



Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2006

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon (0221) 376 62-0 · Telefax (0221) 376 62-10

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

www.pkv.de · info@pkv.de

Inhalt

Vorwort	2
Einleitung	5
1. Wirtschaftliche Entwicklung des Verbandes und seiner Mitgliedsunternehmen	7
1.1 Allgemeiner Überblick und Aufbau des Verbandes	9
1.2 Versicherungsbestand	10
1.3 Erträge	17
1.4 Aufwendungen	20
2. Der PKV-Verband in der Öffentlichkeit	23
2.1 Gesundheitspolitische Diskussion	25
2.2 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes	31
2.3 Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	35
2.4 Internationale Zusammenarbeit	37
2.5 HIV-/AIDS-Prävention	38
2.6 Telematik	39
3. Entwicklungen im Leistungsbereich	45
3.1 Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte	47
3.2 Ambulante Leistungen und Integrierte Versorgung	57
3.3 Stationäre Leistungen	60
3.4 Private Pflegepflichtversicherung	82
4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen	93
4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen	95
4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft	115
4.3 Rechnungslegungs-, Solvabilitäts- und Steuerfragen	134
4.4 Sonstiges	142
Anhang	145
I. Verbandsorgane	147
I.1 Hauptausschuss und Vorstand	147
I.2 Sonderausschüsse	148
I.3 PKV-Vertreter in den Gremien des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	154
I.4 Geschäftsführung	156
I.5 Landesausschüsse	157
I.6 Mitgliedsunternehmen	159
II. Wettbewerbsrichtlinien der Versicherungswirtschaft	164
III. Abkürzungsverzeichnis	171
IV. Stichwortverzeichnis	174
V. Publikationen des PKV-Verbandes	177

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2006 war dominiert von einer überaus kontrovers und ideologisch geführten Debatte zur Gesundheitsreform 2007, bei der die PKV von Beginn an ein zentraler Streitpunkt zwischen den Partnern der Großen Koalition war. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen ging es dabei um nicht weniger als die Sicherung der Existenz. Im gleichen Maße galt es, massive Eingriffe in die bestehenden Verträge unserer Versicherten abzuwehren.

Bereits während der Verhandlungen zum Koalitionsvertrag im Herbst 2005 wurde die PKV zu einem ideologisch aufgeladenen Symbolthema zwischen Union und SPD, die sich in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt hatten, einen Kompromiss zwischen ihren gegensätzlichen gesundheitspolitischen Konzepten „Gesundheitsprämie“ und „Bürgerversicherung“ zu finden. Schon im Koalitionsvertrag wurde dazu allerdings festgehalten, dass sich beides „nicht ohne weiteres miteinander vereinbaren“ lässt. Diese Unvereinbarkeit spiegelt sich in dem erzielten Ergebnis wider: Das im Februar 2007 von Bundestag und Bundesrat verabschiedete und am 1. April in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ist ein schlechter politischer Kompromiss, der keines der strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitssystems löst und bei dem es keine Gewinner gibt.

Auch die Rahmenbedingungen für die PKV und ihre Versicherten werden durch das GKV-WSG geschwächt. Jedoch muss deutlich herausgestellt werden, dass es in der Schlussphase des Gesetzgebungsverfahrens noch gelungen ist, die bis dahin vorgesehenen, katastrophalen Eingriffe in die PKV erkennbar abzumildern. Noch im Januar 2007 sah der Gesetzentwurf der Bundesregierung, der bereits die erste Lesung im Bundestag hinter sich hatte, faktisch das unmittelbare Aus für die PKV vor. Durch Eingreifen der Union quasi in letzter Minute konnte verhindert werden, dass die PKV nicht entsprechend den Vorstellungen der SPD und des Bundesgesundheitsministeriums zu einer zweiten GKV gemacht wurde. Dafür hat der PKV-Verband während des gesamten Jahres 2006 eine intensive Aufklärungsarbeit geleistet und damit entscheidend dazu beigetragen, dass die private Krankenvollversicherung auch in Zukunft ein Erfolgsmodell sein wird. Angesichts der ideologisch und hochemotional geführten Kampagne gegen die PKV muss dies als großer politischer Erfolg der Branche gewertet werden.

Alle Reformvorschläge des Bundesgesundheitsministeriums zur PKV zielten darauf ab, die PKV weitestgehend an die GKV anzugleichen – und sie damit faktisch abzuschaffen. So wurde im Frühjahr 2006 gefordert, die PKV in den Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen und damit einen Einkommens- und Risikoausgleich mit der GKV herzustellen. Nachdem das Bundesgesundheitsministerium mit diesem Ansatz gescheitert war, kursierten ab August 2006 neue Pläne, nach denen unter anderem eine unbefristete Portabilität der Alterungsrückstellungen für die Bestandsversicherten und das Ende der Tarifvielfalt in der PKV vorgesehen war. Allein die Pläne zur Portabilität der Alterungsrückstellungen hätten nach Berechnungen des Bundesfinanzministeriums Beitragserhöhungen von in der Spitze bis zu 36 Prozent für die heutigen PKV-Versicherten bedeutet.

Diese Beitragsszenarien führten bei den Privatversicherten zu wachsender Verunsicherung und großer Besorgnis, die sie gegenüber den PKV-Unternehmen,

aber auch gegenüber dem Verband in großer Zahl zum Ausdruck brachten. In dieser Situation und vor dem Hintergrund der vorliegenden, existenzbedrohenden Pläne der Bundesregierung initiierte der PKV-Verband eine Protestaktion. Ziel der Aktion war es, PKV-Versicherte zu motivieren, ihren Unmut gegen die Regierungspläne direkt gegenüber ihren jeweiligen Wahlkreisabgeordneten zum Ausdruck zu bringen und damit die Politik auf die katastrophalen Auswirkungen der Reformpläne aufmerksam zu machen. Die Resonanz war außerordentlich hoch: Über hunderttausend Betroffene wandten sich auf diesem Weg an ihre Bundestagsabgeordneten.

Der Verband hat im Laufe des Jahres 2006 unzählige Gespräche mit Politikern, Meinungsbildnern und Journalisten geführt, um auf die Folgen der geplanten Eingriffe in die PKV hinzuweisen und die Bedeutung der PKV für das deutsche Gesundheitssystem immer wieder deutlich zu machen. Die politische Arbeit des Verbandes wurde durch eine intensive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt: Neben der laufenden Pressearbeit mit einer Vielzahl von Hintergrundgesprächen mit gesundheitspolitischen Journalisten hat der Verband für die Branche in diesem Jahr in über 30 Pressemitteilungen und mehreren gut besuchten Pressekonferenzen in Berlin öffentlichkeitswirksam Position zur Gesundheitsreform bezogen.

Mit einer Anzeigenkampagne zu den Mehrzahlungen der Privatversicherten im ersten Halbjahr 2006 wurde die breite Bevölkerung über die bedeutende Rolle der PKV für das Gesundheitssystem informiert. Die Kampagne wurde durch das Bekenntnis vieler Ärzte und Krankenhäuser zur PKV in den Medien erfolgreich unterstützt. Die Kernbotschaft der Kampagne, dass Privatversicherte das Gesundheitssystem insgesamt jedes Jahr durch höhere Preise und Arzthonorare stützen, konnte so bis zum Sommer verankert werden. In einer kurzfristig geschalteten Anzeigenkampagne eine Woche vor Verabschiedung der Eckpunkte im Juli 2006 wurde noch einmal an alle politischen Entscheider appelliert, die Zukunft der PKV nicht aufs Spiel zu setzen.

