Versicherungsnehmer vorgelegten Unterlagen, insbesondere Kostenvoranschlag, ist in der Antwort einzugehen. Wird die Frist versäumt, gilt eine Beweislastumkehr zu Lasten des Versicherers als Sanktion. Bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer wird vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung medizinisch notwendig ist. Eine Verbindlichkeit hinsichtlich des Inhalts der Auskunft besteht aber nicht, die Regelung ist als Verpflichtung zur Antwort auf entsprechende Anfragen ausgestaltet. Es besteht daher keine Verpflichtung, innerhalb der genannten Fristen eine verbindliche Zusage zur Kostenübernahme zu erteilen. Weiterhin gilt, dass die Auskunft nur zu den vom Versicherten vorgelegten Unterlagen zu geben ist. Der Versicherer muss lediglich innerhalb der Frist, und zwar auf der Grundlage der vorgelegten Unterlagen, antworten und seine Antwort begründen, aber nicht über die Leistung entscheiden. Die Auskunft ist keine Leistungszusage.

Die Auskunftsansprüche des Versicherungsnehmers und der versicherten Person wurden auch unter einem anderen Aspekt gestärkt: Beide können nunmehr, soweit sie selbst betroffen sind, selbst Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Die bisherige Einschränkung auf einen Arzt oder Rechtsanwalt als Empfänger der Auskunft gilt nur noch, wenn der Auskunft oder der Einsicht durch den Betroffenen selbst erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen z. B. wenn schutzwürdige Rechte Dritter verletzt werden, etwa wenn die gesundheitliche Situation anderer Personen in dem Gutachten behandelt wird § 202 Abs. 1 VVG n.F.

Ein Tarifwechsel aus einem Unisex-Tarif in einen Bisex-Tarif wurde durch das VVG-Änderungsgesetz ausdrücklich im VVG ausgeschlossen. Zudem wurde klar gestellt, dass bei der befristeten Krankentagegeldversicherung nach § 196 VVG



ein Tarifwechselrecht nach § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 WG besteht (Artikel 1 Nr. 4 lit. b VVG-Änderungsgesetz). Diese Neuregelung bezieht sich aber nur auf das Tarifwechselrecht. In der Krankentagegeldversicherung besteht daher kein eigenständiger Übertragungswert nach § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG und infolgedessen kein Anspruch, einen solchen bei Kündigung mitzugeben.

Das Sonderkündigungsrecht des Versicherungsnehmers im Fall der Beitragsanpassung nach § 205 Abs. 4 WG wurde auf zwei Monate verlängert (Artikel 1 Nr. 5 lit. a VVG-Änderungsgesetz). Zudem wurde neu geregelt, bis wann im Falle einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer der Nachversicherungsnachweis vorzulegen ist. Die Kündigung wird nach neuer Rechtslage nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Für den Fall, dass der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung liegt, muss der Nachweis bis zu dem Termin, zu dem gekündigt wurde, erbracht werden. Diese Regelung ist insbesondere im Fall der ordentlichen Kündigung mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten relevant.

Derzeit wirkt sich die Wahl des Selbstbehalts im Basistarif wegen des hohen Beitragsniveaus praktisch nicht auf die Höhe des Zahlbeitrags aus. Versicherungsnehmer, die im Basistarif einen Selbstbehalt vereinbart haben, erzielen daher derzeit keine Beitragsermäßigung. Das VVG-Änderungsgesetz enthält nun eine Neuregelung in § 12 Abs. 1a Satz 4 VAG nach der den Versicherten ein Wahlrecht eingeräumt wird. Die Versicherten können danach die Vereinbarung eines Selbstbehalts rückgängig machen und die Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen, wenn der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie führt. Die Umstellung muss dann innerhalb von drei Monaten erfolgen.

Schließlich ergibt sich durch das VVG-Änderungsgesetz noch eine Gesetzesänderung im Pflichtversicherungsgesetz (PflVG): Nach § 12 Abs. 1 PflVG tritt der Entschädigungsfonds, dessen Aufgaben in Deutschland durch die Verkehrsoferhilfe wahrgenommen werden, auch im Fall einer Insolvenz des Haftpflichtversicherers

des Schädigers ein. Die Entschädigungspflicht des Fonds entfällt nach § 12 Abs. 1 Satz 2 PflVG allerdings in den Fällen, in denen der Geschädigte eigene Ersatzansprüche gegen einen Schadensversicherer geltend machen kann. Hierzu zählt auch die Private Krankenversicherung des Geschädigten. In diesen Fällen könnten Regressansprüche gegen den Schädiger selbst geltend gemacht werden. Hierzu enthält das VVG-Änderungsgesetz eine Neuregelung. Die Regressansprüche gegen den Schädiger werden für den Fall der Insolvenz seines Haftpflichtversicherers durch § 12 Abs. 6 PflVG auf 2.500 Euro beschränkt (Artikel 3 Nr. 5 lit. c VVG-Änderungsgesetz).

Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagerechts

Das Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagerechts vom 6. Dezember 2011 ist am 1. April 2012 in Teilen in Kraft getreten. Es ergänzt das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) 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 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 unterschreiten. 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.

Limitierung von
Abschlussprovisionen

Dienstleistungsverträge

Stornohaftungszeit

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung von freiwillig Weiterversicherten

Für den Personenkreis der „sonstigen Versicherungspflichtigen“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB III zahlen die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung gemäß § 347 Nr. 6 SGB III i.V.m. § 349 Abs. 4 SGB III über die PKV-Interessengemeinschaft Arbeitslosenversicherung bei Bezug von Krankentagegeld Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Die Bundesagentur für Arbeit und die Private Krankenversicherung vertreten unterschiedliche Auffassungen, ob für die nach § 28a Abs. 1 SGB III in der bis 31. Dezember 2010 geltenden Fassung (nachfolgend: a.F.) in der Arbeitslosenversicherung freiwillig weiterversicherten (bzw. für gemäß § 28a Abs. 1 SGB III in der seit 1. Januar 2011 geltenden Fassung auf Antrag pflichtversicherten) Personen beim Bezug von Krankentagegeld von den privaten Krankenversicherungsunternehmen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zu zahlen sind.

Die Bundesagentur für Arbeit stellt die nach § 28a Abs. 1 SGB III a.F. freiwillig weiterversicherten Personen beim Bezug von Krankentagegeld insoweit den „sonstigen Versicherungspflichtigen“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB III gleich. Die PKV-Interessengemeinschaft Arbeitslosenversicherung bzw. der PKV-Verband vertreten demgegenüber die Meinung, die freiwillig weiterversicherten Personen seien keine sonstigen Versicherungspflichtigen.

Zur einvernehmlichen Beilegung der Streitigkeiten zwischen PKV-Verband und der Bundesagentur wurde eine Vereinbarung geschlossen. Die Vereinbarung erfasst im Wesentlichen folgende Eckpunkte:

- Zum Ausgleich etwaiger Beitragsforderungen der Bundesagentur aus Krankentagegeld gegen die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands für die Jahre 2006 bis 2010 im Hinblick auf die gemäß § 28a Abs. 1 SGB III a.F. freiwillig weiterversicherten Personen leistet der PKV-Verband eine einmalige Pauschale.
- Mit der Zahlung der Pauschale sind sämtliche Beitragsforderungen der Bundesagentur aus Krankentagegeld für die Jahre 2006 bis 2010 für freiwillig weiterversicherte Personen gegen die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung für die Jahre 2006 bis 2010 einschließlich von Nebenkosten (Säumniszuschläge, Gebühren etc.) abgegolten.
- Soweit für die genannten Jahre für den genannten Personenkreis von den PKV-Unternehmen bereits Beitragszahlungen auf der Grundlage von Prüfmitteilungen/-bescheiden bzw. Vereinbarungen geleistet wurden, werden diese durch die Bundesagentur zurückerstattet.
- Nach Zahlung der Pauschale werden bei den Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands keine weiteren Prüfungen nach § 349 Abs. 5 SGB III für den Zeitraum 2006 bis 2010 für den Personenkreis der sonstigen Versicherungspflichtigen nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB III durchgeführt.

Die Bundesagentur vertritt des Weiteren die Rechtsauffassung, dass sie derzeit für die Frage, ob „Unmittelbarkeit“ im Sinne des § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB III vor dem Beginn des Krankentagegeldbezugs aus einer Privaten Krankenversicherung vorgelegen hat, auf die in der Krankentagegeldversicherung vereinbarte Karenzzeit abstellt: Von Unmittelbarkeit wird nur in den Fällen ausgegangen, in denen die Karenzzeit bis zum ersten Tag des Leistungsbezugs weniger als einen Monat beträgt. In allen übrigen Fällen, insbesondere bei Vereinbarung einer Karenzzeit von 42 Tagen, liegt vor dem Bezug des Krankentagegelds „Unmittelbarkeit“ nicht

vor, wenn die gemäß § 28a SGB III arbeitslosenversicherte Person in dieser Zeit zugleich ihre selbstständige Tätigkeit auf unter 15 Stunden wöchentlich zurückführt. Für diese Fälle hat die Bundesagentur bestätigt, dass während des Bezugs des Krankentagegelds keine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung sowie keine Beitragspflicht der privaten Krankenversicherungsunternehmen besteht.

Der PKV-Verband hat darauf seine rechtlichen Bedenken gegen eine Beitragspflicht für die nach § 28a SGB III n.F. weiterversicherten Personen beim Bezug von Krankentagegeld zurückgestellt und empfiehlt, für diesen Personenkreis Beiträge zu entrichten sowie zur Feststellung der Beitragspflicht im Antrag auf Krankentagegeld eine etwaige Selbstständigkeit abzufragen und zu dokumentieren.

Datenschutz

Am 25. Januar 2012 hat EU-Kommissarin Viviane Reding den Entwurf einer Europäischen Datenschutzverordnung vorgestellt. Im Gegensatz zur Europäischen Datenschutzrichtlinie wird die Europäische Datenschutzverordnung unmittelbar geltendes Recht sein, es erfolgt eine weitgehende Vollharmonisierung des Europäischen Datenschutzrechts. Der Vorschlag wird derzeit im Europäischen Parlament und EU-Rat beraten. Im Europäischen Parlament haben in den vergangenen Wochen die beratenden Ausschüsse über Änderungsanträge zum Berichtsentwurf zur EU-Datenschutz-Grundverordnung debattiert. Im federführenden Ausschuss für Bürgerliche Freiheiten, Justiz und Inneres soll der Hauptbericht vom Berichterstatter Jan Albrecht (Grüne) am 25. April 2013 abgestimmt werden. Der EU-Rat überprüft zurzeit den Vorschlag der Kommission in einer Arbeitsgruppe. Dabei steht zunächst das Textverständnis im Vordergrund. Die nationalen Regierungen haben zu zahlreichen Punkten Klärungsbedarf angemeldet. Aus Sicht der PKV sind zwei Punkte von besonderem Interesse:

Möglich ist nach dem Entwurf der Datenschutzverordnung die Verarbeitung von Gesundheitsdaten – wie auch schon heute – mit Einwilligung des Betroffenen, sofern das Unionsrecht oder Recht der Mitgliedsstaaten dies nicht untersagen. Allerdings sind die in Artikel 7 aufgestellten Anforderungen an die Wirksamkeit von Einwilligungen enger als bisher. So soll eine Einwilligung nicht als Erlaubnisgrundlage in Betracht kommen, wenn ein signifikantes Ungleichgewicht in Form einer Abhängigkeit zwischen der verantwortlichen Stelle und dem Betroffenen besteht (Artikel 7 Abs. 4 und Erwägungsgrund 30). Es ist unklar, ob diese Regelung auch auf das Verhältnis zwischen einem Versicherer und seinem Kunden anwendbar ist.

Mit Artikel 81 wurde eine Öffnungsklausel für eine spezielle Regelung für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten aufgenommen. Danach können die Mitgliedstaaten unter Beachtung die Verarbeitung von Gesundheitsdaten regeln. Diese soll insbesondere für den Zweck der Medizin und Gesundheitsversorgung zulässig sein, wenn sie von einer Person verarbeitet werden, die nach nationalem Recht einer Schweigepflicht unterliegt (Art. 81 Abs. 1 lit. a).

Der PKV-Verband hat sich zusammen mit dem GDV in eingereichten Änderungsanträgen hauptsächlich auf die Wirksamkeit einer Einwilligung zur Datenverarbeitung fokussiert. Daher fordert der PKV-Verband zusammen mit dem GDV, dass die Einwilligung uneingeschränkte Grundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten bleibt. Die Wirksamkeitseinschränkung bei einem erheblichen Ungleichgewicht im Entwurf der Kommission sollte daher ersatzlos entfallen.

Der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklausel für die Datenverarbeitung in der Lebens- und Krankenversicherung wurde seitens der Datenschutzaufsichtsbehörden mit Beschluss des Düsseldorfer Kreises vom 17. Januar 2012 zugestimmt. Damit sind die mehrjährigen Verhandlungen zwischen Versicherungswirtschaft, Datenschutzaufsichtsbehörden und Verbraucherschutz beendet. Neukunden geben bei Antragstellung die neue Erklärung ab, Bestandskunden werden mit der nächsten Vertragspost über die neue Erklärung informiert. Sie haben, falls von ihnen gewünscht, die Möglichkeit, die neue Erklärung ebenfalls abzugeben.

Der die neue Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung ergänzende Code of Conduct wurde durch den zuständigen Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit mit Bescheid vom 2. November 2012 genehmigt. Es wurde festgestellt, dass der Code of Conduct mit dem geltenden Datenschutzrecht vereinbar ist.

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

Die dritte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 8. September 2012 ist am 20. September 2012 in Kraft getreten. Mit der Verordnung wurde das Beihilferecht an die Rechtsprechung und an Veränderungen im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung angepasst. Zudem wurden bislang in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift enthaltene Festlegungen in die Verordnung überführt.

Durch § 58 Abs. 7 der Verordnung wird die bisherige Leistung für freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beamte eingeschränkt: Der bislang nach § 47 Absatz 6 BBhV gewährte erhöhte Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Sachleistungen und Erstattungen der Krankenkassen ergeben, entfällt für neu eingestellte Beamte; sie erhalten fortan eine Beihilfe entsprechend dem persönlichen Beihilfebemessungssatz (50 oder 70 Prozent). Für bereits vor Inkrafttreten der Änderung freiwillig versicherte Beamte gilt eine fünfjährige Übergangsfrist.

Nach § 47 Absatz 9 der dritten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung gilt für Beschäftigte der landwirtschaftlichen Sozialversicherungen, die aufgrund des Gesetzes zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherungen (LSV-Neuordnungsgesetz – LSV-NOG) vom Bund übernommen worden sind und fortan statt Landesbeihilfe Bundesbeihilfe erhalten, der für sie günstigere Bemessungssatz.

Weitere wichtige Änderungen des bis dato geltenden Rechts:

- Schaffung einer Rechtsgrundlage für Pauschalabrechnungen auf der Grundlage von Vereinbarungen, die private Krankenversicherungen oder gesetzliche Krankenkassen mit Leistungserbringern abgeschlossen haben (§ 6 Absatz 3 BBhV)

- Begrenzung der Beihilfefähigkeit für die Aufwendungen von Heilpraktikern auf die zwischen den Fachverbänden und dem Bundesinnenministerium vereinbarten Gebührensätze (§ 6 Absatz 3 BBhV)
- Schaffung einer allgemeinen Härtefallregelung für Fälle, in denen die in der BBhV vorgesehenen Voraussetzungen für die Gewährung einer Beihilfe nicht erfüllt sind, die Versagung einer Beihilfe aufgrund außergewöhnlicher Umstände des Einzelfalls aber eine besondere Härte für den Beamten bedeuten würde (§ 6 Absatz 7 BBhV)
- Kostenübernahme von Arbeitsunfähigkeits-/Bescheinigungen für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähige Angehörigen (§§ 8 Abs. 1, 12 und 14 BBhV)
- Verzicht auf die Bindung des Beihilfeanspruchs an die Beachtung der Pflicht zur Versicherung (§ 10 Absatz 2 BBhV – bisherige Fassung –)
- Eingeschränkte Leistungen bei vom Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen verursachten Abbruchs einer kieferorthopädischen Behandlung oder Wechsels des Kieferorthopäden (§ 15 Absatz 2 BBhV)
- Gutachten für ambulante psychotherapeutische Maßnahmen (§ 18 BBhV)
- Anpassung der Regelung zur Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln an die aktuelle Rechtsprechung und die infolge des Arzneimittelneuordnungsgesetzes geänderte Rechtslage (§ 22 BBhV)
- Überarbeitung der Regelung zur Vergleichsberechnung bei Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden (§ 26 Absatz 2 BBhV)
- Sicherung des Existenzminimums bei stationärer Pflege (§ 39 Absatz 2 BBhV)
- Erhöhter Bemessungssatz bei Versorgungsempfängern mit geringem Einkommen (§ 47 Abs. 2 BBhV)
- Berücksichtigung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel als allgemeine Härtefallregelung in die Belastungsgrenze (§ 49 Absatz 5 BBhV)
- Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses (Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 BBhV).

Am 19. Dezember 2012 wurde die vierte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 12. Dezember 2012 veröffentlicht. Damit wurden Leistungsverbesserungen im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung wirkungsgleich in das Beihilferecht des Bundes übertragen. Insbesondere folgende Regelungen sind getroffen worden:

- Aufnahme der neuropsychologischen Therapie in einen neuen § 30 a,
- Streichung des § 49 Absatz 4 (Wegfall der Minderung der Beihilfe von zehn Euro je Kalendervierteljahr bei Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und zahnärztlicher Leistungen sowie Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern – sogenannte Praxisgebühr),
- wirkungsgleiche Übertragung der Veränderungen im Bereich der Pflege aufgrund des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes in das Beihilferecht des Bundes.