Angesichts der ernsthaften Bedrohung der PKV erfuhr die Branche auch Unterstützung durch andere Verbände und Institutionen des Gesundheitswesens, die sich hörbar für den Erhalt der PKV aussprachen. Diese strategische Allianz fand ihre Fortsetzung in der „Berliner Erklärung“, in der einschließlich des PKV-Verbandes 14 Verbände und Interessenvertretungen öffentlich die negativen Auswirkungen der Gesundheitsreform kritisierten und ihre Bereitschaft anboten, an einem Konzept für eine langfristig tragende Gesundheitsreform mitzuwirken. Noch nie zuvor hatten sich so viele unterschiedliche Akteure zusammengeschlossen, um gemeinsam gegen eine Gesundheitsreform zu protestieren.

Insgesamt greifen die Neuregelungen des GKV-WSG erheblich in die Freiheitsrechte von Unternehmen und Versicherten ein. Und aus Sicht der PKV und renommierter Verfassungsrechtler bestehen unüberwindbare verfassungsrechtliche Hürden. Schon nach dem jetzigen Stand der derzeit laufenden Prüfung der Verfassungsmäßigkeit in den Unternehmen und im PKV-Verband steht fest, dass PKV-Unternehmen gegen das Gesetz klagen werden. Gleichzeitig haben bereits zahlreiche Privatversicherte angekündigt, dass auch sie den Klageweg beschreiten wollen, sobald sie durch das GKV-WSG beschwert werden.

Trotz der rechtlichen Bedenken gegen die Gesundheitsreform wird die PKV die Herausforderung dieses Gesetzes selbstbewusst annehmen. Ab dem 1. Januar 2009 wird die PKV einen Basistarif anbieten, der den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Dieser Tarif wird allerdings nicht zum bestimmenden Produkt im

Wettbewerb werden. Denn die Perspektive und Zukunft der Branche ist nicht der Basistarif, sondern eindeutig eine noch attraktivere, weiterentwickelte PKV-Welt mit Produkten, die individuelle Wahlfreiheiten, generationengerechte Finanzierung und unkündbare verlässliche Leistungszusagen bieten.

Köln, im Mai 2007



Reinhold Schulte
Vorsitzender



Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

Einleitung

Der vorliegende Rechenschaftsbericht spiegelt die Tätigkeit des PKV-Verbandes im Jahr 2006 wider. Layout und Struktur des Rechenschaftsberichts wurden umfassend überarbeitet.

Die Themen wurden vier Großkapiteln zugeordnet und erleichtern so den Überblick über die einzelnen Tätigkeitsbereiche: Kapitel 1 stellt die Geschäftsentwicklung der Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes im Jahr 2006 dar, soweit zum Zeitpunkt der Drucklegung die erforderlichen Daten bereits verfügbar waren. Die Positionierung des Verbandes gegenüber Politik und Öffentlichkeit ist in Kapitel 2 dargestellt. Kapitel 3 befasst sich mit den Fragen des Leistungsbereichs und Kapitel 4 beinhaltet die rechtlichen Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen.

Themen und Teilbereiche, die nicht aus dem Inhaltsverzeichnis hervorgehen, können über das Stichwortverzeichnis im Anhang gefunden werden.

Der Rechenschaftsbericht präsentiert sich in diesem Jahr im neuen Broschürenlayout des Verbandes. Neu ist dabei auch die Verwendung von Illustrationen, um lange Textpassagen aufzulockern und das Gesamtbild attraktiver zu gestalten. Jedes Kapitel zeigt Aufnahmen einer deutschen Weltkulturerbestätte der UNESCO. Im Einzelnen handelt es sich dabei um die Lübecker Altstadt, das Elbtal in Dresden, die Völklinger Eisenhütte, das klassische Weimar und die Welterbestadt Regensburg. Erläuterungen zu den meisten Motiven finden sich in den jeweiligen Kapiteln.



1. Wirtschaftliche Entwicklung des Verbandes und seiner Mitgliedsunternehmen



1.1 Allgemeiner Überblick und Aufbau des Verbandes

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

Die Ausführungen in diesem Kapitel geben das vorläufige Geschäftsergebnis der 48 ordentlichen Mitgliedsunternehmen des Verbandes für das Jahr 2006 wieder. Es konnte anhand der Angaben aus den Quartalberichten von Unternehmen, die über 99 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen verfügen, ermittelt werden. Aus zusätzlichen statistischen Erhebungen bei den Mitgliedsunternehmen werden weitere Daten gewonnen. Nichtsdestotrotz lagen für diesen Rechenschaftsbericht teilweise nur geschätzte Angaben der Unternehmen vor. Die folgenden Zahlen sind daher nur vorläufig und als gerundete Werte zu verstehen. Die endgültigen Zahlenangaben, die erfahrungsgemäß Differenzen gegenüber den vorläufigen Werten aufweisen, werden im Zahlenbericht 2006/2007 als Ergänzung zu dieser Veröffentlichung im Herbst bekannt gegeben. Die zurzeit neuesten exakten Zahlen sind im Zahlenbericht 2005/2006 veröffentlicht, der auf www.pkv.de zu finden ist.



Der Verband hat 48 ordentliche Mitglieder und ein außerordentliches Mitglied; zwei Unternehmen stellen verbundene Einrichtungen dar.

48 Mitgliedsunternehmen

- 20 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 28 Aktiengesellschaften

1 außerordentliches Mitgliedsunternehmen

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

2 verbundene Einrichtungen

- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
- Postbeamtenkrankenkasse

Z05/1401

Zweck des PKV-Verbandes

Vorläufige Zahlen

Mitgliedsunternehmen

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

	Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit		Aktiengesellschaften	
	2006	2005	2006	2005
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	20	19	28	29
Anzahl der Vollversicherten	4.460.000	4.334.900	4.015.600	4.038.100
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	52,6	51,8	47,7	48,2
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	13.160	12.321,7	15.280	15.026
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	46,3	45,1	53,7	54,9

R06/1102

Neun Aktiengesellschaften waren Tochtergesellschaften von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 1.870 Mio. Euro machten 7 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 6,7 Prozent des Gesamtbestandes an Vollversicherten der PKV.

1.2 Versicherungsbestand

Krankheitsvollversicherung

Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 28.440 Mio. Euro beträgt 72,15 Prozent.

Der Nettoneuzugang in der Vollversicherung ist mit 102.600 Personen Ende des Jahres 2006 erneut niedriger als im Vorjahr mit 113.600 Personen. Damit wirkt sich die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2003 inzwischen im vierten Geschäftsjahr für die PKV auch außerordentlich negativ auf den Neuzugang aus.

	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.475.600	8.373.000	+ 102.600	+ 1,2

R06/1201

Neben dem Nettoneuzugang gibt es noch zwei weitere Größen, die die Bestandsveränderungen in der PKV beschreiben: die Wanderungsbewegung zwischen PKV und GKV und der 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	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	278.500	274.500	+ 4.000	+ 1,5
Abgänge zur GKV	144.000	154.200	- 10.200	- 6,6
Differenz	134.500	120.300	+ 14.200	+ 11,8

R06/1202

Der Saldo der Wechsler zwischen GKV und PKV ist erkennbar größer als der Nettoneuzugang. Die Ursache hierfür ist, dass in der PKV die Sterberate über der Geburtenrate liegt.

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.

	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	552.700	554.800	- 2.100	- 0,4

R06/1203

Im Jahr 2005 war es erstmals möglich, genauere Angaben zur Versichertenstruktur in der Vollversicherung zu machen. Für das Jahr 2006 zeigt sich, dass 50 Prozent der Versicherten beihilfeberechtigt sind.

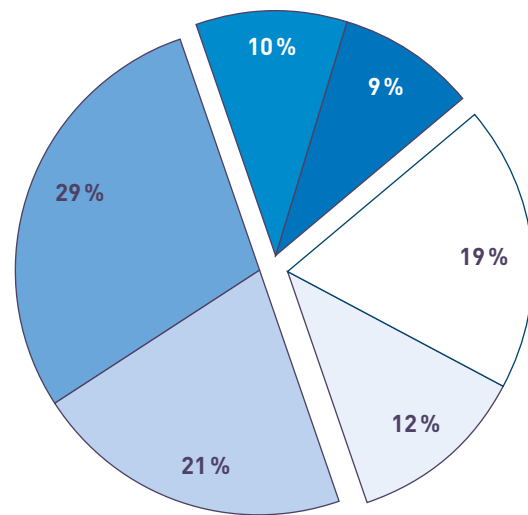
Wanderungsbewegung

Bruttoneuzugang

Zusammensetzung des Bestandes

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2006

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



R06/1204

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.

Fast 85 Prozent der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chefarztbehandlung im Krankenhaus beinhaltet.

Wahlleistungen im Krankenhaus

	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.194.600	7.205.900	- 11.300	- 0,2

R06/1205

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

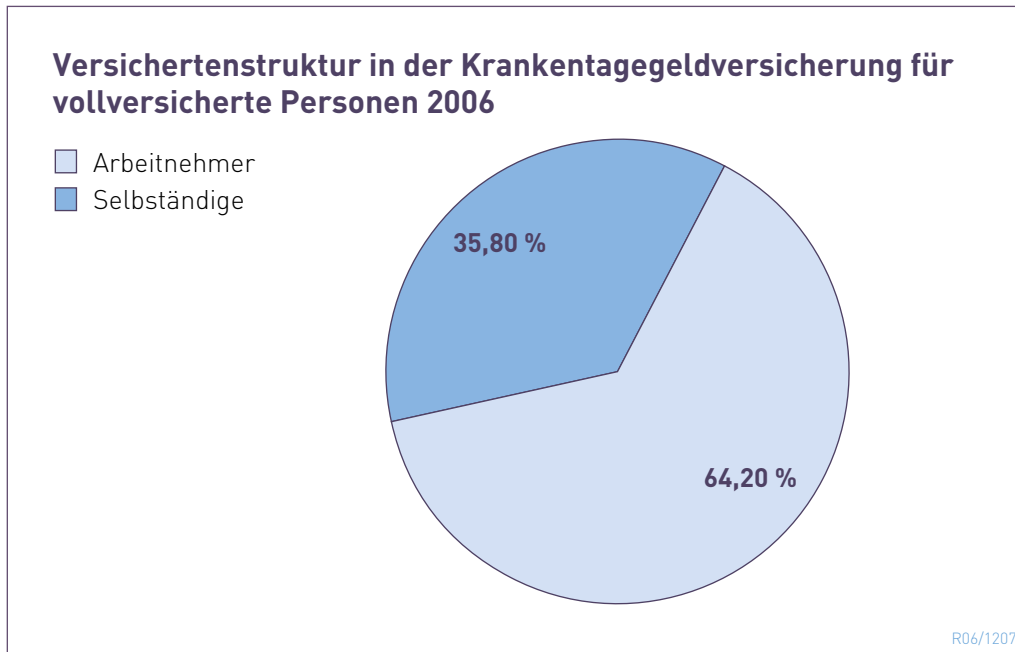
Krankentagegeld

	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	2.034.500	2.011.700	+ 22.800	+ 1,1

R06/1206

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

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



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

Standardtarif

versicherte Personen im Standardtarif ¹	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	4.962	4.568	+394	+8,6
ohne Beihilfe	19.860	15.296	+4.564	+29,8
insgesamt	24.822	19.864	+4.958	+25,0
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	1.138	1.145	-7	-0,6

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

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

R06/1208

Die meisten Versicherten im Standardtarif waren vorher bereits seit vielen Jahren privat versichert, weshalb sie durch die Anrechnung ihrer Alterungsrückstellungen einen geringeren Beitrag als den Höchstbeitrag zahlen. Die Kappung auf den Höchstbeitrag erfolgt nur bei weniger als 5 Prozent der Versicherten im Standardtarif.

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	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	2.749.000	2.715.000	+34.000	+1,3
Männer	4.868.200	4.820.000	+48.200	+1,0
Kinder	1.656.300	1.629.300	+27.000	+1,7
insgesamt	9.273.500	9.164.300	+109.200	+1,2

R06/1209

Zusatzversicherungen

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

Auch im Jahr 2006 erfuhr die Zusatzversicherung regen Zuspruch:

zusatzversicherte Personen ¹	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
	18.401.700	17.087.800	+1.313.900	+7,69

¹ Hier sind Doppelzählungen enthalten, da nicht nachvollzogen werden kann, ob die Versicherten bei verschiedenen Unternehmen unterschiedliche Zusatzversicherungen abgeschlossen haben oder sogar bei einem Unternehmen privat vollversichert und bei einem anderen noch zusatzversichert sind.

R06/1210

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

Zusatzversicherte
Personen mit GKV-Schutz

zusatzversicherte Personen mit GKV-Schutz		2006	2005	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	2.429.700	2.073.900	+355.800	+17,2
	Männer	1.917.500	1.648.900	+268.600	+16,3
	Kinder	1.547.900	1.314.800	+233.100	+17,7
	insgesamt	5.895.100	5.037.600	+857.500	+17,0
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.331.800	2.355.700	-23.900	-1,0
	Männer	1.586.000	1.604.700	-18.700	-1,2
	Kinder	1.181.400	1.079.600	+101.800	+9,4
	insgesamt	5.099.200	5.040.000	+59.200	+1,2
Zahntarife	Frauen	4.170.700	3.335.000	+835.700	+25,1
	Männer	3.180.600	2.599.100	+581.500	+22,4
	Kinder	2.079.200	1.860.100	+219.100	+11,8
	insgesamt	9.430.500	7.794.200	+1.636.300	+21,0
insgesamt¹	Frauen	5.784.300	5.237.000	+547.300	+10,5
	Männer	4.572.000	3.956.600	+615.400	+15,6
	Kinder	2.652.600	2.499.200	+153.400	+6,1
	insgesamt	13.008.900	11.692.800	+1.316.100	+11,3

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

R06/1211



Häuserfront an der Trave

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

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

zusatzversicherte Personen nach Versicherungsarten	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankentagegeld- versicherung	3.274.300	3.236.900	+37.400	+1,2
Krankenhaustage- geldversicherung	8.648.100	8.841.700	-193.600	-2,2
Pflegezusatz- versicherung	976.800	832.900	+143.900	+17,3
davon				
Pflegetagegeld- versicherung	805.400	667.800	+137.600	+20,6
Pflegekosten- versicherung	184.800	173.200	+11.600	+6,7

R06/1212

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.

versicherte Personen	2006	2005	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekranken- versicherung	19.897.200	20.327.900	-430.700	-2,1

R06/1213

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

Auslandsreisekranken-
versicherung

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.

Unabgegrenzte
Beitragseinnahmen



Holstentor

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

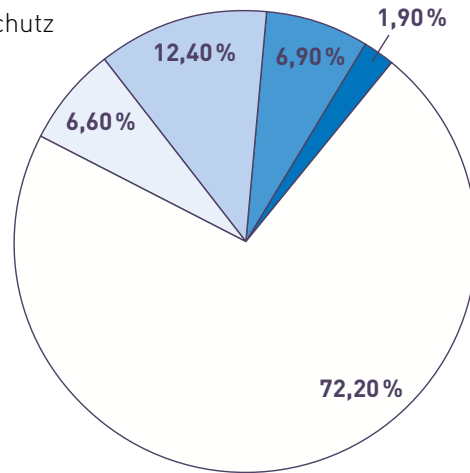
Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	2006	2005	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	20.520	19.665,2	+ 850	+ 4,3
Pflegeversicherung	1.870	1.867,5	0	0
Zusatzversicherungen	5.510	5.253,1	+ 260	+ 4,9
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	3.530	3.284,5	+ 250	+ 7,6
Krankentagegeldversicherung	1.040	1.047,3	- 10	- 1,0
Krankenhaustagegeldversicherung	730	751,3	- 20	- 2,7
Pflegezusatzversicherung	210	170,0	+ 40	+ 23,5
Besondere Versicherungsformen	540	561,9	- 20	- 3,6
davon				
Auslandsreisekrankenversicherung	270	302,5	- 30	- 9,9
Spezielle Ausschnittversicherungen	40	27,5	+ 10	+ 36,4
Beihilfeablöseversicherung	210	214,8	0	0
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	20	17,1	0	0
insgesamt	28.440	27.347,7	+ 1.090	+ 4,0
insgesamt ohne Pflegeversicherung	26.570	25.480,2	+ 1.090	+ 4,3

R06/1301

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

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2006

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



R06/1302

Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen

Die Mittel aus der Rückstellung 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 der Rückstellung für Beitragsrückerstattung auf die einzelnen Versicherungsarten.