Mit der Berichtigung der Vierten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 21. Dezember 2012 wurden Inkrafttretensvorschriften geändert.



Erwähnenswert ist das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 24. Januar 2012 – Az: BVerwG 2 C 24.10 –, nach dem ein Versorgungsempfänger einen Anspruch auf Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes für die Erstattung der Aufwendungen für seine stationäre Pflege hat, wenn ansonsten der amtsangemessene Lebensunterhalt nicht mehr sichergestellt und eine Eigenvorsorge durch den Abschluss einer Versicherung nicht möglich oder zumutbar ist.

In seinem Urteil vom 8. November 2012 – Az: BVerwG 5 C 4.12 – hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass die bis zum Ablauf des 19. September 2012 geltende Beihilfeverordnung des Bundes keine Rechtsgrundlage enthalte, welche die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arzneimittel auf Festbeträge beschränke. Das Bundesministerium des Inneren erklärte sich daraufhin damit einverstanden, in allen Fällen, bei denen die Antragsfrist des § 54 BBhV noch nicht abgelaufen war und keine bestands- oder rechtskräftige Entscheidung vorlag, entstandene Aufwendungen für Arzneimittel bis zum 19. September 2012 ohne Beachtung der Festbetragsregelung unter Beachtung des § 49 BBhV als beihilfefähig anzuerkennen. Entstandenen Aufwendungen für Arzneimittel ab 20. September 2012 blieben von dieser Entscheidung unberührt und unterlägen dem Festbetrag nach § 22 Absatz 3 BBhV.

Beihilfe der Länder

Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2012 vom 14. Februar 2012 wurde die Baden-Württembergische Verordnung über die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfeverordnung – BVO) wie folgt geändert:

- Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen und die Wahlleistung Unterkunft anlässlich eines stationären Krankenhausaufenthaltes sind nach Maßgabe des § 6 a Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 BVO beihilfefähig. Mit Wirkung vom 1. Februar 2012 wurde der Wahlleistungsbeitrag nach § 6 a Abs. 2 BVO, der nach entsprechender Erklärung des Beihilfeberechtigten von den Bezügen einbehalten wird, von 13 Euro auf 22 Euro monatlich heraufgesetzt.
- Die Beträge der Kostendämpfungspauschale wurden um 25 Prozent erhöht. Die neuen Beträge gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2011 in Rechnung gestellt sind. Beihilfefestsetzungen bis zur Verkündung des Gesetzes bleiben unberührt.

Am 30. Juli 2012 wurde das Gesetz zur Einbeziehung von Lebenspartnerschaften in ehebezogene Regelungen des öffentlichen Dienstrechts und zu weiteren Änderungen des Landesbesoldungsgesetzes Baden-Württemberg, des Landesbeamtenversorgungsgesetzes Baden-Württemberg und des Versorgungsrücklagegesetzes vom 24. Juli 2012 verkündet. Mit dem Gesetz werden Lebenspartnerschaften in ehebezogene Regelungen des öffentlichen Dienstrechts einbezogen. Im Beihilferecht des Landes Baden-Württemberg bewirkt die Gleichstellung, dass eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz als Angehörige berücksichtigungsfähig sind und hinterbliebene eingetragene Lebenspartner beihilfeberechtigt werden.

Seit dem 1. Januar 2013 gilt in Baden-Württemberg die neue Verordnung über die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfeverordnung – BVO). Diese beinhaltet einige gravierende Änderungen. Dazu zählen die folgenden:

- Ab dem 1. Januar 2013 neu eingestellte Beamte sowie deren Ehegatten und eingetragene Lebenspartner erhalten dauerhaft einen Bemessungssatz von 50 Prozent (§ 14 Abs. 1 BVO). Mehrere im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder bzw. der Beginn des Ruhestands führen also nicht mehr zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes (vormals: auf 70 Prozent). Für Kinder gilt weiterhin der Bemessungssatz von 80 Prozent. Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen.
- Seit dem 1. Januar 2013 wird die Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Ehegatten und eingetragene Lebenspartner von 18.000 EUR auf 10.000 EUR gesenkt (§ 5 Abs. 4 Nr. 4 BVO).
- Die jährliche sogenannte Kostendämpfungspauschale wurde angehoben, § 15 Absatz 1 BVO. Nach Besoldungsgruppen gestaffelt beträgt sie für Aktive zwischen 90 Euro und 480 Euro und für Versorgungsempfänger zwischen 75 Euro und 330 Euro. Die Besoldungsgruppen A1 bis A5 sowie Waisen sind von der Pauschale befreit.
- Bei zahnärztlichen Behandlungen wurden die beihilfefähigen Material- und Laborkosten begrenzt (Nr. 1.2.1.b. der Anlage zur BVO). Nicht beihilfefähig sind künftig die nach den Abschnitten C (Konservierende Leistungen, z. B. Zahnfüllungen, Voll- und Teilkronen, Provisorien), F (Prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen, Verbindungselemente) und H (Eingliederung von Aufbissbehelfen, Schienen, Langzeitprovisorien) der GOZ die für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Absatz 3 und § 9 GOZ entstandenen Aufwendungen, soweit sie 70 Prozent der ansonsten beihilfefähigen Aufwendungen übersteigen. Die nach der GOZ abgerechneten Leistungen des Zahnarztes sind von der Kürzung nicht betroffen.

Die Zwölfte Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO) wurde am 28. Juni 2012 im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen veröffentlicht. Damit wurde die Befristung der Hessischen Beihilfenverordnung in der Fassung vom 5. Dezember 2001 aufgehoben, die durch die Elfte Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung vom 8. Dezember 2011 auf den 30. Juni 2012 datiert worden war.

Am 17. Dezember 2012 wurde die Zweite Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 9. Dezember 2012 verkündet. Ziel der Verordnung ist vor allem die Umsetzung der Änderungen des SGB XI durch das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz- PNG). Bereits

am 6. Januar 2013 wurde die Dritte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW veröffentlicht. Sie betrifft Inkrafttretens- und Übergangsvorschriften.

Das Gesetz Nr. 1774 zur Änderung des Saarländischen Beamtengesetzes und sonstiger dienstrechtlicher Vorschriften wurde am 19. Juli 2012 veröffentlicht (siehe auch Rechenschaftsbericht 2011, Kapitel 4.2.). Die Änderung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfeverordnung – BhVO) wurde in Artikel 5 geregelt.

Am 1. Januar 2013 trat die neue Sächsische Beihilfeverordnung (SächsBhVO) vom 16. November 2012 in Kraft. Änderungen ergaben sich zum Beispiel in folgenden Punkten:

- Berücksichtigungsfähigkeit eines Angehörigen bei mehreren Beihilfeberechtigten (§ 3 Abs. 5 SächsBhVO), Bemessung der Beihilfe (§ 57 SächsBhVO)
- Einkommensgrenze für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen des Ehegatten (§ 4 Abs. 2 SächsBhVO)
- Notwendigkeit und Angemessenheit der Leistungen (§ 4 Abs. 6 SächsBhVO)
- Aufwendungen im Ausland (§ 7 SächsBhVO)
- Höchstbeträge für Heilpraktikerleistungen (§ 9 SächsBhVO)
- Implantologische Leistungen (§ 11 SächsBhVO); Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne (§ 14 SächsBhVO); Professionelle Zahnreinigung (§ 43 Abs. 3 SächsBhVO)
- Hörgeräte (§ 23 Abs. 7 SächsBhVO), Sehhilfen (§ 24 SächsBhVO)
- Integrierte Versorgung, neuropsychologische Therapie, Psychotherapie (§§ 27 und 29 SächsBhVO)
- Fahrtkosten (§ 32 SächsBhVO)
- Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (§§ 37, 38 SächsBhVO) und Kuren (§ 39 SächsBhVO)
- Aufwendungen für Hebammen (§ 44 Abs. 1 und 2 SächsBhVO), Geburtspauschale (§ 44 Abs. 4 SächsBhVO)
- Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§§ 48 bis 56 SächsBhVO)
- Eigenbeteiligungen (§ 59 SächsBhVO), Belastungsgrenzen (§ 61 SächsBhVO)

Gleichzeitig mit der Sächsischen Beihilfeverordnung ist die Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung (SächsBhVO) vom 26. November 2012 in Kraft getreten.

Seit dem 1. Januar 2012 wird nach § 102 Abs. 1, Halbsatz 2 SächsBG Beihilfe nur gewährt, wenn die durch sie abgesicherten Folgen nicht aus anderen Sicherungssystemen dem Grunde nach abgedeckt sind. Nach § 102 Abs. 1 Satz 4 SächsBG wird die Beihilfefähigkeit von Leistungen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherte Angehörige auf Leistungen für Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Walleistungen beschränkt. Um unbillige Härten zu vermeiden, wurden mit einem Schreiben des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen vom 10. November 2011 Übergangsregelungen geschaffen. Der Geltungsbereich dieser Übergangsregelungen ist aus Fürsorgegründen auf berücksichtigungsfähige Kinder, die über eine eigene gesetzliche Krankenversicherung (z. B. studentische Krankenversicherung) abgesichert sind, mit einem Schreiben vom Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen vom 8. November 2012 ausgeweitet worden. Damit kann für Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Kinder mit einer

Beihilfe des Saarlandes

Beihilfe des Freistaates
Sachsen



eigenen gesetzlichen Krankenversicherung, die bis zum 30. April 2012 entstanden sind, Beihilfe nach den bis zum 31. Dezember 2011 maßgeblichen Regelungen gewährt werden.

Am 1. Juli 2012 ist die Thüringer Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und sonstigen Fällen (Thüringer Beihilfeverordnung –ThürBhV-) in Kraft getreten. Die wichtigsten Änderungen gab es in folgenden Bereichen:

Eigenbeteiligung bei Wahlleistungen im Krankenhaus

Werden bei Krankenhausbehandlungen Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmer) in Anspruch genommen, sind die hierfür entstandenen Aufwendungen grundsätzlich beihilfefähig. Von der gewährten Beihilfe zu diesen Aufwendungen wird je Aufenthaltstag eine Eigenbeteiligung in folgender Höhe abgezogen:

- 25 Euro bei gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung)
- 7,50 Euro bei gesondert berechneter Unterkunft (Zweibettzimmer)

Eigenbehalte

Die bisherigen Eigenbehalte, insbesondere die Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal, die gestaffelten Selbstbehalte für Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel und Fahrtkosten sowie der Abzugsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen entfallen. Dafür wird künftig ein Betrag von 4 Euro von der Beihilfe abgezogen für jede eingereichte Arzt- bzw. Zahnarztrechnung (auch Heilpraktiker- und Psychotherapeutenrechnung) und für jedes verordnete Arzneimittel, Verbandmittel oder Medizinprodukt. Dieser Abzug unterbleibt insbesondere bei Aufwendungen für

- Waisen, Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und berücksichtigungsfähige Kinder

- Beihilfeberechtigte und Angehörige, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind
- Pflegemaßnahmen
- ärztlich veranlasste Folgeuntersuchungen von Laborärzten, Radiologen und Pathologen
- Vorsorgeleistungen

Erreichen die Eigenbehalte in der Summe die Belastungsgrenze von zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens beziehungsweise ein Prozent bei chronischer Krankheit, entfallen sie für den Rest des Kalenderjahres.

Arznei- und Verbandmittel

Fortan wird nicht mehr zwischen verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln unterschieden. Die Aufwendungen für schriftlich verordnete Arznei- und Verbandmittel sind grundsätzlich beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind Mittel

- zur Schwangerschaftsverhütung bei Personen, die das 20. Lebensjahr vollendet haben
- bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (z. B. Verbesserung des Haarwuchses)
- die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen und
- Vitaminpräparate, die keine Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes in der jeweils geltenden Fassung sind

Zahnärztliche Implantatversorgung

Für eine erforderliche Implantatversorgung sind maximal die Aufwendungen für zwei Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig, Aufwendungen für eine darüber hinausgehende Implantatversorgung nur bei besonders schweren Erkrankungen, für die Ausnahmeindikationen festgelegt sind.

Rehabilitationsmaßnahmen

Anschlussheilbehandlungen werden dem Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen zugeordnet. Daher sind künftig die Aufwendungen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung nur bis zum niedrigsten Tagessatz der Einrichtung zuzüglich Kurtaxe beihilfefähig. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen ersetzen den bisherigen Begriff der Sanatoriumsbehandlung, Kuren den der Heilkuren. Sie sind künftig auch für Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig.

Häusliche Krankenpflege, Familien- und Haushaltshilfe sowie Soziotherapie

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege und die Familien- und Haushaltshilfe richtet sich im Wesentlichen in Art und Umfang nach den Bestimmungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus sind künftig auch die Aufwendungen für die ärztlich verordnete Soziotherapie in Anlehnung an die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig.

Minderung des Bemessungssatzes um 20 Prozent

Nach dem bisherigen Beihilferecht wurde der Bemessungssatz um 20 Prozent gemindert, wenn ein monatlicher Zuschuss von mindestens 41 Euro zu den Beiträgen für eine private Krankenversicherung gewährt wird. Diese Regelung wurde nicht übernommen.

Zuordnung der Aufwendungen für Kinder bei mehreren Beihilfeberechtigten

Für Aufwendungen für Kinder, die bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sind, wird grundsätzlich nur noch dem Beihilfeberechtigten Beihilfe gewährt, der den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag für das Kind erhält, sofern ausnahmsweise keine abweichende Vereinbarung getroffen worden ist.

4.3 Rechnungslegung

IASB-Projekt Insurance Contracts

Die Veröffentlichung des ursprünglich für Ende 2011/Anfang 2012 vom International Accounting Standards Board (IASB) angekündigten Entwurfs für den Standard Insurance Contracts („Versicherungsverträge“) Phase II hat sich im Jahr 2012 weiter verzögert. Das IASB hat im September 2012 entschieden, einen begrenzten Re-Exposure-Draft (Re-ED) zu dem Projekt Insurance Contracts Phase II (IFRS 4) im zweiten Halbjahr 2013 herauszugeben, der nicht das Gesamtkonzept, sondern nur die gegenüber dem Exposure-Draft von 2010 wesentlich veränderten Aspekte nochmals zur Diskussion stellt. Das IASB hat in seinen Sitzungen im Jahr 2012 an den noch erforderlichen Entscheidungen im Vorfeld des Re-ED gearbeitet. In diesen Boardsitzungen wurden vorwiegend technische Einzelfragen behandelt; die bislang getroffenen Entscheidungen sind aber weiterhin vorläufig („tentative“). Der Re-ED dürfte im Juni 2013 erscheinen. Eine Erstanwendung dürfte allerdings nicht vor 2017, möglicherweise erst ab 2018, verpflichtend sein. Damit werden sich die Erstanwendungszeitpunkte von IFRS 9 und IFRS 4 (sowie Solvency II) voraussichtlich nicht decken. In diesem Fall wären Übergangsvorschriften erforderlich, die vor allem die Redesignation von Vermögenswerten ermöglichen müssen, um unerwünschte Accounting Mismatches zu vermeiden.

Das IASB hat im Jahr 2012 zwei wichtige Entscheidungen zugunsten der Zulassung einer erfolgsneutralen Bewertung von Finanzinstrumenten (IFRS 9) und im Rahmen des Versicherungsprojektes (IFRS 4 Phase II) getroffen. Die Erfolgsneutralität wird durch die Nutzung des sonstigen Ergebnisses (other comprehensive income – OCI) erreicht; damit wird die direkte Ansprache der Gewinn- und Verlustrechnung vermieden. Dies erfolgt entweder auf natürliche Weise durch Umkehreffekte oder spätestens bei der Ausbuchung der Positionen („Recycling“).

Einerseits wurde die OCI-Lösung für einfache Schuldinstrumente in IFRS 9 hinzugefügt. Die Voraussetzung ist ein entsprechendes Geschäftsmodell für diese Schuldinstrumente, die sich durch spezifische Anforderungen hinsichtlich der Cashflow-Eigenschaften (Tilgung und Zinszahlungen auf den ausstehenden Tilgungsbetrag) auszeichnen. Die Kategorie der erfolgswirksamen Zeitwertbewertung verbleibt als eine Restkategorie.

Damit gibt es künftig drei Bewertungskategorien für Schuldinstrumente:

- Anschaffungskosten
- erfolgsneutrale Zeitwertbewertung
- erfolgswirksame Zeitwertbewertung. Die Zuordnung erfolgt verpflichtend auf der Grundlage des Geschäftsmodells

Andererseits wurde die OCI-Lösung für den Versicherungsstandard als Lösung des Volatilitätsproblems durch das IASB akzeptiert. Damit ist für den künftigen Standard geplant, dass alle Effekte aus der Änderung der Marktzinssätze, die Schwankungen der Diskontierungsrate verursachen, verpflichtend erfolgsneutral über das OCI zu erfassen sind. Der Zinsaufwand aus der Aufzinsung, der erfolgswirksam zu erfassen ist, wird mit Hilfe des historischen Diskontierungssatzes (zu Beginn des Vertrags) bestimmt. Die Effekte der Änderungen von anderen zinssatzsensitiven Annahmen sollen allerdings wie Änderungen der Cashflows behandelt werden. Beide Entscheidungen wurden vom Board auf vorläufiger Basis getroffen.

Bereits in der Juni-Sitzung hat das IASB die erste Entscheidung hinsichtlich der OCI-Bewertungskategorie für den IFRS 9 bestätigt. Zugleich wurde die bereits in IFRS 9 vorhandene Fair Value Option für zu Anschaffungskosten zu bilanzierende Schuldinstrumente auf die neue OCI-Bewertungskategorie erweitert. Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Fair Value Option soll das Vorhandensein eines Accounting Mismatches sein.