Einmalbeiträge aus den RfB nach Versicherungsarten	2006	2005	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.320	755,5	+ 560	+ 74,1
Pflegeversicherung	20	549,8	- 530	- 96,4
Zusatzversicherungen	150	188,7	- 40	- 21,2
Besondere Versicherungsformen	0	0,0	0	0
insgesamt	1.490	1.494,0	0	0

R06/1303

1.4 Aufwendungen

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Sie betragen im Jahr 2006 insgesamt 17.820 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 71,3 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2005 betrug dieser Wert 69,2 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 1.485 Mio. Euro – 43,3 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Leistungen an die Versicherten

Leistungen an Versicherte	2006	2005	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	17.260	16.750,4	+510	+3,0
Pflegeversicherung	560	549,8	+10	+1,8
insgesamt	17.820	17.300,2	+520	+3,0

R06/1401



Altstadt-Häuserzug an der Trave mit historischem Schiff

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

Veränderung der Leistungsausgaben 2005 / 2006 je Versicherten	Veränderung in Prozent
ambulante Leistungen	+3,2
davon	
Arztbehandlung	+2,1
Heilpraktikerbehandlung	+8,7
Arzneien und Verbandmittel	+3,7
Heilmittel	+5,4
Hilfsmittel	+5,0
Zahnleistungen	-0,2
davon	
Zahnbehandlung	0,0
Zahnersatz	-0,6
Kieferorthopädie	+1,7
stationäre Leistungen	+2,5
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+2,6
Wahlleistung Chefarzt	+3,0
Wahlleistung Unterkunft	+0,3
Ersatz-Krankenhaustagegeld	+0,7
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+2,4

R06/1402

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 2006:

Alterungs- rückstellungen	2006	2005	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	96.000	88.203,2	+7.800	+8,8
Pflegeversicherung	16.500	15.167,7	+1.330	+8,8
insgesamt	112.500	103.370,9	+9.130	+8,8

R06/1403

Veränderung der Leistungsausgaben

Alterungsrückstellungen

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

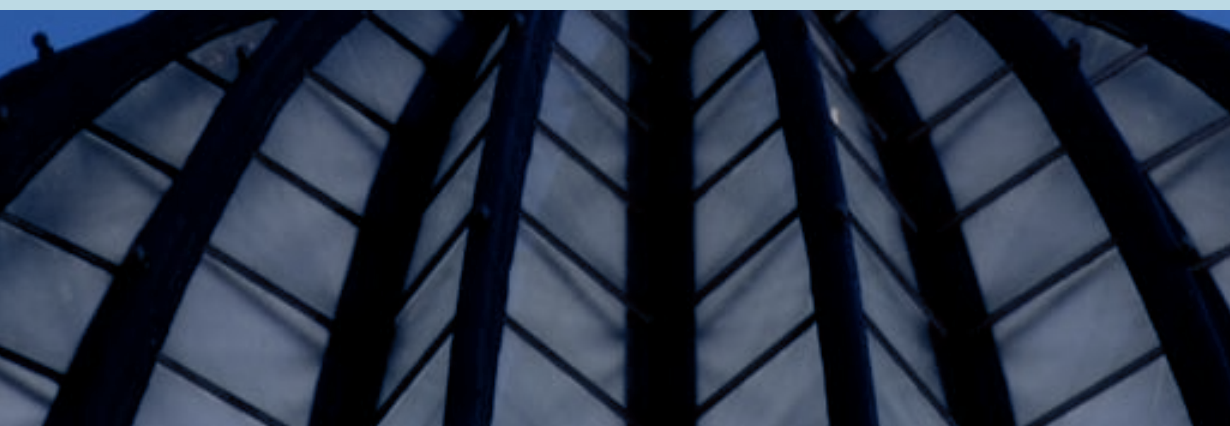
	2006	2005	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.390	2.361,0	+30	+1,3
Verwaltungsaufwendungen	790	781,7	+10	+1,3
insgesamt	3.180	3.142,7	+40	+1,3

R06/1404

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



2. Der PKV-Verband in der Öffentlichkeit



2.1 Gesundheitspolitische Diskussion

Das Jahr 2006 war dominiert von einer überaus kontrovers und ideologisch geführten Debatte zur Gesundheitsreform 2007. Zentraler Streitpunkt zwischen Union und SPD war von Beginn an die Rolle der privaten Krankenversicherung (PKV). Klarer Kurs des SPD-geführten Bundesgesundheitsministeriums war dabei die Angleichung der PKV an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Noch nach der zweiten Lesung im Bundestag waren die im Gesetzentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vorgesehenen Regelungen für die PKV existenzbedrohend. Erst in der Nacht zum 12. Januar 2007 einigte sich die Große Koalition auf einen Kompromiss, mit dem die katastrophalen Folgen für die PKV abgemildert wurden. Trotz dieser „Nachbesserungen“ bedeutet diese Gesundheitsreform eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die PKV und ihre Versicherten.

Aus Sicht der meisten Akteure im Gesundheitswesen ist das Ergebnis des Kompromisses alles andere als befriedigend. Der viel beschworene „ganz große Wurf“, der „eineinhalb Jahrzehnte tragen“ sollte, und unter anderem vom SPD-Parteivorsitzenden Kurt Beck im Vorfeld gefordert worden war, ist eindeutig nicht gelungen. Gleichwohl wird die Gesundheitsreform das deutsche Krankenversicherungssystem Bismarckschen Ursprungs grundlegend verändern. Das gilt sowohl für die GKV als auch für die PKV.

Kern der Gesundheitsreform 2007 ist die Umstellung der GKV-Finanzierung auf einen so genannten Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009. Mit diesem Gesundheitsfonds verlieren die gesetzlichen Krankenkassen ihre Finanzautonomie. Nicht mehr die einzelnen Krankenkassen bestimmen dann die Höhe der Beitragssätze, sondern der Staat legt einen einheitlichen Beitragssatz auf das beitragspflichtige Einkommen der gesetzlich Versicherten fest. Das so erzielte gesamte Beitragsaufkommen fließt in einen zentralen Gesundheitsfonds. Aus dem Fonds wiederum erhalten die Krankenkassen für jeden Versicherten einen einheitlichen Betrag. Die unterschiedlichen Risiken - wie Alter oder Krankheit - werden durch eine der Höhe des Risikos entsprechende, ergänzende Zuweisung ausgeglichen. Reicht dieser Betrag nicht aus, können die einzelnen Kassen von den Versicherten einen zusätzlichen Beitrag fordern. Es ist den Krankenkassen dabei freigestellt, ob sie einen prozentualen oder einen festen Zusatzbeitrag erheben. Um Überforderungen zu vermeiden, darf der Beitrag allerdings nicht mehr als ein Prozent des Haushaltseinkommens betragen. Darüber hinaus dürfen immer nur fünf Prozent der Ausgaben aller Kassen über Zusatzbeiträge finanziert werden. Sollten die Kassen mit dem Geld dann noch immer nicht auskommen, muss gegebenenfalls der Gesundheitsfonds aufgestockt werden.

Der Gesundheitsfonds wird auf das System der GKV beschränkt. Noch bis in den Sommer 2006 war geplant, auch die PKV in den Fonds einzubeziehen, was die Herstellung eines Einkommens- und Risikoausgleichs mit der GKV und damit das faktische Ende der PKV bedeutet hätte. Dass diese Pläne - auch aufgrund der nachhaltigen Aufklärungsarbeit des Verbandes - wieder fallen gelassen wurden, ist als ordnungspolitische Einsicht der Koalitionäre ausdrücklich zu begrüßen.

Die PKV bleibt damit als Vollversicherer erhalten. Alles andere wäre weder sachgerecht noch versicherungstechnisch möglich oder rechtlich durchsetzbar gewesen. Denn die PKV stellt mit Prinzipien der Risikoäquivalenz und der Kapitaldeckung ein eigenständiges und zukunftsfestes, weil demografiesicheres

Diskussion über die
Gesundheitsreform

Gesundheitsfonds

Kein Einbezug der PKV in
den Gesundheitsfonds

Versicherungssystem dar. Schon heute leistet dieses System einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag zum Gesundheitswesen, weil Privatversicherte bei Leistungserbringern höhere Preise als gesetzlich Versicherte zahlen.

Steuerfinanzierung

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds soll gleichzeitig der „programmatische“ Einstieg in eine Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern erfolgen. Dies ist zunächst ausdrücklich zu begrüßen. Die Beitragsfreiheit von Kindern in der GKV ist ordnungspolitisch als eine versicherungsfremde Leistung zu bewerten. Die Förderung von Kindern stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Kinderbeiträge zur Krankenversicherung müssen deshalb folgerichtig aus Steuermitteln finanziert werden. Allerdings gilt dies zwingend auch für die Versicherungsbeiträge der Kinder in der PKV. Das ist nicht nur aufgrund des Tatbestandes, dass Steuern auch von Privatversicherten entrichtet werden, sondern schon wegen des verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatzes zwingend geboten. Eine Schlussfolgerung, die im Übrigen auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zieht, wenn sie in der Berliner Zeitung vom 4. August 2006 die Auffassung äußert, dass bei vollständiger Steuerfinanzierung der Kinder in der GKV aus verfassungsrechtlichen Gründen eine unterschiedliche Behandlung der privat versicherten Kinder nicht möglich sei.

Diese Aussage weckt allerdings Zweifel und erweist sich in der tatsächlichen Umsetzung des Gesetzes als widersprüchlich: Zweifel bestehen, weil die jüngste Geschichte der Gesundheitspolitik lehrt, dass Steuerzuschüsse stark von Haushaltszwängen abhängen. Ob jemals aus Steuermitteln 16 bis 17 Mrd. Euro – dieser Betrag wäre notwendig, um die Krankenversicherungsbeiträge aller Kinder zu finanzieren – bereitgestellt werden, bleibt mit Skepsis abzuwarten. Im Widerspruch steht die Aussage der Bundesgesundheitsministerin zudem zum nun verabschiedeten Gesetz, das einen allgemeinen Steuerzuschuss allein für die GKV vorsieht. Die beitragsfreie Familienversicherung der GKV bleibt somit erhalten, während die damit einhergehende Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der PKV weiter verstärkt wird.

Gesundheitspolitische Herausforderungen bleiben

Das von der Bundesregierung selbst gesetzte Ziel der Gesundheitsreform 2007 war es, das Gesundheitssystem für die in Zukunft anstehenden gesundheitspolitischen Herausforderungen zu wappnen. Der geplante Gesundheitsfonds gibt genau darauf allerdings keine geeignete Antwort. Es bleibt unklar, wie im Umlageverfahren die mit dem Alter stark steigenden Gesundheitskosten angesichts des demografischen Wandels und der Überalterung der Bevölkerung getragen werden können. Ähnliches gilt für den medizinisch-technischen Fortschritt. Der Gesundheitsfonds gibt keine Antwort auf die Frage, wie der medizinische Fortschritt auch in Zukunft für alle gesetzlich Versicherten zugänglich gemacht werden kann. Offen bleibt, wie der Leistungskatalog der GKV künftig ausgestaltet werden soll, damit er auch noch „Luft“ für die Finanzierung des medizinischen Fortschritts lässt. Das gilt umso mehr als der gesetzliche Leistungskatalog im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes nicht reduziert wurde, sondern seit dem 1. April 2007 sogar noch um zahlreiche Pflichtleistungen erweitert worden ist.

Auch das Problem hoher Lohnzusatzkosten bleibt bestehen. Unabhängig von der Einrichtung eines Gesundheitsfonds können die Beitragssätze der Arbeitgeber und Arbeitnehmer steigen. Von einem festgeschriebenen Arbeitgeberbeitrag ist im Zuge der Gesundheitsreform keine Rede mehr. Im Gegenteil, schon im

Demografie und medizinischer Fortschritt

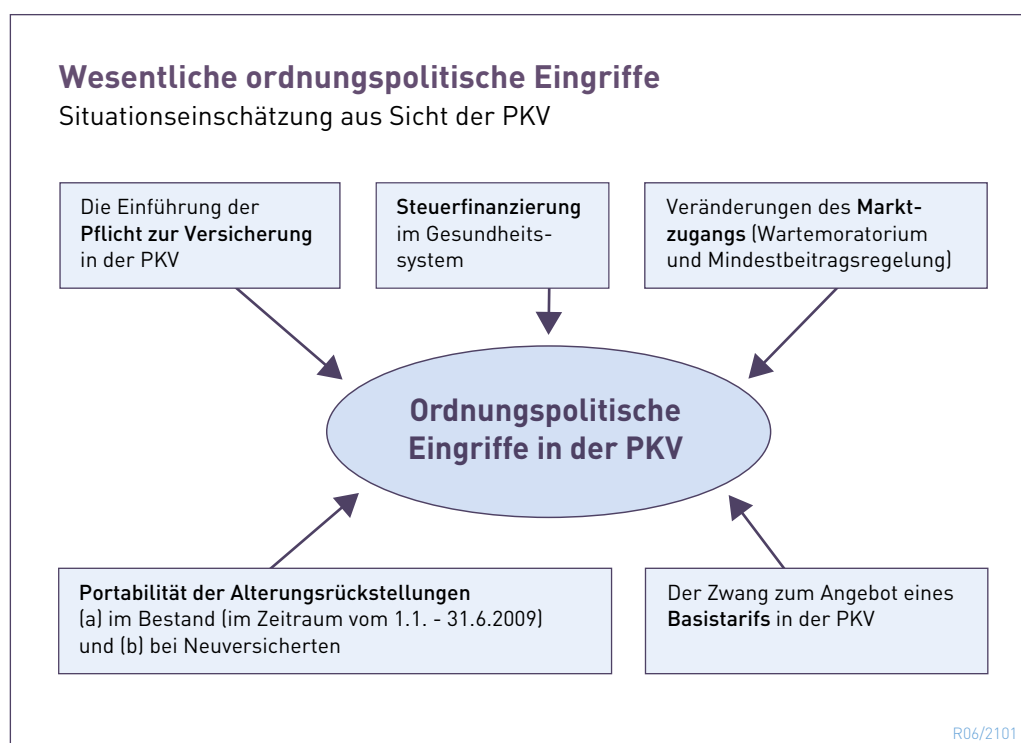
Lohnzusatzkosten

Vorfeld der Reform sind die Beiträge der Krankenkassen im Durchschnitt um mehr als 0,5 Prozentpunkte angestiegen. Weitere Beitragsanhebungen wurden von verschiedenen Kassenchefs angekündigt.