Exposure Draft ED/2012/4 (IFRS 9)

Am 28. November 2012 hat das IASB einen Standardentwurf zur begrenzten Änderung der Vorgaben zur Kategorisierung und Bewertung von Finanzinstrumenten nach IFRS 9 Financial Instruments veröffentlicht. Aufgrund der hohen Relevanz einer synchronen Anwendung des neuen Versicherungsstandards (IFRS 4 Phase II) und des neuen Standards zur Bilanzierung von Finanzinstrumenten (IFRS 9) für die Versicherungswirtschaft setzt sich neben dem GDV auch die europäische Versicherungswirtschaft (Insurance Europe) und das CFO Forum für eine synchrone Erstanwendung von IFRS Phase II und IFRS 9 ein.

4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement

Sechste Quantitative Auswirkungsstudie zu Solvency II

Von März bis April 2012 hat die deutsche Versicherungswirtschaft eine sechste quantitative Auswirkungsstudie (QIS6) zu Solvency II auf freiwilliger Basis durchgeführt. 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 sind zum einen ein Testen der umfangreichen Neukalibrierungen im Bereich der Marktrisiken und der erhöhten Stressfaktoren innerhalb des versicherungstechnischen Moduls „Gesundheit“. Ergebnismitentscheidend in der QIS6 sind die gegenüber der QIS5 nochmals deutlich niedrigeren Zinsstrukturkurven. An der QIS6 nahmen 30 private Krankenversicherer mit einem Marktanteil von über 65 Prozent teil. Gegenüber der QIS5 ging die durchschnittliche SCR-Bedeckungsquote der teilnehmenden Unternehmen um 28-41 Prozentpunkte auf 135 bzw. 148 Prozent (ohne/mit antizyklischer Prämie (CCP)) zurück. Dies ist angesichts des nachhaltigen Niedrigzinsumfeldes weiterhin eine sehr solide Überdeckung, d.h. Erfüllung der Eigenmittelanforderungen.

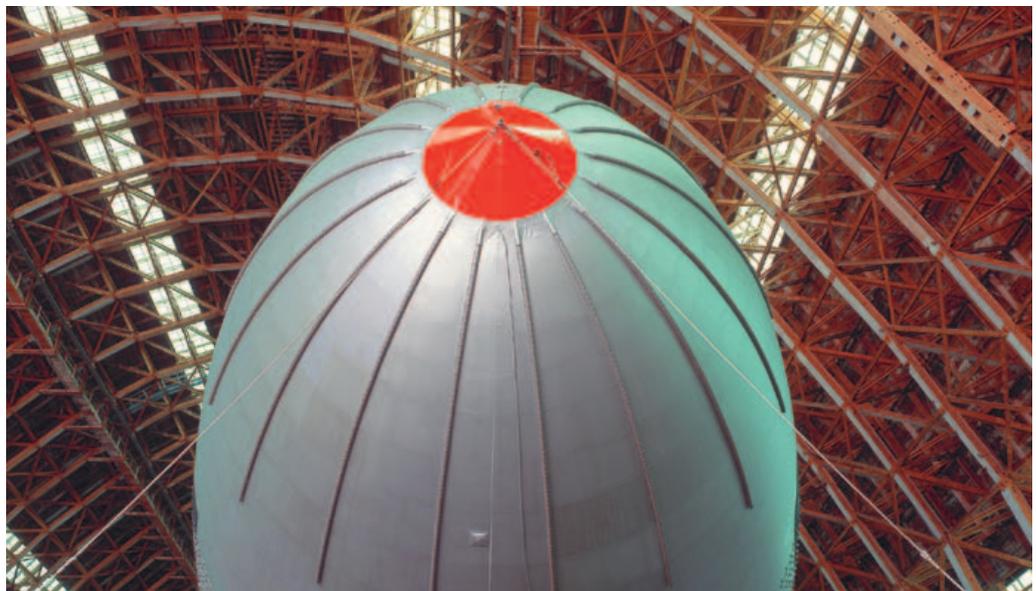
Inflationsneutrales Bewertungsverfahren

Das inflationsneutrale Bewertungsverfahren zur Neubewertung der versicherungstechnischen Rückstellungen in der PKV unter Solvency II wurde im Nachgang der QIS6 weiterentwickelt. So sind versicherungstechnische Erträge in der aktualisierten Version über die gesamte Laufzeit der Verträge mit einem vorsichtigen Bewertungsabschlag von einem Drittel anrechenbar. Zusätzlich kann eine konservative Zinsmarge von 0,2 Prozent angerechnet werden.

Long-Term Guarantee Assessment

Ziel des Long-Term Guarantee Assessments (LTGA) ist es, die verschiedenen Mechanismen zur Stabilisierung der risikofreien Zinsstrukturkurve und zur Bewertungsmethodik versicherungstechnischer Rückstellungen unter Solvency II im ersten Quartal 2013 zu testen. Die verschiedenen Anpassungen der Marktinzstrukturkurve sollen zur Vermeidung von künstlichen Solvabilitätsschwankungen und prozyklischer Effekte beitragen. Inhaltlich umfasst das LTGA 13 verschiedene Szenarien, die sich aus den nachfolgenden einzelnen Elementen zusammensetzen:

- Verschiedene Extrapolationsvarianten (Start im Jahr 20 bzw. 30 / Konvergenzperiode von 10 bzw. 40 Jahren)
- verschiedene Höhen einer abstrakt vorgegebenen Antizyklischen Prämie (CCP) mit 0, 50, 100 und 250 Basispunkten
- verschiedene Ausgestaltungen des Matching Adjustments (MA) für Verpflichtungen nach Art der Lebensversicherung
- eine Übergangsregelung, bei der die Rückstellungen mittels eines unternehmensindividuellen durchschnittlichen Bestandsrechnungszinses bewertet werden
- verschiedene Bilanzstichtage während und vor der Finanzmarktkrise (31. Dezember 2011 / 31. Dezember 2009 / 31. Dezember 2004)



Die DAV-/PKV-Taskforce „Solvency II“ hat die nachfolgenden sechs Szenarien für das LTGA für die PKV unverbindlich priorisiert:

- Szenario 0:
Test der EIOPA-Zinsstrukturkurve ohne antizyklische Prämie
- Szenario 1:
Test der EIOPA-Zinsstrukturkurve mit einer antizyklische Prämie in Höhe von 100 Basispunkten. (Hinweis: Die Anpassungsgeschwindigkeiten an die UFR zwischen Szenario 0 und Szenario 1 unterscheiden sich.)
- Szenario 8:
Daneben sollte das Übergangsszenario analog Art. 308b Omnibus II-E für Bestandsprodukte der PKV mit einer flachen, bestandsgewichteten HGB-Rechnungszinskurve im ersten Jahr der Scharfschaltung von Solvency II getestet werden
- Szenario „1_Szenario 0“:
Produkte nach Art Schaden sind dem Segment Schaden zuzuordnen. Versicherer, deren Portfolio einen markanten Anteil von langfristigem Geschäft nach Art Schaden aufweist, sollten diese Produkte für Szenario 0 zusätzlich wie Geschäft nach Art Leben modellieren. Die Ergebnisdatei für dieses Szenario sollte mit einer vorangestellten „1_“ (wie während der QIS6) gekennzeichnet werden
- Szenario 6:
Testen des erweiterten Matching Adjustments, Alternative 1 (ohne CCP-Anpassung)
- Szenario 8 im vierten scharfgeschalteten Jahr von Solvency II:
In diesem Übergangsszenario wird eine kombinierte Zinsstrukturkurve, bestehend aus der HGB-Kurve mit einer Gewichtung von 4/7 und der EIOPA-Zinsstrukturkurve mit einer Gewichtung von 3/7, getestet

Die Ergebnisse des LTGA werden zeigen, ob die bisher geplanten Mechanismen eine angemessene Bewertungsmethodik der versicherungstechnischen Rückstellungen sicherstellen. Die privaten Krankenversicherer werden sich am Long-Term Guarantee Assessments umfassend beteiligen.

Weiterer Zeitplan von Solvency II

Die Teilnehmer am LTGA hatten bis Ende März 2013 Zeit, ihre LTGA-Ergebnisse an die BaFin zu liefern. Die BaFin wird die nationalen Testresultate auswerten und anonymisiert an EIOPA weiterleiten. Voraussichtlich am 14. Juni 2013 wird EIOPA die Ergebnisse an die Europäische Kommission übermitteln. Einen endgültigen Bericht soll die Europäische Kommission dem Rat und dem Parlament bis zum 12. Juli 2013 vorlegen. Auf dieser Grundlage soll dann der Trilog zur Omnibus II-Richtlinie, die die Solvency II-Rahmenrichtlinie ändern soll, fortgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Einhaltung des ursprünglichen Solvency II-Zeitplans gemäß Quick-Fix-Richtlinie und damit eine nationale Umsetzung von Solvency II zum 30. Juni 2013 sowie ein allgemeiner Anwendungsbeginn ab 1. Januar 2014 faktisch nicht mehr zu halten. Es wird einer neuerlichen Anpassung des Solvency II-Zeitplans bedürfen.

Die Verabschiedung der Omnibus II-Richtlinie ist nun im Europäischen Parlament am 22. Oktober 2013, spätestens jedoch vor der Europawahl im Mai 2014, geplant.

Vor dem 1. Januar 2016 wird Solvency II somit voraussichtlich nicht vollständig eingeführt werden können.

Geplante EIOPA-Übergangsmaßnahmen für Solvency II ab 1. Januar 2014

Auf europäischer Ebene wird vorgeschlagen, für die Übergangszeit bis zur Scharfschaltung von Solvency II, eine an Solvency II angelehnte zukunfts- und risikoorientierte Beaufsichtigung unter dem Schlagwort zu etablieren. Dazu hat EIOPA am 20. Dezember 2012 eine Stellungnahme veröffentlicht (vgl. https://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx_dam/files/publications/opinions/EIOPA_Opinion-Interim-Measures-Solvency-II.pdf), die sich an einzelne Aufsichtsbehörden richtet und unter Berufung auf die Stärkung des Binnenmarktes und des Verbraucherschutzes die Einführung sogenannter „interim measures“ zu Solvency II anregt. Mit diesem Vorstoß will EIOPA das Auseinanderdriften nationaler Aufsichtsregeln vermeiden und die Vorbereitung auf Solvency II erleichtern. Zu den Kernbereichen, die übergangsweise bis zum Inkrafttreten von Solvency II vorgezogen werden können, zählen nach diesem Papier:

- Anforderungen an das Governance-System
- auf ORSA-Prinzipien basierende unternehmensindividuelle Risikoabschätzung
- Berichterstattung an die Aufsicht
- Zulassung unternehmensinterner Risikomodelle

Der Umfang und die genaue Ausgestaltung der Anforderungen sollen in EIOPA-Leitlinien geklärt werden. Der erste Entwurf wurde für März 2013 angekündigt. Für das Einführen der neuen Regelungen strebt EIOPA den 1. Januar 2014 an.

Ähnliche Überlegungen zum Vorziehen von Solvency II bestehen auch auf nationaler Ebene. So hat sich die BaFin Ende 2012 für das Vorziehen von Solvency II-Elementen ausgesprochen und dabei ausdrücklich Governance-Anforderungen und ORSA genannt.

4.5 Steuern

Reform des § 21 KStG

Im Zuge des Jahressteuergesetzes 2010 wurde die Verbleibensdauer für die freie Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) befristet bis zum Ende des Jahres 2013 auf fünf Jahre verlängert. Die Bundesregierung strebte im Rahmen des Jahressteuergesetzes 2013 eine Verlängerung der befristet geltenden Höchstbetragsregelung bis Ende 2015 an. Das Jahressteuergesetz 2013 fand allerdings im Bundesrat keine Zustimmung. Eine Einigung konnte auch im Vermittlungsausschuss nicht erzielt werden. Als Ersatz hat die Bundesregierung zwar für einen Teil der Regelungen das sogenannte Amtshilferichtlinien-Umsetzungsgesetz in das parlamentarische Verfahren eingebracht. Dieses Gesetzesvorhaben enthält die Verlängerung der Befristung allerdings nicht. Diese ist allerdings Gegenstand von Gesetzesinitiativen und Entwürfen für ein Jahressteuergesetz 2013, die von einigen SPD-geführten Ländern durch den Bundesrat eingebracht wurden. Dieser Gesetzentwurf befindet sich nunmehr im

parlamentarischen Verfahren. Es bleibt abzuwarten, ob dieses Verfahren noch in dieser Legislaturperiode abgeschlossen werden kann. Auch die umfassende Reform des § 21 KStG wird in dieser Legislaturperiode voraussichtlich nicht mehr abgeschlossen. Der PKV-Verband hat sich hierfür in eine Arbeitsgruppe des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) eingebracht, die die Grundposition der deutschen Versicherungswirtschaft erarbeitet. Parallel wurden innerhalb der Finanzverwaltung Vorschläge für eine umfassende Reform des § 21 KStG erarbeitet. Diese greifen aber nur sehr eingeschränkt Anliegen der Versicherungswirtschaft auf. Die Streitfrage, ob die erfolgsunabhängige RfB nach dem Pflegepoolvertrag gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3a Buchstabe e) EStG i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 3 EStG nach Maßgabe der Fassung des Poolvertrags für die Jahre 2005-2006 ist Gegenstand eines vom Verband unterstützten „Musterverfahrens“. Das Verfahren ist anhängig beim Niedersächsischen Finanzgericht zum Az. 6 K 147/12. Ungeachtet dessen wurde der Poolvertrag mit Wirkung ab dem Jahr 2012 geändert. Die nach diesem Vertrag zu bildende Rückstellung ist nunmehr als erfolgsabhängige Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu bilden. Die BaFin hat diese Änderung mit Schreiben vom 3. Dezember 2012 genehmigt.

Anrechnung ausländischer Quellensteuern (§ 34c EStG)

Die Finanzverwaltung hat bisher die Auffassung vertreten, dass nach Maßgabe des § 34c Abs. 1 Satz 4 EStG i.d.F. durch das Steuervergünstigungsabbaugesetz vom 16. März 2003 (BGBl. 2003 I, S. 660 ff.) die Zuführung der rechnermäßigen Zinsen zur Deckungsrückstellung und die Zuführung der außerrechnermäßigen Zinsen zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung bei der Ermittlung der ausländischen Einkünfte als Betriebsausgaben oder Betriebsvermögensminderung abzuziehen seien. Es bestehe insoweit ein wirtschaftlicher Zusammenhang im Sinne einer „Art der Refinanzierung“. Diese Auffassung der Finanzverwaltung hat zur Folge, dass ausländische Quellensteuern, die im Zusammenhang mit den zugrunde liegenden Erträgen angefallen sind, in deutlich geringerem Maße angerechnet werden können. Hieraus resultieren für die gesamte Versicherungsbranche, insbesondere Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen, erhebliche steuerliche Belastungen. Der PKV-Verband unterstützt vor diesem Hintergrund in Abstimmung mit dem GDV die Klärung der zugrunde liegenden Rechtsfrage in einem „Musterverfahren“, nachdem eine Verständigung mit der Finanzverwaltung nicht erzielt werden konnte. Als Kläger fungiert ein Krankenversicherungsunternehmen. Das Verfahren wird geführt beim Finanzgericht Münster unter dem Az. 10 K 1310/12K. Streitgegenständlich sind die Jahre 2004 und 2005. Bei der Besteuerung im Jahr 2004 ist das Gesetz über Kapitalanlagegesellschaften (KAGG) zu berücksichtigen, im Streitjahr 2005 gilt das Investmentsteuergesetz. Aufgrund des Verfahrens hat die Finanzverwaltung ihre bisherige Rechtsauffassung für die Jahre, in denen das KAGG (§ 40 Abs. 4 KAGG) Anwendung findet, revidiert. Sie vertritt nunmehr einheitlich die Auffassung, dass § 34c Abs. 1 Satz 4 i.d.F. des Steuervergünstigungsabbaugesetzes vom 16. Mai 2003 bei der Anrechnung ausländischer Quellensteuern nach § 40 Abs. 4 KAGG nicht analog anzuwenden ist. In § 40 Abs. 4 KAGG fehlt ein ausdrücklicher Verweis auf die Vorschrift des Einkommensteuergesetzes. Entsprechend anhängigen Einspruchsverfahren wird daher stattgegeben. Bereits gezahlte Steuern werden zurückerstattet. Im Hinblick auf das noch offene Streitjahr 2005 unter Geltung des Investmentsteuergesetzes bleibt zunächst die Entscheidung des Finanzgerichts abzuwarten.

Reform der Versicherungssteuer

Zum 1. Januar 2013 ist das Gesetz zur Änderung des Versicherungssteuergesetzes und des Kraftfahrzeugsteuergesetzes (Verkehrssteueränderungsgesetz) in Kraft getreten. Die ursprünglich von der Bundesregierung avisierte umfassende Neuregelung der versicherungssteuerlichen Behandlung sogenannter Versicherungspakete, zu der häufig auch eine Private Krankenversicherung gehört, wurde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens aufgegeben. Die versicherungssteuerliche Behandlung der Bündelprodukte richtet sich damit weiterhin nach den Grundsätzen der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs. Hervorzuheben ist allerdings die Änderung des § 4 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungssteuergesetz. Nunmehr ist klargestellt, dass die private Pflegeversicherung von der Versicherungssteuer befreit ist.

Ausländische Versicherungssteuer

Die Prämien für private Krankenversicherungen sind nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungssteuergesetz in der Bundesrepublik Deutschland von der Versicherungssteuer befreit. Es fällt auch keine Umsatzsteuer an (vgl. § 4 Nr. 10 UStG). Als problematisch erweisen sich allerdings Fälle, in denen Personen zunächst in Deutschland den Vertrag über eine Private Krankenversicherung abschließen und sodann in das Ausland umziehen und dabei den deutschen Krankenversicherungsvertrag auf der Grundlage von § 207 Abs. 3 VVG fortsetzen. In diesen Fällen stellt sich allgemein die Frage, ob die Prämie nunmehr der ausländischen Versicherungssteuer unterliegt. Mit Urteil vom 21. Februar 2013 hat der Europäische Gerichtshof über die Steuerpflicht in solchen Wegzugsfällen für Lebensversicherungsprämien entschieden. Im Ergebnis stellt der Europäische Gerichtshof für die Beurteilung der Versicherungssteuerpflicht darauf ab, wo der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt bzw. Wohnsitz hat. Es kommt nicht darauf an, wo der Vertrag abgeschlossen wurde. Für die Private Krankenversicherung ist nach diesen Maßstäben entscheidend, ob der Versicherte im Ausland seinen Wohnsitz hat. Dann kommt auch eine ausländische Versicherungssteuerpflicht in Frage. Hier ist im Einzelfall zu prüfen, inwieweit Versicherungssteuer anfällt und gegebenenfalls abzuführen ist.

Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung (Bürgerentlastungsgesetz)

Das Bundesfinanzministerium hat unter dem 12. November 2012 den Entwurf zur Überarbeitung des BMF-Schreibens vom 13. September 2010 zur Besteuerung von Vorsorgeaufwendungen und Altersbezügen vorgelegt. Das BMF-Schreiben befasst sich schwerpunktmäßig mit der Umsetzung der Regelungen des Bürgerentlastungsgesetzes. Kern der Überarbeitung des Anwendungsschreibens ist die Regelung zur Meldung und zur Abzugsfähigkeit von Vorauszahlungen. Im Falle einer Vorauszahlung geht das Rundschreiben im Kern von einer Meldepflicht im Hinblick auf die Soll-Beiträge aus. Die Finanzverwaltung soll so instand gesetzt werden, die gesetzliche Begrenzung des Abflussprinzips bei Vorauszahlung umzusetzen. Der PKV-Verband hat zu der Überarbeitung umfassend Stellung genommen. Die Überarbeitung des Anwendungsschreibens hat sich allerdings verzögert, da zunächst andere Gesetzgebungsverfahren im Zusammenhang mit der Besteuerung der Alterseinkünfte abgewartet werden müssen.



Finanzmarkttransaktionssteuer

Nachdem der von der Europäischen Kommission bereits am 28. September 2011 vorgelegte Vorschlag für eine Richtlinie des Rates über das gemeinsame Finanztransaktionssteuersystem am Widerstand verschiedener Mitgliedstaaten gescheitert war, haben 11 Mitgliedstaaten, darunter Deutschland, Frankreich und Italien, die Kommission im Rahmen der sogenannten verstärkten Zusammenarbeit erneut um einen Vorschlag für eine entsprechende Richtlinie gegeben. Ziel soll es sein, eine Finanzmarkttransaktionssteuer zunächst in den 11 Mitgliedstaaten einzuführen, die die Initiative unterstützen. Die Europäische Kommission hat am 14. Februar 2013 einen weiteren Vorschlag vorgelegt, der sich an dem Vorschlag aus dem September 2011 orientiert. Hierzu wurde bereits im Rechenschaftsbericht 2011 umfassend berichtet. Der Entwurf ist weitgreifend. Er versucht insbesondere, Verlagerungen in Mitgliedstaaten oder Länder, die sich an der Einführung der Finanzmarkttransaktionssteuer nicht beteiligen, zu vermeiden. Der Finanztransaktionssteueranspruch entsteht demgemäß im Grundsatz bei jeder Finanztransaktion zum Zeitpunkt ihrer Durchführung, sofern mindestens eine der an der Transaktion beteiligten Parteien im Hoheitsgebiet eines teilnehmenden Mitgliedstaates ansässig ist und eine im Hoheitsgebiet eines teilnehmenden Mitgliedstaat ansässiges Finanzinstitut ist und eine im Hoheitsgebiet eines teilnehmenden Mitgliedstaates ansässiges Finanzinstitut

eine Transaktionspartei ist, die entweder für eigene oder fremde Rechnung oder im Namen einer Transaktionspartei handelt. Versicherungsunternehmen zählen dabei zu den Finanzinstituten im Sinne des Richtlinienentwurfs. Erfasst werden grundsätzlich alle Finanztransaktionen. Unterschieden wird dabei zwischen Finanztransaktionen mit und ohne Zusammenhang mit sogenannten Derivatkontrakten. Die Steuersätze betragen mindestens 0,1 Prozent bei Finanztransaktionen ohne Bezug zu Derivatkontrakten und mindestens 0,01 Prozent bei Finanztransaktionen mit Derivatkontrakten. Die Steuer ist jeweils von beiden Parteien zu entrichten. Die Steuerbelastung beträgt damit mindestens je Finanztransaktion 0,2 bzw. 0,02 Prozent. Den teilnehmenden Mitgliedstaaten steht es frei, diese Steuersätze zu erhöhen. Die Versicherungswirtschaft setzt sich insgesamt dafür ein, dass Geschäfte, die im Zusammenhang mit Altersvorsorgeprodukten stehen, aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie herausgenommen werden sollen, zumindest soll eine Entlastung von der Steuer vorgesehen werden. Die Finanzmarkttransaktionssteuer würde ansonsten Personen, die durch die Private Krankenversicherung selbst Altersvorsorge betreiben, erheblich benachteiligen. Denn die Steuer würde die den Versicherten zustehenden Erträge erheblich mindern. Die Private Krankenversicherung strebt an, soweit sie nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, in Ausnahmeregelungen zu den Altersvorsorgeprodukten einbezogen zu werden.

4.6 Internationale Zusammenarbeit

PKV-Veranstaltung in Brüssel

Am 20. März 2012 hat der PKV-Verband in Brüssel über 100 Entscheidungsträger aus den Europäischen Institutionen und den Vertretungen der Mitgliedstaaten auf einer eigenen Veranstaltung begrüßen können. Die gemeinsam mit den Versicherungsverbänden aus Frankreich, Großbritannien und Österreich organisierte Veranstaltung „Aktives, gesundes Altern und Generationengerechtigkeit: Die Rolle der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung“ stieß auf breites Interesse. Zusammen mit dem Berichterstatter des Europäischen Parlaments zur demografischen Herausforderung und Generationensolidarität, Thomas Mann MdEP, diskutierten die hochrangigen Verbandsvertreter über die Rolle der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei der Unterstützung der staatlichen Sozialversicherungssysteme. Es bestand Einigkeit darüber, dass nur mit nachhaltigen und stabilen Finanzierungsmodellen den Herausforderungen einer alternden europäischen Gesellschaft begegnet werden kann. Dabei erläuterten die Podiumsteilnehmer vor den anwesenden Gästen ihre jeweiligen nationalen Modelle um herauszustellen, wie die europäische Versicherungswirtschaft einen bedeutenden Beitrag leisten kann. Als Beispiel für ein bewährtes, generationengerechtes Krankenversicherungssystem wurde das Modell der PKV in Deutschland hervorgehoben. Die Stellvertretende Generaldirektorin der Generaldirektion für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten der Europäischen Kommission, Lenia Samuel, begründete das Europäische Themenjahr „Aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen“ mit der Notwendigkeit einer umfassenden Strategie zum Umgang mit einer alternden Gesellschaft. Sie appellierte an die EU-Mitgliedsländer, Präventionsmaßnahmen und Altersvorsorge stärker in ihren öffentlichen Diskussionen zu verankern. Insbesondere die Vertreter der Europäischen Kommission merkten an, dass den Institutionen in Brüssel nicht

immer ausreichende Detailinformationen über das private Pflegesystem in Deutschland vorliegen würden.

Reform der Datenschutzvorschriften

Der am 25. Januar 2012 von der Europäischen Kommission vorgestellte Vorschlag einer Europäischen Datenschutzverordnung zielt auf eine umfassende Reform der Datenschutzvorschriften. Die Verordnung wird das deutsche Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) nahezu vollständig verdrängen. Das Maßnahmenpaket, bestehend aus der Verordnung und einer Richtlinie, soll die Richtlinie aus dem Jahr 1995 ablösen und ein hohes Schutzniveau bei der Verarbeitung personenbezogener Daten sicherstellen. Aus Sicht des PKV-Verbands enthalten die vorgelegten Legislativvorschläge rechtliche Unsicherheiten. Die Private Krankenversicherung ist zur Durchführung des Versicherungsschutzes im Interesse der Versicherten zwingend auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten des einzelnen Versicherten angewiesen: dies betrifft nicht nur Ermittlung des Gesundheitszustands bei Vertragsabschluss, sondern auch die Bearbeitung der Leistungen und die Beratung und Unterstützung des Versicherten in der Pflege- und Krankenversicherung. Diese kann nur unter Verwendung der individuellen Gesundheitsdaten erfolgen. Auch entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist hierfür die Einwilligung des Betroffenen in die Datenverarbeitung Voraussetzung. Die Einwilligung wird auf Grundlage einer mit den Datenschutzbehörden abgestimmten Einwilligungserklärung und des ebenfalls abgestimmten Code of Conduct eingeholt. Art. 7 Abs. 4 des Vorschlags einer Datenschutz-Grundverordnung stellt diese Rechtsgrundlage in Frage. Die Regelung stellt für die Wirksamkeit der Einwilligung darauf ab, ob zwischen der Position der betroffenen Person und des für die Verarbeitung Verantwortlichen ein „erhebliches Ungleichgewicht“ besteht. Es ist nicht auszuschließen, dass ein solches Ungleichgewicht auch im Verhältnis von Versicherungsnehmer und Versicherungsunternehmen angenommen wird, zumal der Versicherte auf den Versicherungsschutz existenziell angewiesen sein kann.

Der PKV-Verband setzt sich folglich dafür ein, dass die Einwilligung uneingeschränkte Grundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten bleibt und eindeutige Regelungen innerhalb der politischen Beratungen verfolgt werden. Ziel des Europäischen Parlaments ist es, den Gesetzgebungsprozess auf europäischer Ebene vor der politischen Sommerpause 2013 zu beenden.

Richtlinie über Formen der alternativen Beilegung verbraucherrechtlicher Streitigkeiten

Der Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz des Europäischen Parlaments hat im Juli 2012 einen Berichtsentwurf zur Richtlinie über Formen der alternativen Beilegung verbraucherrechtlicher Streitigkeiten vorgelegt. Gemäß Artikel 2 Abs. 1 des Richtlinienvorschlags werden Verfahren zur außergerichtlichen Beilegung vertraglicher Streitigkeiten erfasst, die sich aus dem Verkauf von Waren oder der Bereitstellung von Dienstleistungen durch einen in der EU niedergelassenen Unternehmer an einen in der EU wohnhaften Verbraucher ergeben, durch Einschalten einer Streitbeilegungsstelle, die eine Lösung vorschlägt oder vorschreibt oder die Parteien mit dem Ziel zusammenbringt, sie zu einer gütlichen Einigung zu veranlassen (Richtlinienvorschlag vom 31. Mai 2012). Im Grundsatz ist der Richtlinienvorschlag damit auf die Tätigkeit des PKV-Ombudsmanns anwendbar. Ziel für den PKV-Verband war es, die bestehende

und bewährte Organisationsstruktur des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung aufrecht zu erhalten. Mit der Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Union (voraussichtlich Mitte des Jahres 2013) beginnt die Verpflichtung der Mitgliedstaaten zur Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht.

Zusammenarbeit mit Insurance Europe

Die Generalversammlung des europäischen Dachverbands Insurance Europe fand am 1. Juni 2012 in Amsterdam statt. Zum Thema „Global market, global risks“ diskutierten Delegationen aus vielen Mitgliedsstaaten zusammen mit Vertretern aus europäischen Institutionen und Mitgliedsunternehmen. Als Gastredner hielt Michel Barnier, EU-Kommissar für Binnenmarkt und Dienstleistungen, ein Impulsreferat. Innerhalb mehrerer Ausschuss- und Gremiensitzungen von Insurance Europe hat der Verband aktiv an relevanten politischen Entwicklungen mitgewirkt. Im Health Committee wurde maßgeblich an Themen wie europäische Datenschutzverordnung, Antidiskriminierungsrecht oder Auswirkungen des Test-Achats Urteils gearbeitet. Auch in der Solvency II – Steering Group konnte der Verband seine spezifischen Belange zur geplanten Rahmenrichtlinie einbringen.



5. Aktuarielle Schwerpunkte

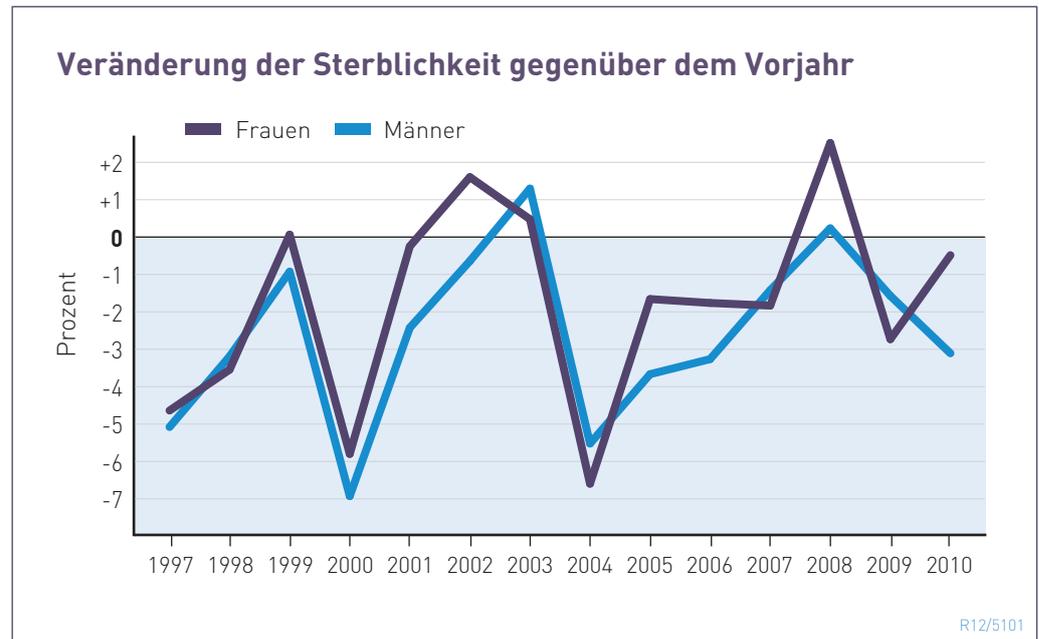


5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2013“

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, PKV-2011 und PKV-2012 acht weitere Aktualisierungen. Die zuletzt genannte Tafel PKV-2012 basiert auf den Statistiken der Jahre 1996 bis 2009 und enthält eine Projektion auf das Jahr 2016. Die Untersuchung der Sterblichkeitsdaten des Jahres 2010 führte zu dem Ergebnis, dass die Sterblichkeit wie im Vorjahr etwas abgenommen hat. Der Trend für die Extrapolation wurde aber weiter leicht reduziert. Zusätzlich war nun die Projektion auf das Jahr 2017 vorzunehmen, um die neue Sterbetafel PKV-2013 zu erstellen. Diese Tafel wurde für die Beitragsanpassungen ab 1. Januar 2013 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-2012 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. In den Jahren 2004 bis 2007 hat sich die Verbesserung der Sterblichkeit kontinuierlich abgeschwächt. Nachdem die Sterblichkeit im Jahr 2008 sogar angestiegen war, ist sie sowohl 2009 als auch 2010 wieder gesunken. Im Interesse einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Rechnungsgrundlage Sterblichkeit wird die PKV-Sterbetafel regelmäßig aktualisiert, damit größere Beitragssprünge aufgrund geänderter Sterbetafeln vermieden werden können.





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.

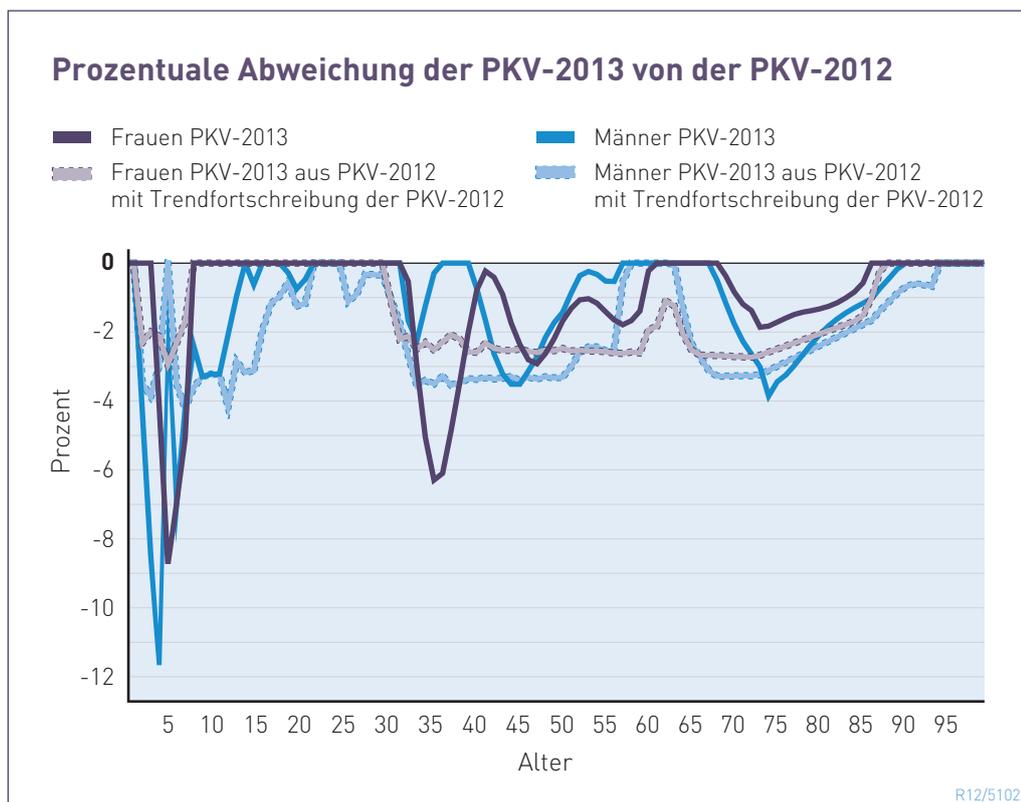
Auch für die Ermittlung der Sterbetafel PKV-2013 wurde das Verfahren unverändert durchgeführt. Es besteht aus folgenden Schritten:

- Erhebung der Ausgangsdaten
- Ermittlung der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten
- Ausgleich über die Alter nach Whittaker-Henderson
- Ausgleich über die Jahre 1996 bis 2010 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 2010. 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 2017. 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-2012) beschränkt, da Sterblichkeitsverschlechterungen auch in einzelnen Altern aus Sicherheitsgründen nicht zugelassen werden.