Ordnungspolitische Einordnung

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz stärkt die Rolle und die Einflussnahmemöglichkeit des Staates im Gesundheitswesen. Der Aufbau eines Gesundheitsfonds mit einer zentralen Beitragsverwaltung, die Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes durch den Gesetzgeber, der damit einhergehende Entzug der kassenindividuellen Beitragsautonomie, die Erlaubnis kassenartenübergreifender Fusionen und die Bildung eines Einheitsverbandes für die GKV werden die Selbstverwaltung innerhalb der GKV schwächen und den Staatseinfluss im Umkehrschluss verstärken.

Mehr Staatseinfluss



Wie dieses Mehr an staatlichem Einfluss und Zentralisierung mit der häufig in der Politik zu hörenden Forderung nach mehr Wettbewerb und Wahlfreiheit in einem dezentralen Gesundheitssystem einhergehen soll – darauf bleibt die Politik jede Antwort schuldig. Umso bedenklicher ist, dass eine freiheitlich organisierte und nachhaltig finanzierte Säule des Gesundheitswesens – das kapitalgedeckte und damit demografiefeste und generationengerechte Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung – im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 durch eine Summe von Einzelmaßnahmen konsequent geschwächt wird. Damit werden nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb, Wahlfreiheit und Generationengerechtigkeit im Gesundheitssystem erreicht. Besonders deutlich wird dies bei dem von der PKV neu einzuführenden Basistarif, der Portabilität der Alterungsrückstellungen und der Pflicht zur Versicherung.

Der Basistarif

Vom Gesetzgeber wird die PKV zum Angebot eines Basistarifs verpflichtet. Der Basistarif der PKV soll den Leistungen der GKV vergleichbar sein. Im Basistarif besteht Kontrahierungszwang. Risikozuschläge dürfen nicht erhoben werden. Zudem gilt eine mehrstufige Beitragslimitierung. Unter anderem sind die Beiträge auf den GKV-Höchstbeitrag begrenzt. Eine weitere Beitragslimitierung greift im Fall einer finanziellen Überforderung. In dem Fall, dass durch den Beitrag zum Basistarif Hilfsbedürftigkeit entsteht, ist der Höchstbeitrag zu halbieren.

Mit dieser Ausgestaltung des Basistarifs wird die PKV ohne Zweifel an die GKV angenähert. Durch Beitragslimitierung und Wegfall von Risikozuschlägen hält die nicht risikoäquivalente Kalkulation Einzug in das System der privaten Krankenversicherung. Und das gilt nicht nur für den Basistarif. Denn Kontrahierungszwang, Verzicht auf Risikozuschläge und Beitragslimitierung führen dazu, dass der Basistarif sich nicht aus sich selbst heraus finanzieren kann. Das Defizit müssen die Bestandsversicherten in der bisherigen Tarifwelt tragen. Das ist nichts anderes als eine Quersubventionierung des Basistarifs durch die bereits heute Privatversicherten und wird sich entsprechend auf die Prämienhöhe auswirken.

Die Folgen einer Subventionierung des Basistarifs durch die Versicherten in den traditionellen Volltarifen sind vorhersehbar. Der Gesetzgeber nimmt in der privaten Krankenversicherung billigend einen Eingriff in bestehende Verträge und daraus resultierende Beitragssteigerungen in Kauf – was verfassungswidrig ist. Denn Bestandsversicherte haben in der Vergangenheit im guten Glauben Versicherungsverträge abgeschlossen, die eine nachträgliche Veränderung der Versicherungsbedingungen ausschließen. Eine Belastung dieser Bestandsverträge durch einen Einkommensausgleich im Basistarif würde aber genau diese nachträgliche Veränderung der Rahmenbedingungen mit sich bringen. Um die Rechte der heutigen Privatversicherten zu wahren, müsste der Basistarif so ausgestaltet sein, dass er sich selbst finanziert.

Die Portabilität der Alterungsrückstellungen

Das GKV-WSG sieht des Weiteren vor, dass die Versicherten die in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel zu einem anderen PKV-Unternehmen mitnehmen können. Gegen diese Regelung gibt es insbesondere für alle Bestandsversicherten erhebliche – gerade auch rechtliche – Bedenken. Denn durch die Portabilität der Alterungsrückstellungen für Bestandsversicherte sind – trotz einer zeitlichen Begrenzung auf ein halbes Jahr – spürbare finanzielle Belastungen der Versicherten zu erwarten. Unabhängig davon, dass die Alterungsrückstellungen nicht individuell zurechenbar sind und die Portabilität auf verfassungsrechtliche Hürden trifft, würde ihre Mitgabe zu einer Verteuerung der Prämien für die heutigen Privatversicherten führen. Denn die Wechselleistung ist eine zusätzliche und damit auch zusätzlich zu finanzierende Versicherungsleistung. Das gilt immer, auch wenn der Unternehmenswechsel unter Mitgabe der Alterungsrückstellungen nur befristet erlaubt wird.

Defizitärer Basistarif

Subventionierung durch Versicherte in den traditionellen Tarifen

Portabilität ist eine zu finanzierende Versicherungsleistung

Dreijähriges Wartemoratorium

Geschwächt wird das Geschäftsmodell der PKV auch durch die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschlossene dreijährige Wartefrist. Nach dieser Regelung dürfen Angestellte erst nach dreimaligem Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze zur PKV wechseln, wodurch die Wahlfreiheit der Versicherten systematisch eingeschränkt wird. Die finanziellen Probleme der GKV löst der Gesetzgeber damit nachweislich nicht. Im Gegenteil: Ein zukunftsfestes und nachhaltig finanziertes Gesundheitswesen wird es nur dann geben, wenn nicht weniger, sondern mehr Menschen zwischen der umlagefinanzierten GKV und der kapitalgedeckten PKV wählen können. Doch dazu wären nicht erschwerte, sondern erleichterte Wechselbedingungen notwendig .



Pflicht zur Versicherung

Problematisch für die PKV ist darüber hinaus die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgesehene Pflicht zur Versicherung. Mit der Begründung, einen fehlenden Schutz vor Krankheitsrisiken und eine individuelle Vorteilsnahme (Wiederversicherung in der PKV nur im Krankheitsfall) mit entsprechenden Risikoverwerfungen zu vermeiden, hat sich die Große Koalition auf eine Pflicht zur Versicherung auch in der PKV geeinigt. Charakteristisch für diese Pflicht ist, dass jeder, der weder gesetzlich versichert ist, noch einen Anspruch auf Leistungen eines anderen Versorgungssystems hat, verpflichtet ist, sich in einem der angebotenen Tarife der PKV zu versichern. Dabei obliegt es jedem Einzelnen, dieser Pflicht mit einer Versicherung seiner Wahl nachzukommen. Bei Nichtzahlung der Versicherungsbeiträge ruht der Krankenversicherungsschutz des Versicherten. Eine Behandlung ist dann nur im Notfall gewährleistet.

Die Pflicht zur Versicherung stellt sich als „freiheitliche“ Alternative zur Versicherungspflicht dar. Die Versicherungspflicht entspricht einer Zwangsversicherung, in der Versicherte, auch wenn sie keine Beiträge zahlen (wollen), ihren Leistungsanspruch nicht verlieren. Die Versicherungspflicht entspricht damit der Bürger(zwangs)versicherung. Diese ist abzulehnen, bleibt aber dennoch insbesondere das Ziel der Politik der SPD. Anzeichen dafür gibt es genug. So wird in der SPD häufig von der Versicherungspflicht im GKV-Wettbewerbsstär-

kungsgesetz gesprochen. Damit setzt die SPD ihren Kurs in Richtung Bürgerversicherung fort. Entsprechend ist in Zukunft darauf zu achten, dass die Pflicht zur Versicherung in zukünftigen Gesundheitsreformgesetzen nicht schrittweise zur Versicherungspflicht und damit zur Bürgerversicherung uminterpretiert wird.