Der marginal reduzierte Trend in der Berechnung der PKV-2013 gegenüber der PKV-2012 führt bei der Projektion auf das Jahr 2017 im Erwachsenenbereich in vielen Altersbereichen zu geringeren Veränderungen, als wenn die Tafel PKV-2012 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-2013 bzw. der weiter extrapolierten Tafel PKV-2012 von der Tafel PKV-2012. Trotz dieses reduzierten Trends liegen die neuen Werte in einigen Altern über denen der Tafel PKV-2012. 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.



R12/5102

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-2011, -2012 und -2013 dargestellt, sondern auch die aus der allgemeinen Sterbetafel der Bevölkerung (Quelle: Statistisches Bundesamt), die aus den Daten der Jahre 2009 bis 2011 berechnet wurde.

Restliche Lebenserwartung in Jahren								
Alter	Frauen				Männer			
	Bevölkerung*	PKV-2011	PKV-2012	PKV-2013	Bevölkerung*	PKV-2011	PKV-2012	PKV-2013
0	82,73	87,34	87,41	87,47	77,72	83,97	84,04	84,15
10	73,07	77,44	77,50	77,56	68,11	74,08	74,15	74,26
20	63,16	67,53	67,59	67,65	58,25	64,20	64,27	64,38
30	53,29	57,66	57,72	57,78	48,56	54,43	54,49	54,60
40	43,50	47,77	47,83	47,89	38,93	44,59	44,66	44,77
50	33,98	38,04	38,10	38,15	29,67	34,94	34,99	35,10
60	24,96	28,64	28,68	28,73	21,31	25,72	25,78	25,89
70	16,53	19,60	19,64	19,69	13,89	17,06	17,12	17,23
80	9,13	11,34	11,36	11,38	7,77	9,59	9,61	9,67
90	4,25	5,39	5,39	5,39	3,84	4,57	4,57	4,57
100	2,14	2,17	2,17	2,17	1,98	2,13	2,13	2,13

* Quelle: Sterbetafel Deutschland 2009/11, Statistisches Bundesamt (Stand: 18. Februar 2013)

R12/5103

Modellrechnungen haben ergeben, dass die geringe Änderung der Sterbetafel von PKV-2012 auf PKV-2013 auch nur einen sehr geringen Einfluss auf die Beiträge hat.

5.2 Beitragsanpassungen im 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 rechnerischen 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) sowie im Standardtarif für Nicht-Beihilfeberechtigte STN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach in keiner der Beobachtungseinheiten der Auslösende Faktor an. Auch der Auslösende Faktor Sterblichkeit lag in beiden Tarifen in keiner Beobachtungseinheit absolut über 5 Prozent. Daher fanden hier zum 1. Juli 2012 keine Beitragsanpassungen statt.

Im Basistarif für Nicht-Beihilfeberechtigte BTN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprachen die Auslösenden Faktoren jeweils in den Beobachtungseinheiten der Männer und Frauen an. Sowohl im Basistarif für Beihilfeberechtigte BTB (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) als auch im Basistarif für Nicht-Beihilfeberechtigte BTN lagen in den Beobachtungseinheiten der Männer und Frauen jeweils die Auslösenden Faktoren Sterblichkeit absolut über der Grenze von 5 Prozent. Deshalb wurden im BTB und BTN zum 1. Juli 2012 Beitragsanpassungen in diesen Beobachtungseinheiten 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 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 Basistarif zum 1. Juli 2012 (BTN und BTB Männer und Frauen)

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge des Basistarifs bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2013 mit Projektion auf das Jahr 2017, allerdings ohne Begrenzung auf die Vorgängertafel PKV-2012. 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 2010 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. 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 2008 bis 2010 des PKV-Verbands und den Anteilen an den Gesamtkopfschäden aus BaFin-Profilen des Jahres 2010 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 2010 Teilkopfschäden für die Alter 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 Selbstbehaltsstufen des einzelnen Tarifs führen, ist im Basistarif nicht gegeben. Es ist davon auszugehen, dass sich im Basistarif vor allem die Versicherten in höheren Altern in niedrigeren Selbstbehaltsstufen versichern werden. Aus diesem Grund ist für diese Alter bei der Kalkulation ein einheitlicher Selbstbehalt anzusetzen, um den korrekten Aufbau von Alterungsrückstellung zu gewährleisten. Es muss also von einem einzigen Risikokollektiv über alle Selbstbehalte gesprochen werden. Daher wurde die alterungsrückstellungsrelevante Kalkulation ohne Einrechnung eines Selbstbehaltes, das heißt für die niedrigste Selbstbehaltsstufe 0 Euro, durchgeführt. Um die Beiträge für die vom Gesetz vorgeschriebenen Selbstbehaltsstufen in Abhängigkeit von den kalkulierten Bruttoprämien zu erhalten, wurden aus BaFin-Profilen des Jahres 2010 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 rechnermäßigen Bedarfs an mittelbaren Abschluss-, Schadenregulierungs- und Verwaltungsaufwendungen in der Krankheitsvollversicherung wurden die Beobachtungen der Geschäftsjahre 2008 bis 2010 der Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands herangezogen.



Nach § 12 Abs. 1c VAG darf der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen 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 2012 betrug der Höchstbeitrag der GKV 592,88 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 2012 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 2010 bei einem mittelfristig zu erwartenden Bestand von 55.000 Personen abgeleitet wurde. Es wurde angenommen, dass davon 50 Prozent Hilfebedürftige im oben genannten Sinn sind.

In den nachfolgenden Tabellen sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2012 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. Januar 2012 gültige Höchstbeitrag der GKV aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Die zuletzt gültigen Prämien sind zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

BTB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

30 Prozent Erstattung

Alter	Frauen Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Männer Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Entsprechender Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2012 in Euro
	ab 1.7. 2012	ab 1.7. 2011	Verände- rung	ab 1.7. 2012	ab 1.7. 2011	Verände- rung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	192,79	197,05	-2,16	180,90	185,10	-2,27	177,86
25	197,49	201,75	-2,11	186,00	190,19	-2,20	177,86
30	201,54	205,80	-2,07	191,14	195,32	-2,14	177,86
35	203,29	207,50	-2,03	193,89	198,03	-2,09	177,86
40	205,99	210,17	-1,99	197,73	201,82	-2,03	177,86
45	210,62	214,78	-1,94	204,00	208,05	-1,95	177,86
50	215,67	219,81	-1,88	211,48	215,48	-1,86	177,86
55	221,23	225,35	-1,83	220,02	223,96	-1,76	177,86
60	206,87	210,58	-1,76	209,13	212,64	-1,65	177,86
65	214,04	217,72	-1,69	220,61	224,06	-1,54	177,86
70	222,90	226,55	-1,61	235,60	239,01	-1,43	177,86
75	232,49	236,13	-1,54	252,79	256,21	-1,33	177,86
80	241,39	245,04	-1,49	270,53	274,06	-1,29	177,86
85	250,31	253,95	-1,43	289,59	293,23	-1,24	177,86
90	259,49	263,07	-1,36	310,15	314,01	-1,23	177,86
95	268,36	271,88	-1,29	329,98	335,63	-1,68	177,86
100	274,89	278,37	-1,25	343,16	351,08	-2,26	177,86

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

R12/5201

BTB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

50 Prozent Erstattung

Alter	Frauen			Männer			Entsprechender Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2012 in Euro
	Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Brutto-Neugeschäftsbeiträge			
	ab 1.7. 2012 in Euro	ab 1.7. 2011 in Euro	Veränderung in Prozent	ab 1.7. 2012 in Euro	ab 1.7. 2011 in Euro	Veränderung in Prozent	
21	321,31	328,42	-2,16	301,49	308,51	-2,28	296,44
25	329,16	336,26	-2,11	309,99	316,98	-2,21	296,44
30	335,91	342,99	-2,06	318,57	325,53	-2,14	296,44
35	338,82	345,84	-2,03	323,15	330,06	-2,09	296,44
40	343,32	350,27	-1,98	329,54	336,37	-2,03	296,44
45	351,02	357,95	-1,94	339,99	346,75	-1,95	296,44
50	359,44	366,34	-1,88	352,46	359,13	-1,86	296,44
55	368,72	375,57	-1,82	366,71	373,27	-1,76	296,44
60	344,78	350,97	-1,76	348,55	354,40	-1,65	296,44
65	356,74	362,87	-1,69	367,68	373,43	-1,54	296,44
70	371,51	377,59	-1,61	392,66	398,35	-1,43	296,44
75	387,48	393,55	-1,54	421,32	427,02	-1,33	296,44
80	402,31	408,40	-1,49	450,88	456,76	-1,29	296,44
85	417,18	423,25	-1,43	482,64	488,72	-1,24	296,44
90	432,48	438,45	-1,36	516,92	523,34	-1,23	296,44
95	447,26	453,14	-1,30	549,97	559,38	-1,68	296,44
100	458,15	463,94	-1,25	571,94	585,13	-2,25	296,44

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

R12/5202

BTB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	Frauen Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Männer Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Entspre- chender Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2012 in Euro
	ab 1.7. 2012	ab 1.7. 2011	Verände- rung	ab 1.7. 2012	ab 1.7. 2011	Verände- rung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	679,09	709,06	-4,23	644,73	669,79	-3,74	592,88
25	697,84	728,42	-4,20	662,89	687,75	-3,61	592,88
30	718,99	750,15	-4,15	684,92	709,49	-3,46	592,88
35	738,46	770,03	-4,10	706,21	730,48	-3,32	592,88
40	758,81	790,81	-4,05	730,03	753,91	-3,17	592,88
45	781,33	813,93	-4,01	760,30	783,82	-3,00	592,88
50	805,05	838,23	-3,96	797,20	820,31	-2,82	592,88
55	829,65	863,39	-3,91	838,95	861,56	-2,62	592,88
60	779,63	810,89	-3,86	802,13	822,20	-2,44	592,88
65	809,61	841,56	-3,80	845,97	865,67	-2,28	592,88
70	845,12	877,99	-3,74	899,23	918,57	-2,11	592,88
75	888,51	922,53	-3,69	961,70	980,83	-1,95	592,88
80	933,00	968,28	-3,64	1.009,29	1.028,94	-1,91	592,88
85	958,41	994,22	-3,60	1.033,16	1.053,75	-1,95	592,88
90	968,74	1.004,49	-3,56	1.046,17	1.068,40	-2,08	592,88
95	974,82	1.010,99	-3,58	1.051,78	1.080,83	-2,69	592,88
100	981,05	1.017,81	-3,61	1.052,08	1.086,87	-3,20	592,88

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

R12/5203

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.

5.3 Erstkalkulation im Basistarif-Unisex

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat am 1. März 2011 die seit dem 21. Dezember 2007 bestehende Ausnahmeregelung außer Kraft gesetzt, wonach es eine nach dem Geschlecht differenzierte Prämie geben durfte, soweit sich dies mit statistischen Daten belegen ließ. Infolgedessen darf bei der Beitragsbemessung für Vertragsschlüsse ab dem 21. Dezember 2012 der Faktor „Geschlecht“ keinen Einfluss mehr nehmen (sogenannte „Unisex-Kalkulation“).

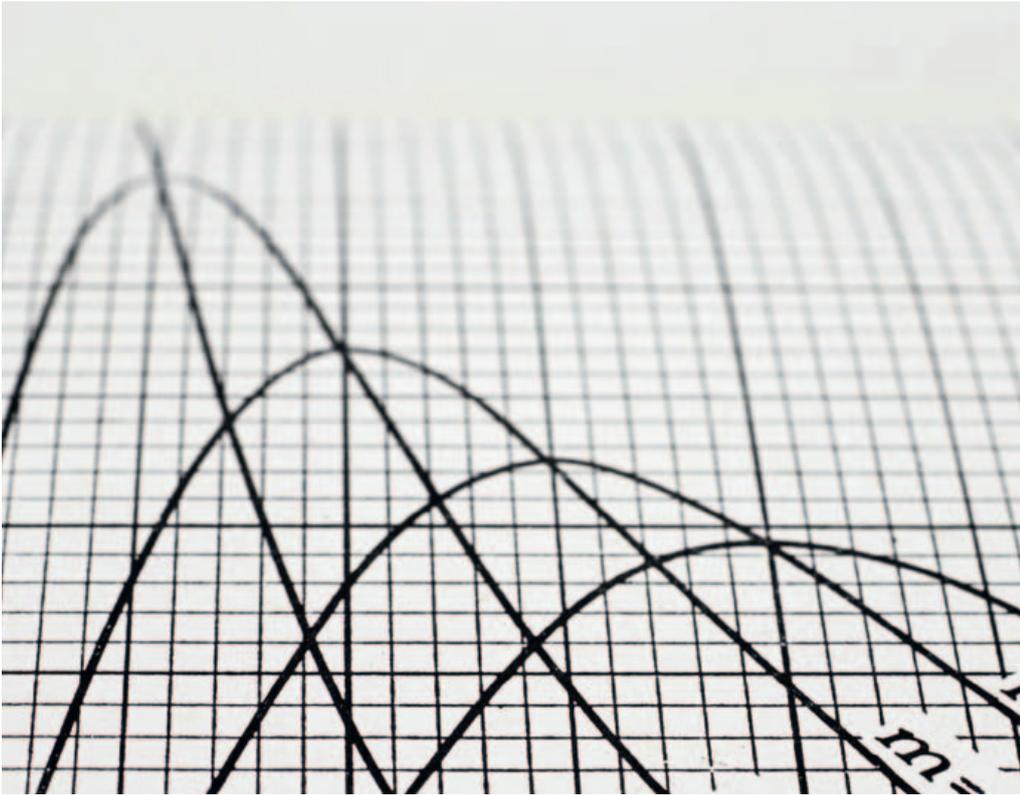
Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit, im Basistarif Neugeschäftsprämien festzulegen, die nicht nach dem Geschlecht unterscheiden. Es werden dafür folgende Beobachtungseinheiten betrachtet: Kinder (Alter 0 bis einschließlich 15), Jugendliche (Alter 16 bis einschließlich 20) sowie Erwachsene (ab Alter 21).

Die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) hat in einem Arbeitskreis ein unverbindliches Hinweispapier für die deutschen Krankenversicherungsunternehmen erarbeitet¹, welches die kalkulatorischen Aspekte, die sich aus der Umsetzung des EuGH-Urteils ergeben, betrachtet und grundsätzliche aktuarielle Hinweise zur Kalkulation von sogenannten Unisex-Prämien enthält. Eines der in der Ausarbeitung vorgestellten Verfahren wurde auch für die Kalkulation der Unisex-Beiträge des Basistarifs für Nicht-Beihilfeberechtigte (BTN) und des Basistarifs für Beihilfeberechtigte (BTB) angewandt.

Der Unisex-Kalkulation für die Erwachsenen wird die Geschlechterverteilung zugrunde gelegt, die sich aus dem mittleren Bestand des Basistarifs des Jahres 2011 ergibt. Dieser Ansatz ist ausreichend sicher, da nach den Simulationen während der Kalkulation aus dem Bestand des Jahres 2011 des Bisex-Basistarifs kein Versicherter einen finanziellen Vorteil durch den Wechsel in die Unisex-Variante des Basistarifs haben wird. Auch für Kinder und Jugendliche wird kein Wechselgeschehen aus der Bisex-Variante in die Unisex-Variante des Basistarifs angenommen, da auch hier kein finanzieller Vorteil realisierbar ist. Auf einen Ansatz einer Geschlechterverteilung bei Jugendlichen wird verzichtet, da sowohl in der Bisex-Variante des Basistarifs als auch in den Stütztarifen das Verhältnis von männlichen und weiblichen Jugendlichen nahezu gleich ist.

Eine Grundlage für die Kalkulation der Beiträge des Basistarif-Unisex bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2013 mit Projektion auf das Jahr 2017, allerdings ohne Begrenzung auf die Vorgängertafel PKV-2012. Um die Morbidität der zu erwartenden Klientel, die sich auch hier noch aus dem modifizierten Standardtarif ableiten lässt, darzustellen, wurden die Sterbewahrscheinlichkeiten mit Korrekturfaktoren multipliziert. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) des Jahres 2010 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. Sowohl die Sterbe- als auch die Stornowahrscheinlichkeiten der Erwachsenen wurden mit der Geschlechterverteilung des Basistarifs gewichtet, um die Unisex-Wahrscheinlichkeiten zu erhalten. Um die Unisex-Ausscheidewahrscheinlichkeiten der Kinder und Jugendlichen zu erhalten, wurden die Bisex-Wahrscheinlichkeiten gemittelt.

¹ „Aktuarielle Hinweise zur (Erst-)Kalkulation von Unisex-Tarifen in der Privaten Krankenversicherung“



Die Herleitung der Kopfschäden für Erwachsene erfolgte auf Basis der Daten bzw. Stütztarifdaten des jeweiligen Standardtarifs STN bzw. STB. Der Berechnung der tariflichen Kopfschäden der Tarifstufe BTN-Unisex lagen somit die Daten bzw. Stütztarifdaten zugrunde, die auch für die Kalkulation des STN verwendet werden. Die Grundlage für die rechnungsmäßigen Kopfschäden der Tarifstufe BTB bildeten die Daten bzw. Stütztarifdaten des STB, die als Basis für die Kalkulation der Kopfschäden des STB dienen. Dabei wurden die für die Basistarif-Unisex-Kalkulation hergeleiteten Kopfschadenreihen von STN und STB noch geschlechtsabhängig bestimmt, um einen zu starken Einfluss der Geschlechterverteilung des Standardtarifs auf die Kopfschäden zu vermeiden. Die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft verblieben bei den Frauen. Die Kopfschäden wurden dann mit der Basistarif-Geschlechterverteilung gewichtet, um eine vom Geschlecht unabhängige Kopfschadenreihe zu erhalten. Für Kinder und Jugendliche wurden aus den Stütztarifdaten des jeweiligen Standardtarifs geschlechtsunabhängige Kopfschäden ermittelt.

Alle weiteren in der Bisex-Kalkulation von BTN bzw. BTB verwendeten Faktoren, die die Leistungsunterschiede zwischen Standard- und Basistarif abbilden, wurden mit der Geschlechterverteilung gewichtet, um die jeweiligen geschlechtsunabhängigen Kopfschadenreihen an das Leistungsversprechen des Basistarifs anzupassen.

Nach § 12 Abs. 1c VAG darf der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Für das Jahr 2013 beträgt der Höchstbeitrag der GKV 610,32 Euro, der Zusatzbeitrag 0 Euro.

Die Kostenzuschläge wurden vom PKV-Verband für den Zweck des Poolausgleichs anhand von Branchenzahlen festgesetzt. Die Mitgliedsunternehmen müssen für die unternehmensspezifischen Beiträge eigene Kostennachweise und -festlegungen vornehmen. Zur Ermittlung des rechnungsmäßigen Bedarfs

an mittelbaren Abschlusskosten, Schadenregulierungsaufwendungen und Verwaltungskosten in der Krankheitskostenvollversicherung wurden die Beobachtungen der Geschäftsjahre 2008 bis 2010 der Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands herangezogen.

Für die Deckung der Beitragskappungen im Basistarif ist gemäß § 12g Abs. 1 VAG ein Zuschlag in die Bruttobeiträge aller Vollversicherungstarife einzurechnen, welcher in der Bisex-Kalkulation mit 1,2 Prozent ermittelt wurde.

In den nachfolgenden Tabellen sind für ausgewählte Alter die ab 21. Dezember 2012 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für die Tarifstufen BTB-Unisex (30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) und BTN-Unisex und der ab 1. Januar 2013 gültige Höchstbeitrag der GKV aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde.

BTB-Unisex: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt				
Alter	30 Prozent Erstattung		50 Prozent Erstattung	
	Brutto-Neugeschäftsbeiträge	Entsprechender Höchstbeitrag der GKV	Brutto-Neugeschäftsbeiträge	Entsprechender Höchstbeitrag der GKV
	ab 21.12.2012	ab 1.1.2013	ab 21.12.2012	ab 1.1.2013
	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro
21	205,26	183,10	342,10	305,16
25	209,85	183,10	349,75	305,16
30	214,94	183,10	358,23	305,16
35	219,10	183,10	365,17	305,16
40	223,86	183,10	373,11	305,16
45	230,09	183,10	383,48	305,16
50	236,86	183,10	394,78	305,16
55	244,17	183,10	406,93	305,16
60	229,69	183,10	382,82	305,16
65	238,82	183,10	398,04	305,16
70	249,72	183,10	416,21	305,16
75	262,41	183,10	437,35	305,16
80	275,19	183,10	458,65	305,16
85	286,68	183,10	477,80	305,16
90	297,13	183,10	495,22	305,16
95	305,66	183,10	509,44	305,16
100	308,86	183,10	514,77	305,16

Die Werte in den markierten Feldern liegen für die hier relevanten Versichertengruppen über dem entsprechenden Höchstbeitrag in der GKV. Die Beiträge werden auf diesen Höchstbeitrag begrenzt.

R12/5301

BTN-Unisex: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	Brutto-Neugeschäftsbeiträge ab 21.12.2012	Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2013
	in Euro	in Euro
21	713,66	610,32
25	732,80	610,32
30	755,18	610,32
35	773,97	610,32
40	793,99	610,32
45	819,76	610,32
50	851,72	610,32
55	887,50	610,32
60	842,15	610,32
65	880,24	610,32
70	924,48	610,32
75	974,41	610,32
80	1.012,79	610,32
85	1.033,32	610,32
90	1.041,99	610,32
95	1.045,33	610,32
100	1.045,51	610,32

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

R12/5302

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 ab 21. Dezember 2012 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 in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt.

BTB-Unisex: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt			
Alter		100 Prozent Erstattung	20 Prozent Erstattung
		Brutto-Neugeschäftsbeiträge ab 21.12.2012	Brutto-Neugeschäftsbeiträge ab 21.12.2012
		in Euro	in Euro
Kinder	0 – 15	291,86	58,37
Jugendliche	16 – 20	307,29	61,46

R12/5303

BTN-Unisex: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt		
Alter		Brutto-Neugeschäftsbeiträge ab 21.12.2012
		in Euro
Kinder	0 – 15	249,04
Jugendliche	16 – 20	251,56

R12/5304

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

5.4 Beitragsanpassungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung

Da in der Privaten Pflegepflichtversicherung ein großes Änderungsrisiko hinsichtlich der Pflegekosten 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 rechnermäßigen 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 2013 werden unten beschrieben.

Beitragsanpassung in der Privaten Pflegepflichtversicherung zum 1. Januar 2013

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 2013 80,72 Euro.

Da die Auslösenden Faktoren sowohl in PVB als auch in PVN einen negativen Wert ergaben, sinken die Kopfschäden zunächst. Eine Steigerung der Kopfschäden bewirkten allerdings die Ausweitungen der Versicherungsleistungen zum 1. Januar 2012 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) und zum 1. Januar 2013 durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG).

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.

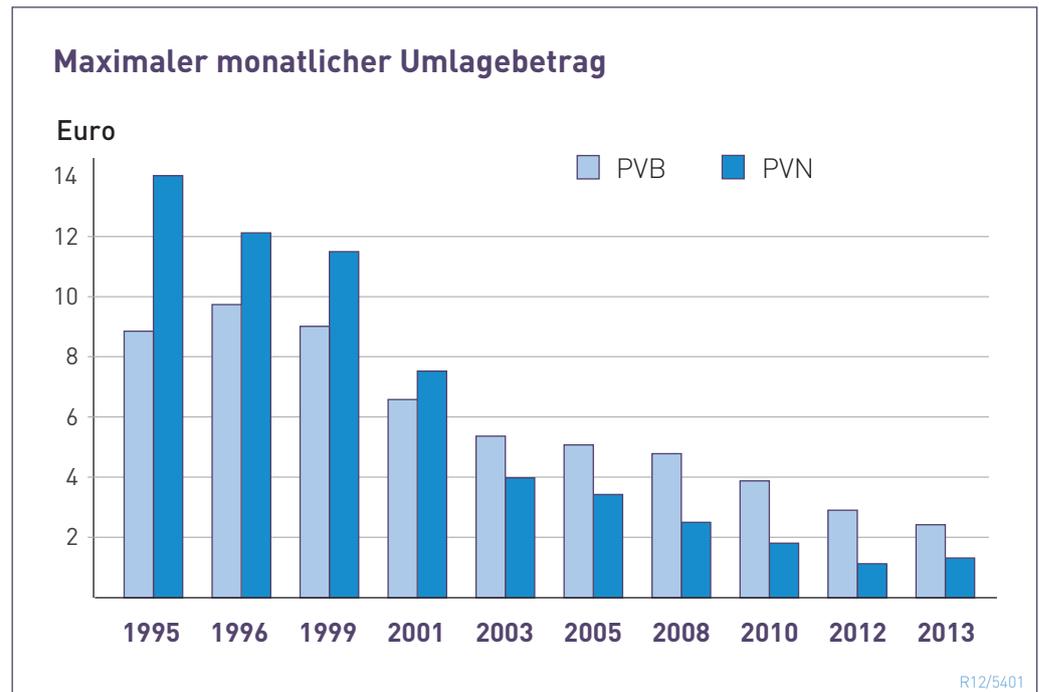
Damit einhergehend wurden die Ausscheidewahrscheinlichkeiten überprüft und vorsichtig bestimmt. Grundlage für die Sterbewahrscheinlichkeiten bildete die PKV-Sterbetafel 2013. Die Stornowahrscheinlichkeiten haben sich nicht geändert. Daraus wurden nach den allgemeingültigen Kalkulationsmethoden geschlechtsabhängige Nettobedarfsbeiträge bestimmt.

Auch bei dieser Beitragsanpassung wurden Mittel aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (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

Struktur der Privaten
Pflegepflichtversicherung

Kalkulationsgrundlagen

nicht überschritten werden darf. Die Umlage sinkt seit 1996 und ist erstmals 2013 in der Tarifstufe PVN wieder leicht gestiegen. Seit 2012 gibt es in der Tarifstufe PVN getrennte Umlagen für den Bestand (Zugänge mit Zugangsdatum zur PPV vor dem Anpassungstermin) und für das Neugeschäft (Zugänge zur PPV ab dem Anpassungstermin). In der folgenden Grafik ist ab dem Jahr 2012 nur die Bestandsumlage enthalten. In der Tarifstufe PVB ist die Bestandsumlage 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 2013 gültigen monatlichen geschlechtsunabhängigen Brutto-Neugeschäftsprämien in der Privaten Pflegepflichtversicherung getrennt nach PVN und PVB aufgeführt, jeweils bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes:

Monatliche geschlechtsunabhängige Brutto-Neugeschäftsprämien in Euro, gültig ab 1.1.2013

Alter	PVN	PVB
Kinder 0 – 18	14,82	8,37
20	15,18	8,51
25	17,25	9,22
30	19,80	10,09
35	22,99	11,18
40	27,04	12,58
45	32,29	14,40
50	39,14	16,80
55	48,26	20,02
60	60,72	24,45
65	78,51	30,74
70	104,87	40,14
75	145,38	54,79
80	207,72	77,74
85	305,04	114,21
90	450,65	167,70
95	643,86	231,80
100	777,18	272,44
105	993,27	339,35

R12/5402

Für das Neugeschäft ergaben sich Beitragsänderungen in PVB von minus 6,24 Prozent bis plus 12,32 Prozent und in PVN von minus 9,83 Prozent bis plus 18,67 Prozent. Bei einer Betrachtung der Beitragsveränderungen im Altbestand (Zugang 1995) betragen diese im Durchschnitt in PVB plus 1,0 Prozent und in PVN plus 5,8 Prozent.

5.5 Musterkalkulation für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV)

Zweck der
Musterkalkulation

Der PKV-Verband hat für die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung (GEPV) eine unverbindliche Kalkulation erstellt, die den Mitgliedsunternehmen als Muster für ihre individuelle Kalkulation der GEPV-Produkte dienen soll. Die dort aufgeführten Rechnungsgrundlagen sind nicht brancheneinheitlich zu verwenden. Vielmehr muss jedes Unternehmen für seine individuelle Kalkulation eigene Rechnungsgrundlagen nachweisen. Die in der Modellrechnung dargestellten Statistiken und Werte können dabei verwendet werden, müssen allerdings auf die Situation im Unternehmen begründet angepasst werden.

Die gesetzlichen Regelungen ermöglichen es, auf freiwilliger Basis einen Überschadenausgleich zur fairen Verteilung der Risiken einzurichten. Dazu haben die Verbandsgremien zwei verschiedene Modelle entworfen: Das eine arbeitet nach dem Prinzip der Rückversicherung, das andere basiert als klassischer Poolausgleich auf den aus Pflegepflichtversicherung und Basistarif bekannten Mechanismen. Ein solcher Ausgleich ist bislang jedoch nicht konkretisiert worden, da die bisherigen GEPV-Anbieter ihn zum jetzigen Zeitpunkt als entbehrlich ansehen. Sollte sich diese Einschätzung im Laufe der Zeit ändern, kann auf den bisher erarbeiteten Modellen aufgebaut und jederzeit weiter an einem Ausgleichsverfahren gearbeitet werden. Eventuell bildet dann die Musterkalkulation eine Grundlage für den Ausgleich von Überschäden gemäß § 127 Abs. 2 SGB XI.

Rechnungsgrundlagen für
die Musterkalkulation

Das Gesetz legt Mindestleistungen fest, die ein Tarif vorsehen muss, um förderfähig zu sein. Die Unternehmen können in ihren Tarifen von diesen Mindestleistungen nach oben abweichen. Die Musterkalkulation wurde jedoch für die Mindestleistungen vorgenommen. Somit geht sie von den Leistungsstufen

Pflegestufe 0	10 %
Pflegestufe I	20 %
Pflegestufe II	30 %
Pflegestufe III	100 %

R12/5501

sowie einer Leistung von 600 Euro in Pflegestufe III aus, was nach Maßgabe von 30 Tagen pro Monat einem Tagegeld von 20 Euro entspricht.

Die Hauptkalkulation erfolgte ab Alter 18, denn nur Personen von mindestens 18 Jahren erhalten die staatliche Förderung. Dennoch sind auch Kinderbeiträge bereit gestellt worden, da gemäß den grundsätzlichen Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes die Möglichkeit der Kindernachversicherung besteht.

Die GEPV konnte als neue Versicherungsart nicht aufbauend auf echte Erfahrungen der Branche kalkuliert werden. Für solche Fälle stehen versicherungsmathematische Methoden zur Verfügung, die es ermöglichen, risikogerechte Rechnungsgrundlagen zu ermitteln. Auf diese Weise wurden z. B. Rechnungszinssatz und Ausscheidewahrscheinlichkeit (Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeit) ermittelt. Dies gilt auch für die bisher nicht relevante Demenz-Prävalenz.

Kalkulatorisch unberücksichtigt blieben die Effekte, dass bereits Pflegebedürftige nicht versicherungsfähig sind und für die Leistungsanspruchnahme eine

Wartezeit von fünf Jahren gilt. Dies ist aktuariell gerechtfertigt, da zu unterstellen ist, dass diese beiden Einschränkungen das bei einem Kontrahierungszwang latent gegebene Selektionsrisiko neutralisieren. Dies wurde durch eine Untersuchung zur Auswirkung einer Wartezeit nachgewiesen. Dabei ging man davon aus, dass aufgrund der Attraktivität der geförderten Pflegezusatzprodukte auch gute Risiken diese Versicherungen in großem Umfang abschließen werden.

Aus dieser Modellkalkulation ergeben sich die nachfolgend (für ausgewählte Alter) dargestellten monatlichen geschlechtsunabhängigen Bruttoprämien. Dabei wurden beispielhafte Verwaltungskosten berücksichtigt, die gemäß der GEPV-Verordnung [Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung – PflvDV] gewisse Grenzen nicht überschreiten dürfen. Die Kalkulationsverordnung ermöglicht zwei Varianten in der kalkulatorischen Verteilung der Verwaltungskosten auf die Alter: zum einen den prozentualen Zuschlag für alle Alter und zum anderen die (zumindest teilweise) Umrechnung in Stückkosten (hier: Stückkosten für Verwaltung, mittelbare Abschlusskosten und Schadenregulierung und prozentualer Zuschlag für unmittelbare Abschlusskosten bis Alter 64).

Beiträge aus der
Musterkalkulation

GEPV – Musterkalkulation

Monatsprämie in Euro¹

Alter	Variante A ²	Variante B ³
Kinder 0 – 17	6,20	4,40
20	6,60	4,80
25	7,40	5,80
30	8,60	7,20
35	10,00	8,60
40	11,60	10,60
45	13,80	13,00
50	16,40	16,00
55	20,00	20,00
60	24,80	25,40
65	30,80	32,20
70	40,20	42,80
75	54,40	58,80
80	75,20	82,20
85	105,80	116,40
90	147,80	163,80
95	195,60	217,40
100	244,80	272,80
105	286,60	319,80

1 Die angegebenen Beiträge ergeben sich aus der Musterkalkulation unter den dort angenommenen Rechnungsgrundlagen und stellen somit weder Ober- noch Untergrenzen für die echten Beiträge gemäß den Unternehmenskalkulationen dar.

2 mit Deckung der Verwaltungskosten durch Umrechnung in Stückkosten

3 mit Deckung der Verwaltungskosten durch prozentualen Zuschlag

Da eine weitere Fördervoraussetzung ein Eigenanteil von 10 Euro pro Monat ist, wird bei jungen Versicherten das Tagegeld so erhöht, dass der Mindestbeitrag von 15 Euro inkl. Zulage erreicht wird. Zu beachten ist, dass gemäß § 127 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI die tariflich vorgesehene Geldleistung zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses die jeweils geltende Höhe der Leistungen des SGB XI nicht überschreiten darf.



6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)



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

Die veröffentlichten Forschungsergebnisse des WIP können Interessenten auf der Homepage des WIP (www.wip-pkv.de) abrufen. Derzeit stehen 61 Studien zum Download bereit. Zudem ist es möglich, einen Newsletter zu abonnieren, der auf die neuen Studien des WIP hinweist.

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 16 PKV-Unternehmen, bei denen fast 75 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 aus dem Jahr 2012 vorgestellt.

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten

Auf Basis der Daten der aktuellen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 des Statistischen Bundesamtes wurde die sozioökonomische Struktur des PKV-Kollektivs analysiert.