Restaurierte Altstadt Häuser

Risiken für die PKV und Ärzteschaft

Die genannten Folgewirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes verdeutlichen, wie massiv die PKV betroffen ist. Gerade beim vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Basistarif sind die Risiken erheblich, auch wenn derzeit noch nicht abzuschätzen ist, wie viele Versicherte letztlich den Basistarif abschließen werden. Fest steht schon jetzt: Je mehr Personen sich im Basistarif versichern, desto stärker werden die Versicherten in den Normaltarifen belastet und desto umfangreicher werden die Einkommensverluste für die Leistungserbringer sein. Diese werden dann nämlich stationär auf die Abrechnung zahlreicher zusätzlicher (chefärztlicher) Leistungen verzichten und ambulant im Basistarif zu abgesenkten Gebührensätzen praktizieren müssen.

Insgesamt greifen die Neuregelungen des GKV-WSG erheblich in die Freiheitsrechte von Unternehmen und Versicherten ein. Aufgrund der Tatsache, dass die Versicherten in den Normaltarifen den defizitären Basistarif subventionieren müssen, stellt sich die Frage nach der Verfassungskonformität der Gesundheitsreform. Aus Sicht der PKV bestehen unüberwindbare verfassungsrechtliche Hürden. Das haben auch verschiedene juristische Gutachten und Stellungnahmen in den Anhörungen zur Gesundheitsreform im Deutschen Bundestag klar zum Ausdruck gebracht. Die Frage der Rechtmäßigkeit des Gesetzes ist ungeachtet seiner Verabschiedung noch keineswegs beantwortet. Schon nach jetzigem Stand der derzeit laufenden Prüfung der Verfassungsmäßigkeit im PKV-Verband kann gesagt werden, dass PKV-Unternehmen klagen werden. Gleichzeitig haben bereits zahlreiche Privatversicherte angekündigt, dass sie den Klageweg beschreiten wollen, sobald sie durch das GKV-WSG beschwert werden.

Basistarif als Risiko

Verfassungsfrage

Perspektiven der PKV

Trotz der rechtlichen Bedenken gegen Regelungen der Gesundheitsreform wird die PKV die Herausforderungen dieses Gesetzes selbstbewusst annehmen. Ab dem 1. Januar 2009 wird die PKV einen Basistarif anbieten, der den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Dieser Tarif wird allerdings nicht zum bestimmenden Produkt im Wettbewerb werden. Die Perspektive und Zukunft der Branche ist nicht der Basistarif, sondern eindeutig eine noch attraktivere, weiterentwickelte PKV-Welt mit Produkten, die individuelle Wahlfreiheiten, generationengerechte Finanzierung und unkündbare verlässliche Leistungszusagen bieten. Die Bedürfnisse der Bürger werden auch durch die Gesundheitsreform selber verstärkt in diese Richtung gehen. Dabei sind zwei Entwicklungen von besonderer Bedeutung:

- Mit der Gesundheitsreform verlieren die gesetzlichen Krankenkassen perspektivisch ihre Beitragsautonomie. In naher Zukunft können Beitragserhöhungen in der GKV nur noch parlamentarisch beschlossen werden. Entsprechend schwierig werden diese Beitragserhöhungen durchzusetzen sein. Gleichzeitig sind die Möglichkeiten einer Finanzierung der GKV über eine sozialpolitisch gedeckelte Zusatzprämie oder Steuermittel begrenzt. Als Konsequenz wird – so die Prognose – der Finanzrahmen der GKV deutlich enger werden.
- Aus dem enger werdenden Finanzierungsrahmen ergibt sich automatisch ein eingeschränktes Leistungsangebot. Im Gesetz selbst sind Instrumente angelegt, die bremsend auf das Leistungsangebot in der GKV wirken, was unweigerlich auch Auswirkungen auf den Leistungsstandard der Leistungsanbieter haben wird. Eine in der Gesundheitsreform fortgesetzte und sich verstärkende Unterfinanzierung wird darüber hinaus das Entstehen von Wartelisten fördern. So wird in Deutschland der Weg zur direkten und expliziten Rationierung von Gesundheitsleistungen und einer Begrenzung von medizinischen Innovationen eröffnet.

Beide voneinander abhängenden Entwicklungen – ein enger werdender Finanzrahmen und ein entsprechend geringeres Leistungsangebot in der GKV – bieten der PKV Chancen. Je mehr Rationierungen nämlich in der GKV von den Versicherten wahrgenommen werden, je schlanker der Leistungskatalog der GKV sein wird, desto attraktiver wird ein höheres PKV-Leistungsniveau. Dem Preisrisiko, das der PKV durch die Reform entsteht, steht dann ein größerer Leistungsvorteil gegenüber. Insbesondere, weil das lebenslange Leistungsversprechen zentraler Bestandteil in der PKV bleibt. Das gilt auch für den Zusatzversicherungsmarkt. Hier wie dort müssen die Herausforderungen, die sich der PKV in einem zukünftig stärker staatsmedizinisch geprägten Gesundheitswesen bieten, angenommen werden.

2.2 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes

Aktive Pressearbeit in Berlin

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erfolgte 2006 mit dem Ziel größtmöglicher Nähe zu den politischen Entscheidungsträgern und gesundheitspolitischen Journalisten noch stärker als bisher vom Standort Berlin aus. Inzwischen befindet sich die gesamte Pressestelle des Verbandes – mit Ausnahme einer Teilzeitstelle – in Berlin. Diese Standortverlagerung erfolgte auch unter der Berück-

sichtigung, dass die Gesundheitspolitik im Nachwahljahr 2006 zu einem der wichtigsten Reformthemen der Großen Koalition werden würde. Die räumliche Nähe zu den relevanten Ansprechpartnern in Presse und Politik sowie zu den politischen Entscheidungsprozessen hat sich während der zurückliegenden Reformdebatte sehr bewährt.

Fokus der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Berichtsjahr war es, die Positionen der PKV in einer außerordentlich emotional und ideologisch geführten Reformdebatte erkennbar einzubringen. Neben den politischen Meinungsbildnern sollte auch die breitere Bevölkerung erreicht werden.

Zentrales Thema der ersten Jahreshälfte war für die PKV eine von der Bundesgesundheitsministerin bereits während der Koalitionsverhandlungen ausgelöste und geförderte Debatte um eine Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland mit dem Vorwurf, dass die PKV und Privatversicherte sich der Solidarität entzögen. Nahezu wöchentlich kursierten neue Vorschläge, die auf eine Vereinheitlichung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung abzielten: so etwa die Forderungen nach einer Angleichung der ärztlichen Honorarsysteme, einer Erweiterung des GKV-Beitragszahlerkreises oder gar der Einbeziehung der PKV in den geplanten GKV-Gesundheitsfonds, um damit einen Einkommens- und Risikoausgleich herzustellen.



Nachdem das Bundesgesundheitsministerium mit diesen Plänen gescheitert war, kursierten im Herbst nach Verabschiedung der gesundheitspolitischen Eckpunkte neue Pläne, nach denen unter anderem eine unbefristete Portabilität der Alterungsrückstellungen für die Bestandsversicherten und das Ende der Tarifvielfalt in der PKV vorgesehen war.

Alle diese Pläne zielten darauf ab, die PKV faktisch abzuschaffen. Allein die Pläne zur Portabilität der Alterungsrückstellungen hätten nach Berechnungen des Bundesfinanzministeriums Beitragserhöhungen von in der Spitze bis zu 36 Prozent für die heutigen PKV-Versicherten bedeutet.

Alle diese Pläne zielten darauf ab, die PKV faktisch abzuschaffen. Allein die Pläne zur Portabilität der Alterungsrückstellungen hätten nach Berechnungen des Bundesfinanzministeriums Beitragserhöhungen von in der Spitze bis zu 36 Prozent für die heutigen PKV-Versicherten bedeutet.