Die WIP-Studie zeigt, dass es sich bei den Versicherten der PKV um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Nur die Hälfte aller Privatversicherten gehört zu den Erwerbstätigen. Die Beamten bilden zwar die größte Personengruppe, aber ihr Anteil am gesamten PKV-Kollektiv beträgt lediglich 25 Prozent. Rund 11 Prozent der Privatversicherten gehören zur Gruppe der Arbeitnehmer. Nur 20 Prozent aller PKV-Versicherten hatten im Jahr 2008 Einnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (4.012,50 Euro/Monat). Damit kann widerlegt werden, dass in der PKV hauptsächlich Personen mit hohem Einkommen versichert sind.

Weiterhin zeigt das WIP, dass im PKV-Kollektiv alle Schul- und Ausbildungsabschlüsse vorkommen. Rund zwei Drittel der erwachsenen PKV-Versicherten sind verheiratet. In Zusammenschau mit der steigenden Kinderzahl der Privatversicherten wird verdeutlicht, dass sich nicht nur Alleinstehende ohne Kinder privat krankenversichern. Vielmehr bietet die PKV einen Krankenversicherungsschutz

Nur ein Fünftel der PKV-Versicherten weist ein höheres Einkommen auf.

für verschiedene soziale Gruppen und Personen mit unterschiedlichen Einkommen, für Familien mit Kindern ebenso wie für Studenten oder Rentner.

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten

Die Studie gibt 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. Erstmals erfolgte eine gesonderte Analyse der Medikamente ohne Festbetrag in der GKV, der Parallel- und Reimporte sowie der Medikamente der Homöopathie und der Anthroposophie.

Die Untersuchung verdeutlichte, dass den steigenden Arzneimittelausgaben sinkende Verordnungszahlen gegenüberstehen. Die größten Ausgabenzuwächse gegenüber dem Vorjahr wurden bei kardiovaskulären Medikamenten festgestellt. Hier erhöhten sich die Ausgaben der PKV um 25,2 Mio. Euro. Einen deutlichen Anstieg um 18,4 Mio. Euro verzeichnen zudem die Immunsuppressiva, wozu vor allem die Rheumapräparate zählen. Niedrigere Ausgaben konnten dagegen zum Beispiel für Impfstoffe, Allergene, Husten- und Erkältungspräparate sowie Antibiotika ermittelt werden.

Die Analyse verdeutlichte den Trend zur vermehrten Verordnung von Generika in der PKV. Die Generikaquote stieg von 2009 zu 2010 um 0,3 Prozentpunkte auf 55,5 Prozent.

Arzneimittelausgaben für monoklonale Antikörper

In dieser Studie untersucht das WIP die Dynamik eines der innovativsten Marktsegmente der Gesundheitsversorgung und ihre Auswirkung auf die Arzneimittelausgaben der PKV. Monoklonale Antikörper gehören zu den Biopharmazeutika und finden vor allem in der Tumorthherapie, bei Autoimmunkrankheiten und bei Transplantationen Anwendung. Die Untersuchung zeigt, dass 18,3 Prozent des Pro-Kopf-Ausgabenanstiegs bei Arzneimitteln in den letzten sechs Jahren auf derartige Medikamente entfielen, obwohl der Markt für monoklonale Antikörper nur 26 Präparate mit nennenswerten Umsätzen umfasst. Die Pro-Kopf-Ausgaben für monoklonale Antikörper erhöhten sich von 2006 zu 2011 in der PKV um 255 Prozent, während die entsprechenden Ausgaben über alle Medikamente in diesem Zeitraum nur um 19 Prozent gestiegen sind. In der PKV sind monoklonale Antikörper laut den WIP-Berechnungen für Mehrausgaben in Höhe von 85,5 Millionen Euro im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2006 verantwortlich.

Geburten und Kinderzahl in der PKV

Die Geburtenrate in Deutschland verharrt seit Jahren auf einem niedrigen Niveau und die Zahl der Kinder und Jugendlichen geht im Zeitablauf deutlich zurück. Das WIP stellte in einer Analyse fest, dass gegen diesen gesamtgesellschaftlichen Trend in der Privaten Krankenversicherung eine Zunahme der Geburtenzahl zu beobachten ist. Von 2000 bis 2010 ist die Zahl der Neugeborenen in der PKV um mehr als ein Drittel angestiegen, wohingegen sich die Zahl der gesetzlich

Privatversicherte erhalten mehr Herz-Kreislaufmittel und Immunsuppressiva

Monoklonale Antikörper sind für fast ein Fünftel des Ausgabeanstiegs bei Arzneimitteln verantwortlich.

Geburtenzahl in der PKV wächst gegen den Trend



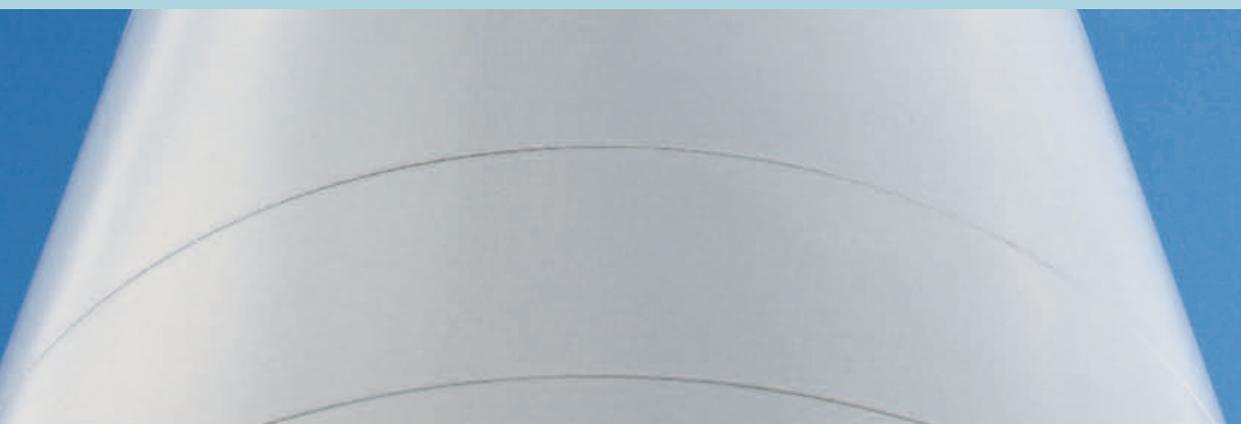
krankenversicherten Neugeborenen im selben Zeitraum um über 10 Prozent verringert hat.

In der PKV ist einerseits ein Anstieg der Geburtenzahl je potenzielle Eltern festzustellen. Andererseits bringen Wechsler aus der GKV überdurchschnittlich viele Kinder mit in die PKV. Diese beiden Effekte erklären eine Erhöhung der Zahl der privatversicherten Minderjährigen.

Damit konnte das WIP belegen, dass die häufig unterstellte Annahme, Familien mit Kindern entschieden sich in der Regel für die Gesetzliche Krankenversicherung, nicht (mehr) zutrifft.



Anhang



I. Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013) §§ 1 – 26

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

- (1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die
- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
 - für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI erhalten.

Die §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.

- (2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die
- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen nach § 123 SGB XI oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
 - das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Schriftform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI die Zulagenummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI, teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflagegetagegeld.
- (2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI eingeschränkt ist.
- (3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI oder den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI; bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI mehr vorliegt.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.



§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegestufe III mindestens 600 Euro. In der Pflegestufe I beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 20 Prozent und in Pflegestufe II mindestens 30 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI, beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Wird ein Pflegeitagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegeitagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für eine der Pflegestufen I bis III gemäß § 15 SGB XI oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegestufen I bis III und das Bestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegestufenrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI oder der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI sind dem Versicherten anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pfl egetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 WVG.

(4) Das Pflegemonats- oder Pfl egetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI oder erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 WVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist

ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 10 Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

§ 11 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit

verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zugutekommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

- a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
- b) Anrechnung auf den Beitrag,
- c) Erhöhung der Leistung oder
- d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 16 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhezeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhezeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis



hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf

die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei

Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen nach § 123 SGB XI oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI.

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

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

II. Verbandsorgane

(Stand: 17.04.2013)

II.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. **Dr. Birgit König** (seit 20.06.2012)
– **stellvertr. Vorsitzende**
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
4. **Uwe Laue**
– **stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
5. **Dr. Clemens Muth**
– **stellvertr. Vorsitzender**
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. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstands der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
8. **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstands der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

9. **Gerhard Glatz**
Vorsitzender des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
10. **Dr. Christoph Helmich** (seit 01.07.2012)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
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**
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**
Vorsitzender des Vorstands der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
19. **Dr. Ulrich Knemeyer**
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Rolf Bauer** (bis 30.06.2012)
Vorsitzender des Vorstands der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Thomas Michels** (bis 30.09.2012)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

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. **Dr. Birgit König – stellvertr. Vorsitzende** (seit 20.06.2012)
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
4. **Uwe Laue – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
5. **Dr. Clemens Muth – stellvertr. Vorsitzender**
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
8. **Dr. Helmut Hofmeier**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
9. **Thomas Jebbink** (seit 20.06.2012)
Bereichsleiter Mathematik und Ertragssteuerung der AXA Krankenversicherung AG, Köln
10. **Dr. Wolf-Rüdiger Knocke** (seit 13.09.2012)
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
11. **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
12. **Klaus Michel**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
13. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
14. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
15. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
16. **Hans-Herbert Rospleszcz**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
17. **Eberhard Sautter**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg, Vorstandsmitglied der HanseMercur Spezielle Krankenversicherung AG, Hamburg
18. **Manfred Schnieders**
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover
19. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
20. **Dr. Martin Zsohar**
stellvertr. Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

II.2 Sonderausschüsse

a) Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
2. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstands der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
3. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
4. **Frank-Henning Florian**
Vorsitzender des Vorstands der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
5. **Gerhard Glatz**
Vorsitzender des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
6. **Dr. Christoph Helmich** (seit 01.03.2013)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
7. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
8. **Rolf Bauer** (bis 20.06.2012)
Vorsitzender des Vorstands der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
9. **Dr. Markus Faulhaber** (bis 20.06.2012)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
10. **Alfons Schön** (bis 13.09.2012)
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
11. **Dr. Rainer Wilmink** (seit 20.06.2012, bis 31.12.2012)
Fachbereichsleiter Produktentwicklung/Aktuarial der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Rolf Bauer** (bis 20.06.2012)
Vorsitzender des Vorstands der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Dr. Markus Faulhaber** (bis 20.06.2012)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Alfons Schön** (bis 13.09.2012)
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
- **Dr. Rainer Wilmink** (seit 20.06.2012, bis 31.12.2012)
Fachbereichsleiter Produktentwicklung/Aktuarial der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht

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

1. **Dr. Birgit König – Vorsitzende** (seit 01.03.2013)
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
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 des 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 Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
15. **Hans-Herbert Rospleszcz**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, 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
18. **Dr. Martin Zsohar** (seit 06.03.2012)
stellvertr. Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Thomas Michels** (bis 30.09.2012)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

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 Aktiengesellschaft, 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 des 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. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
11. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
12. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstands der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
13. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

14. **Hans-Herbert Rospleszcz** (seit 13.09.2012)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
15. **Dr. Rainer Wilmink**
verantwortlicher Aktuar der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Thomas Michels** (bis 30.09.2012)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

d) Rechtsausschuss der PKV

1. **Wolfgang Reif – Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
2. **Dr. Horst Ayasse**
Prokurist der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
3. **Christian Barton**
Prokurist der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
4. **Jürgen Berressem**
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**
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 der 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

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Michael Kurtenbach – Vorsitzender**
(seit 01.07.2012)
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
2. **Michael Baulig**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
3. **Alexander Brams**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
4. **Johannes Grale** (seit 01.10.2012)
Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversicherungs-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**
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. **Tillmann Lukosch**
Vorstandsmitglied der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
10. **Christian Molt**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
11. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
12. **Michael Petmecky**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
13. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
14. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
15. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
16. **Eberhard Sautter**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMerkur Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
17. **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

18. **Manfred Schnieders** (seit 13.09.2012)
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG, Vechta
19. **Peter Schumacher** (seit 20.06.2012)
Vorstandsmitglied der Continentale Kranken-
versicherung a.G., Dortmund
20. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka
Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Rolf Bauer** (bis 30.06.2012)
Vorsitzender des Vorstands der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Georg Hake** (bis 01.02.2012)
Vorsitzender des Vorstands der ALTE OLDEN-
BURGER Krankenversicherung AG, Vechta, des
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von
1927 V.V.a.G., Vechta, und Vorstandsmitglied der
Provinzial Krankenversicherung Hannover AG,
Hannover
- **Hans-Jürgen Schrader** (bis 30.09.2012)
Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversi-
cherungs-AG, Hannover
- **Jens Wieland** (bis 30.06.2012)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversiche-
rung 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 Krankenversi-
cherung a.G., Dortmund, und des Deutscher
Ring Krankenversicherungsverein a.G.,
Hamburg
3. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Kranken-
versicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

g) Vertriebsausschuss der PKV

1. **Dr. h.c. Josef Beutelmann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Eric Bussert** (seit 13.09.2012)
Vorstandsmitglied der HanseMercur Kranken-
versicherung AG, Hamburg
3. **Reiner Dittrich**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Kranken-
versicherung a.G., Fellbach
4. **Dr. Andreas Eurich**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversi-
cherung a.G., Wuppertal
5. **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Kranken-
versicherung AG, Coburg
6. **Wolfgang Hanssmann**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversiche-
rung AG, Köln

7. **Dr. Michael Hessling** (seit 20.06.2012)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Kranken-
versicherungs-AG, München
8. **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversi-
cherung a.G., Dortmund, und des Deutscher
Ring Krankenversicherungsverein a.G.,
Hamburg
9. **Frank Kettner**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Kranken-
versicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
10. **Manuela Kiechle**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamten-
krankenkasse Aktiengesellschaft, München,
und der Union Krankenversicherung AG,
Saarbrücken
11. **Thomas Langhein**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung AG, Köln
12. **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka
Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
13. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstands der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München
14. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale Kranken-
versicherung a.G., Dortmund
15. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskran-
kenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Oliver Brüß** (bis 01.04.2012)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversi-
cherung AG, Köln, und der ENVIVAS Kranken-
versicherung AG, Köln
- **Peter Ludwig** (bis 30.06.2012)
Vorstandsmitglied der HanseMercur Kranken-
versicherung AG, Hamburg
- **Christian Molt** (bis 20.06.2012)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Kranken-
versicherungs-AG, München

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**

Vorsitzender des Vorstands der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, des 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. **Dr. Stefan Lütticke**

Direktor der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

9. **Fritz Horst Melsheimer**

Vorsitzender des Vorstands der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg

10. **Stephan Oetzel** (seit 20.06.2012)

Chief Risk Officer der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

11. **Dr. Hans Josef Pick**

Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

12. **Wolfgang Reif**

Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

13. **Martin Risse**

Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

14. **Alf N. Schlegel**

Vorstandsmitglied der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim

15. **Frank Sievert** (seit 20.06.2012)

Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Jürgen Meisch** (bis 20.06.2012)

Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

i) Ausschuss „Zukunft des Gesundheitswesens“

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 Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

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. **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 des 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 HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg

11. Wiltrud Pekarek

Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

12. Heinz-Werner Richter

Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

13. Peter Thomas

Vorsitzender des Vorstands der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim

14. Roland Weber

Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

15. Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow

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

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Thomas Michels** (bis 30.09.2012)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

j) Rechnungsprüfer**Georg Hake**

Vorsitzender des Vorstands der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, des 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

II.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.

- **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**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Fritz Horst Melsheimer**
Vorsitzender des Vorstands der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
- **Dr. Clemens Muth**
Vorsitzender des Vorstands der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **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

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

- **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

II.4 Geschäftsführung

(Stand: April 2013)

- Verbandsdirektor
Dr. Volker Leienbach
- Stellvertr. Verbandsdirektorin
Dipl.-Math. Helga Riedel
(Mathematik/Statistik, Revision)
- Stellvertr. Verbandsdirektor
Dr. Joachim Patt (Leistung)
- Geschäftsführer
Dr. Timm Genett (Politik)
- Geschäftsführer
Dipl.-Betriebswirt Christian Hälker
(Zentrale Dienste, IT)
- Geschäftsführer
Stefan Reker (Kommunikation)
- Geschäftsführer
Dr. Florian Reuther (Recht)

Abteilungsleiter

- **Ass. iur. Andreas Besche**
(Leistung Pflege)
- **Holger Eich**
(Mathematik/Statistik)
- **Dipl.-Betriebswirt (FH) Markus Hessel**
(IT, Projektmanagement „Prozesse“)
- **Dipl.-Kfm. Michael Kreher**
(Revision)
- **Ass. iur. Jürgen Miebach**
(Leistung ambulant)
- **Frank Schlerfer**
(Leistung Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen – QPP)
- **RA Constantin Wilde, LL.M.**
(Leistung stationär)
- **Dipl.-Betriebswirtin Jutta Wilms**
(Leistung Wahlleistung)

Referatsleiter

- **Ass. iur. Dirk Cramer**
(Revision)
- **Ass. iur. Christoph Cremer**
(Revision)
- **RA Nurettin Fenercioglu, LL.M.**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Kfm. Joachim Hölbe**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Stefan Klein**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Maike Lamping, LL.M.**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Math. Jürgen Mnich**
(IT)
- **Dr. Marc-Pierre Möll**
(Politik)
- **Gerald Mörsberger, M.A.**
(Leistung Datenbanken)
- **RA René Neumann**
(Recht)
- **Dipl.-Kfm. Sascha Raitzel**
(Recht)
- **RA'in Barbara Schmitz**
(Leistung stationär)
- **Dipl.-Kfm. Jochen Scholl**
(Leistung Pflege)
- **Dr. Frank Schulze Ehring**
(Politik)
- **RA Gerrit Taeger**
(Zentrale Dienste)

Referenten

- **Dr. Ahmet Aker**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Kfm. Michael Backes**
(Revision)
- **Dipl.-Region.-Wiss. Frederic Baum**
(Zentrale Dienste)
- **Bastian Biermann, M.A.**
(Recht)
- **Dirk Böttcher**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Leif Bottke**
(Leistung stationär)
- **Stephan Caspary**
(Kommunikation)
- **Natalie Förster**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Gebeyehu Kenea Gobena**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Franziska Große**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Russ. Sabine Heche**
(Kommunikation)
- **Dominik Heck, M.A.**
(Kommunikation)
- **Inga Heuer, B.A.**
(Revision)
- **Dipl.-Jur. Anne Hilpert**
(Revision)

- **RA Clemens Hof**
(Ombudsmann)
- **Ass.iur. Sabina Ismayilova**
(Leistung Wahlleistung)
- **Dipl.-Math. Doreen Jahnke**
(Mathematik/Statistik)
- **Dr. Eylem Kaya, LL.M.**
(Recht)
- **Dipl.-Pflegerwirtin Andrea Kleiner-Zander**
(Leistung QPP)
- **Dipl.-Math. Marco Kolbe**
(Mathematik/Statistik)
- **Dr. Anne-Dorothee Köster**
(Politik)
- **Dirk Lullies, M.A.**
(Kommunikation)
- **Ass. iur. Michelle Mahlke**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Math. Gerald Meißner**
(Mathematik/Statistik)
- **Dipl.-Gesundheitsök. Anne-Katrin Merkelbach**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Konstanze Meyer, LL.M.**
(Recht)
- **Dipl.-Kff. (FH) Claudia Moncada**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Norbert Neu**
(Revision)
- **Ass. iur. Isabella Osterbrink**
(Recht)
- **Dr. Thomas Philipp**
(Leistung stationär)
- **Dipl.-Wi.Jur. Bernd Rademacher**
(Leistung Wahlleistung)
- **Kirsten von Reth**
(Leistung QPP)
- **Dipl.-Volkswirtin Claudia Reuter**
(Leistung stationär)
- **Dipl.-Volkswirt Willi Roos**
(Leistung stationär)
- **RA Nikolai Sauer**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Psychologin Dorothee Schalles**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Beate Schlimbach**
(Leistung Wahlleistung)
- **RA Jürgen Schmidt**
(Leistung Wahlleistung)
- **Dipl.-Betriebswirtin Verena Schönbein**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Kff. Elke Schüller**
(Revision)
- **Nina Schultes**
(Kommunikation)
- **Olaf Schulze**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Pflegerwiss. Barbara Schütt**
(Leistung QPP)
- **Sabine Seuß, M.Sc.**
(Zentrale Dienste)

- **Susann Stein**
(Kommunikation)
- **RA'in Sandy Stephan**
(Ombudsmann)
- **Hans-Jürgen Szabries**
(Leistung QPP)
- **Dr. Getachew Befekadu Tessema**
(Zentrale Dienste)
- **Anne Timm**
(Kommunikation)
- **RA Jörg Uthmann**
(Leistung Pflege)
- **Dipl.-Kff. Meltem Uzunlar**
(Revision)
- **Ass. iur. Anne Kristina Vieweg**
(Leistung Pflege)
- **Sébastien Vion, LL.M.**
(Revision)
- **Ass. iur. Judith Vollmer**
(Ombudsmann)
- **Jens Wegner, M. A.**
(Kommunikation)
- **Jenny Wernecke, M.A.**
(Politik)
- **Dipl.-Pflegerwirt Gernot Werner**
(Leistung QPP)
- **RA Martin Wohlgemuth**
(Leistung stationär)
- **Sven Wollenschein**
(Leistung QPP)

Medizinischer Leiter

- **Dr. Norbert Loskamp**
(Verbandsarzt)

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

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

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

II.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**, Prokuriat
 (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

* Anja **Lott**, Handlungsbevollmächtigte
 (DKV, Telefon: 0221 / 5 78-39 55,
 Telefax: -53 98)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Brandenburg

Stresemannstraße 111 (DKV), 10963 Berlin

Vorstand: Axel **Fortmann**, Abteilungsdirektor der DKV

* Anja **Lott**, Handlungsbevollmächtigte
 (DKV, Telefon: 0221 / 5 78-39 55,
 Telefax: -53 98)

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**, Prokuriat
 (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)

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
* Barbara **Nimz**, Spezialistin
[AXA, Telefon: 0611 / 3 63-1 38 35,
Telefax: -5 51 38 35]

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
* Daniel **Konieczny**, Abteilungsleiter
[Debeka, Telefon: 0261 / 4 98-23 00,
Telefax: -23 51]

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
Postanschrift: 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 (Continentrale),
44139 Dortmund
E-Mail: pkv.lasa@continentale.de

Vorstand: Dr. Christoph **Helmich**, ordentl.
Vorstandsmitglied der Continentale
* Klaus **Böcker**, Handlungsbevollmächtigter
[Continentrale, 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. Vor-
standsmitglied 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]

II.6 Mitgliedsunternehmen

(Stand: April 2013)



Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstraße 28, 80802 München
Postanschrift: Postfach 11 30, 85765 Unterföhring
Tel.: (089) 38 00-10 00 / Fax: (0800) 4 40 01 03
www.allianzdeutschland.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



EIN STÜCK SICHERHEIT.

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

Hansaallee 154, 60320 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 Krankenversicherung
 auf Gegenseitigkeit

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


HanseMerkur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
 Postanschrift: 20352 Hamburg
 Tel.: [040] 41 19-0 / Fax: [040] 41 19-32 57
 www.hansemerkur.de
 info@hansemerkur.de

HanseMerkur Spezial
 Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
 Postanschrift: 20352 Hamburg
 Tel.: [040] 41 19-0 / Fax: [040] 41 19-32 57
 www.hansemerkur.de
 info@hansemerkur.de


HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

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- u. STERBEKASSE „Mathilde“
VVG Hainstadt am Main**

Ernst-Ludwig-Straße 5, 63512 Hainburg
Postanschrift: Postfach 45 00, 63509 Hainburg
Tel.: (06182) 47 29
www.mathilde-hainstadt.de
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**

Friedenstraße 18, 93053 Regensburg
Postanschrift: Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
93055 Regensburg
Tel.: (0941) 40 95-2 01 / Fax: (0941) 40 95-2 09
www.ligakranken.de
service@ligakranken.de



LVM Krankenversicherungs-AG

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



Mannheimer Krankenversicherung AG

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.**

Pettenkoferstraße 19, 80336 München
Postanschrift: 80283 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
Postanschrift: Postfach 10 33 64, 40024 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:



Bayerische Beamten Versicherung AG
Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München
Tel.: (089) 67 87-0 / Fax: (089) 67 87-91 50
www.bbv.de
info@bbv.de



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
Reuterweg 47, 60323 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 9 58 69 69 / Fax: (069) 9 58 69 58
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
Tübinger Straße 55, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70164 Stuttgart
Tel.: (0711) 16 95-15 00 / Fax: (0711) 16 95-59 91
www.wgv.de
kundenservice@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

Trauerfall 2012

Direktor i. R. Lothar Stürmer

Ehemaliger Rechnungsprüfer des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V.,
ehemaliges Vorstandsmitglied der Nothilfe VOHG Krankenversicherung a. G., der
heutigen INTER Krankenversicherung aG

verstorben am 1. August 2012

III. Abkürzungsverzeichnis

ABDA.....	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Abs.	Absatz
a.F.....	Alte Fassung
AG.....	Aktiengesellschaft
AGG.....	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AIDS.....	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMG.....	Arzneimittelgesetz
AmnG.....	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AMRabG.....	Arzneimittelrabattgesetz
Art.	Artikel
AVB.....	Allgemeine Versicherungsbedingungen
Az.....	Aktenzeichen
BÄK.....	Bundesärztekammer
BaFin.....	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAFzA.....	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
BBhV.....	Bundesbeihilfeverordnung
BfArM.....	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB.....	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBL.....	Bundesgesetzblatt
BGH.....	Bundesgerichtshof
BMF.....	Bundesministerium der Finanzen
BMG.....	Bundesministerium für Gesundheit
BSG.....	Bundessozialgericht
BTB / BTN.....	Basistarif für Beihilfeberechtigte / nicht Beihilfeberechtigte
BVerwG.....	Bundesverwaltungsgericht
BVO.....	Beihilfeverordnung
BZÄK.....	Bundeszahnärztekammer
BZgA.....	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.....	zirka
d.h.	das heißt
DAV.....	Deutsche Aktuarvereinigung e. V.
DKG.....	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKM.....	Messe für Finanz- und Versicherungswirtschaft
Dr.....	Doktor
DRG.....	Diagnosis Related Groups
Drs.	Drucksache
EBM.....	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ED.....	Exposure Draft (= Standardentwurf)
EIOPA.....	Europäische Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen
ESTG.....	Einkommensteuergesetz
etc.....	et cetera
EU.....	Europäische Union
EuGH.....	Europäischer Gerichtshof
e. V.....	eingetragener Verein
f.....	folgende (Seite)
FAQ.....	Frequently Asked Questions (häufig gestellte Fragen)
ff.	folgende (Seiten)
G-BA.....	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDV.....	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
GEPV.....	Geförderte ergänzende Pflegeversicherung
GKV.....	Gesetzliche Krankenversicherung

GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Humane Papillomviren
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
i.V.m.	in Verbindung mit
KaV	Kalkulationsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KStG	Körperschaftsteuergesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
LTGA	Long-Term Guarantee Assessment
MB/EPV	Musterbedingungen des PKV-Verbands für die Ergänzende Pflegekrankenversicherung
MB/GEPV	Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
MB/KK	Musterbedingungen des PKV-Verbands für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
MB/KT	Musterbedingungen des PKV-Verbands für Krankentagegeldversicherung
MB/PPV	Musterbedingungen des PKV-Verbands für die Private Pflegepflichtversicherung
MdEP	Mitglied des Europäischen Parlaments
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
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
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik
PfIDV	Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung
PfIVG	Pflichtversicherungsgesetz
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PIDV	Präimplantationsdiagnostikverordnung
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
PREFERE	Studie zur Evaluation von vier Behandlungsmodalitäten beim Prostatakarzinom
Prof.	Professor

PsychEntgG.....	Psychiatrie-Entgeltsystems
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
RettAssG.....	Rettungsassistentengesetz
RfB.....	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
S.....	Seite(n)
s.....	siehe
SCR.....	Solvency Capital Requirement(s) (erforderliche Solvenzmittel)
SGB.....	Sozialgesetzbuch
SPV.....	Soziale Pflegeversicherung
STB / STN.....	Standardtarif für Beihilfeberechtigte / nicht Beihilfeberechtigte
STI.....	Sexually Transmitted Infection (Sexuell übertragbare Krankheiten)
stv.....	stellvertrende(r)
TPG.....	Transplantationsgesetz
TÜV.....	Technischer Überwachungsverein
u. a.....	unter anderem
UPD.....	Unabhängige Patientenberatung Deutschlands
UStG.....	Umsatzsteuergesetz
VAG.....	Versicherungsaufsichtsgesetz
vgl.....	vergleiche
VaG; V.V.a.G.....	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VG.....	Versicherungsvertragsgesetz
WIP.....	Wissenschaftliches Institut der PKV
www.....	World Wide Web
z. B.....	zum Beispiel
ZESAR.....	Zentrale Einzugsstelle für Arzneimittelrabatte
ZP.....	Zielleistungsprinzip
ZQP.....	Zentrum für Qualität in der Pflege

IV. Stichwortverzeichnis

Seite

A	Aids-Prävention	42 f.
	Alkohol-Prävention.....	43 f.
	Alterungsrückstellungen	22
	Anwartschaftsversicherung (Pflegepflichtversicherung)	86
	Arzneimittel	64 ff.
	Arzneimittelrabatte	30, 64 ff.
	Aufwendungen	21 ff.
	Alterungsrückstellungen	22
	Leistungen an Versicherte	21
	Veränderung der Versicherungsleistungen.....	21
	Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen.....	22
	Ausbildungsfonds	79
	Auslandsreisekrankenversicherung.....	17
B	Basistarif.....	14, 144 ff.
	Beihilfe	12, 121 ff.
	Beitragseinnahmen	18 ff.
	Anteil der Versicherungsarten	20
	Einmalbeiträge aus RfB	20
	Unabgegrenzte Beitragseinnahmen.....	18 f.
	Beitragszuschuss (bei ALG II)	111
	Besondere Versicherungsformen.....	17
	Bestandsentwicklung.....	10 ff.
	Bezugsgröße.....	111 ff.
	Brustimplantate (schadhafte).....	61 ff.
	Bundesbasisfallwert 2013.....	78 f.
C	COMPASS.....	91 ff.
D	DRG-System 2013.....	81 f.
E	Ehrenmitglieder des Verbands	183
	Ein- und Zweibettzimmerzuschläge.....	84 f.
G	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).....	47 ff.
	Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).....	55 ff.
	GEPV (geförderte ergänzende Pflegezusatzversicherung).....	88 ff., 160 ff.
	Geschäftsführung.....	190 ff.
H	Hauptausschuss	183
	HIV-/ Aids-Prävention	42 f.
I	IASB	128 f.
J	Jahresarbeitsentgeltgrenze.....	111
K	Krankenhaus-Datenbank des Verbands.....	83 ff.
	Krankenhaustagegeldversicherung	17
	Krankentagegeldversicherung	17
	Krankheitsvollversicherung	10 ff.
L	Landesausschüsse.....	192 ff.
	Landesbasisfallwerte	77 f.
	Leistungen an Versicherte	21
M	Medicproof	98 ff.
	Mitgliedsunternehmen.....	9 f., 194 ff.

N	Nettoneuzugang	10 f.
	Nichtzahler	33
	Notlagentarif.....	32 f.
P	Pflegeberatung in der PPV.....	91 ff.
	Pflegezusatzversicherung.....	17, 19, 88 ff., 160 ff.
	Prävention.....	43 ff., 70 ff.
	Pressearbeit des PKV-Verbands.....	35 ff.
	Publikationen des PKV-Verbands	204 ff.
	Publikationen des WIP	207 ff.
	Private Pflegepflichtversicherung	15, 85 ff.
	Begutachtungsergebnisse	100
	Beiträge	85 f.
	Bestand	15
	Beziehungen zu den Leistungserbringern	103 f.
	Gesetzgebung	86 ff.
	Härtefälle	101 ff.
	Medizinische Begutachtung der Antragsteller	98 ff.
	Qualität der Pflege	94 ff.
	Pflegeberatung (Compass)	91 ff.
	Prüfdienst der PKV	94 ff.
	Zentrum für Qualität in der Pflege	104 ff.
	Provisionen	31, 118
Q	Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen	31 f., 94 ff.
R	Rechengrößen 2013.....	111 ff.
	Rechnungslegung.....	128 f.
S	Solvabilität	129 ff.
	Solvency II	129 ff.
	Sonderausschüsse	184 ff.
	Standardtarif.....	13
	Stationäre Leistungen	77 ff.
	Sterbetafel PKV-2012	141 ff.
	Steuern	132 ff.
	Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege	104 ff.
U	Unisex	36, 114 ff.
V	Verbandsorgane.....	183 ff.
	Versicherungsbestand.....	10 ff.
	Vorstand	184
W	Wahlleistungen im Krankenhaus.....	12, 16
	WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV	163 ff.
Z	Zahnzusatzversicherungen	16
	ZQP.....	104 ff.
	Zusatzversicherungen.....	15 ff.
	Zytostatika	69 f.
	ZESAR	30, 67

V. 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)

„Vorteile und Fakten des Deutschen Gesundheitssystems“ (Flyer)

„Fakten, die für die PKV sprechen“ (Flyer)

„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

„Beihilfevorschriften des Bundes nebst Durchführungshinweisen“**Musterbedingungen**

- 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)
- für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013)

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 substituierenden Privaten Krankenversicherungsschutzes im Hinblick auf die Liberalisierung des europäischen Versicherungsmarktes“ von Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter, Juli 1993
- Heft 16: „Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV“ von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, Oktober 1992
- Heft 15: „Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems durch eine Organisationsreform“ von Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg, Januar 1992
- Heft 14: „Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Rupert Scholz, April 1991
- Heft 13: „Zur Reform des Krankenversicherungssystems“ von Heinrich Frommknecht, August 1990
- Heft 12: „Teilkostenerstattung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse“ von Direktor a. D. Hans Töns, April 1987
- Heft 11: „Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht“ von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, November 1985
- Heft 10: „Gedanken zur Privaten Krankenversicherung“ von Dr. Heinz Bach, Dezember 1984
- Heft 9: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“ von Direktor a. D. Hans Töns, November 1983
- Heft 8: „Zur Selbstbeteiligung der Versicherten“ von Dipl.-Volkswirt Thomas Ruf, Dezember 1982
- Heft 7: „Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Bernd von Maydell, März 1982
- Heft 6: „Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung“ von Prof. Dr. Isensee, Oktober 1980
- Heft 5: „Zum Beitragszuschuß“ von Bundesrichter Dr. Helmut Heinze, November 1976 (vergriffen)
- Heft 4: „Zum Privatliquidationsrecht der leitenden Krankenhausärzte“ von Prof. Dr. Wolfgang Gitter, Mai 1975
- Heft 3: „Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Walter Leisner, Oktober 1974 (vergriffen)
- Heft 2: „Zur Reform des Krankenhauswesens“ von Dipl.-Volkswirt Karl Brandecker, Januar 1974 (vergriffen)
- Heft 1: „Zur Krankenversicherung der Studenten“ von Prof. Dr. Rupert Scholz / Prof. Dr. Josef Isensee, März 1973 (vergriffen)

Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV – WIP

Diskussionspapiere

2013:

- 1/2013 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011“ von Dr. Frank Niehaus

2012:

- 4/2012 „Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen – Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV“ von Dr. Frank Wild
- 3/2012 „Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008“ von Verena Finkenstädt, und Dr. Torsten Keßler
- 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

2013

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick

Verena Finkenstädt und Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2011 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Dr. Frank Wild

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.