Der Verband hat im Laufe des Jahres 2006 unzählige Gespräche mit Politikern, Meinungsbildnern und Journalisten geführt, um auf die Folgen der geplanten Eingriffe in die PKV hinzuweisen und die Bedeutung der PKV für das deutsche Gesundheitssystem immer wieder deutlich zu machen. Die Pressestelle hat diese politische Arbeit des Verbandes durch eine intensive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt.

Mit einer Anzeigenkampagne zu den Mehrzahlungen der Privatversicherten im ersten Halbjahr 2006 wurde die Öffentlichkeit über die bedeutende Rolle der PKV für das Gesundheitssystem informiert. Die vom Frühjahr bis in den Sommer hinein geschalteten Anzeigenmotive „Für eine gesunde Zukunft“ zielten sowohl auf die politischen Entscheider und Multiplikatoren wie auch auf die breite Bevölkerung und wurden demzufolge sowohl in den großen überregionalen

**8.500.000 Versicherte.
100 Jahre Erfahrung.
0 Euro Schulden.**

**1 Entscheidung der Politik,
die alles kippen kann.**

Millionen Menschen vertrauen der privaten Krankenversicherung ihre Gesundheit an, denn die PKV ist verlässlich, generationengerecht und solidarisch. Sie ist unbürokratisch, schulden- und subventionstfrei. Soll dieses Erfolgsmodell der Gesundheitsreform zum Opfer fallen?

Eine starke PKV für eine gesunde Zukunft!

PKV
Die privaten Krankenversicherungen

Tageszeitungen und Magazinen als auch in Publikums- und Programmzeitschriften platziert. Die Kampagne wurde durch das Bekenntnis vieler Ärzte und Krankenhäuser zur PKV in den Medien erfolgreich unterstützt. In einer parallel zur Anzeigenserie aufgelegten Broschüre sowie auf der eigens installierten Internetseite www.fuer-eine-gesunde-zukunft.de informierte die PKV über die Hintergründe des Mehrumsatzes sowie weitere Vorteile der privaten Krankenversicherung, von denen alle profitieren. Nicht zuletzt dieser Kampagne ist es zu verdanken, dass der Mehrumsatz der Privatversicherten rechtzeitig, auf dem Höhepunkt der Reformdebatte, als starkes Argument pro PKV in der politischen Diskussion verankert werden konnte.

Im Sommer platzierte die PKV über einen kürzeren Zeitraum und in Fokussierung auf die Zielgruppe der poli-

tischen Entscheider und Multiplikatoren zusätzlich das Motiv „Eine starke PKV für eine gesunde Zukunft“. Kurz vor der Verabschiedung der Eckpunkte wurde damit nochmals an alle politisch Verantwortlichen appelliert, die Zukunft der PKV nicht aufs Spiel zu setzen.

Anlässlich des Welt-Aids-Tages am 1. Dezember machte der PKV-Verband mit einer einmonatigen Plakataktion in Berlin auf sein Engagement in der HIV- und AIDS-Prävention aufmerksam, die er im Jahr 2006 mit 3,5 Mio. Euro unterstützte (vgl. Seite 38).

Neben der laufenden Pressearbeit mit einem intensiven und regelmäßigen Austausch mit Journalisten hat der Verband für die Branche in zahlreichen Gastbeiträgen und Namensartikeln und über 30 Pressemitteilungen öffentlichkeitswirksam Position zur Gesundheitsreform bezogen. Der Verband lud zu diversen Hintergrundgesprächen in kleineren Journalistenkreisen ein und veranstaltete drei gut besuchte Pressekonferenzen.

Angesichts der ernsthaften Bedrohung der PKV erfuhr die Branche auch Unterstützung durch andere Verbände und Institutionen des Gesundheitswesens, die sich hörbar für den Erhalt der PKV aussprachen. Diese fand ihre Fortsetzung in der „Berliner Erklärung - Für Vielfalt und Freiheit im Gesundheitswesen“, in der einschließlich des PKV-Verbandes 14 Verbände und Interessenvertretungen öffentlich die negativen Auswirkungen der Gesundheitsreform kritisierten und ihre Bereitschaft anboten, an einem Konzept für eine langfristig tragende Gesundheitsreform mitzuwirken. Noch nie zuvor hatten sich so viele unterschiedliche Akteure zusammengeschlossen, um gemeinsam gegen eine Gesundheitsreform zu protestieren. Im September 2006 erschien die „Berliner Erklärung“ einmalig als ganzseitige Zeitungsanzeige.

Die Medienpartnerschaft mit dem Rheinischen Merkur hat der PKV-Verband im Jahr 2006 fortgesetzt. Mitte April erschien eine dreiseitige Sonderbeilage

Plakataktion zum Welt-Aids-Tag

Pressearbeit

Strategische Allianz

Medienpartnerschaft

„Merkur Plus“ mit gesundheitspolitischem Schwerpunkt. In einem Interview nahm der PKV-Vorsitzende Reinhold Schulte unter anderem Stellung zu den demografiebedingten Schwierigkeiten der sozialen Sicherungssysteme. Weitere Artikel setzten sich kritisch mit dem zu diesem Zeitpunkt auch für Deutschland hoch gehandelten „Niederländischen Modell“ sowie der elektronischen Gesundheitskarte auseinander.

Mediendokumentation

Die Berichterstattung über die PKV in den Medien wurde, wie auch schon im vergangenen Jahr, umfassend dokumentiert. In den von der Pressestelle erstellten Mediendokumentationen wurden maßgebliche Erwähnungen und Auftritte der Verbandsrepräsentanten in TV, Hörfunk und Print zusammengestellt: Eine Auswahl der besonders relevanten Artikel sind im Printteil nachgedruckt, TV- und Hörfunkbeiträge liegen gesondert auf DVD beziehungsweise CD bei.

Während die zu Beginn des Berichtsjahres erstmals erstellte Mediendokumentation noch über „Bundestagswahlkampf & Koalitionsverhandlungen 2005“ berichtete, wies die zweite Ausgabe „Die PKV in der Debatte zur Gesundheitsreform“ die Medienpräsenz der PKV bis zur Vorlage der gesundheitspolitischen Eckpunkte Anfang Juli 2006 nach. Dabei konnte unter anderem die Teilnahme der Verbandsspitze in den renommierten TV-Talks „Sabine Christiansen“, „Hart aber fair“ und der „Berliner Phoenix-Runde“ verzeichnet werden.

Das Gesundheitsportal des PKV-Verbandes: derprivatpatient.de

derprivatpatient.de

Der PKV-Verband bietet jedem, der sich für das Thema Gesundheit interessiert, eine zentrale Informationsplattform im Internet. Unter www.derprivatpatient.de informiert der Verband seit Juni 2004 umfassend über die Leistungsbereiche des Gesundheitswesens. Das Portal ist gegliedert in die Menüpunkte Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Arzneimittel, Pflege sowie Heil- und Hilfsmittel. Ziel des Portals ist der mündige Patient, der selbstständig und auf Augenhöhe mit dem Leistungserbringer kommunizieren und dadurch aktiv an seiner Behandlung mitwirken kann. Im Vordergrund stehen konkrete Hilfestellungen zum verantwortungs- und kostenbewussten Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitssystems. Das Gesundheitsportal wird kontinuierlich aktualisiert und ausgebaut.

Arzt-Suchmaschine

So wurde im Jahr 2006 eine neue Arzt-Suchmaschine integriert. Mit dieser kann nicht nur nach der Fachgebietsbezeichnung (z. B. Haut- und Geschlechtskrankheiten – Dermatologie), sondern auch nach Zusatzbezeichnungen (z. B. Allergologie) gesucht werden. Damit wird erstmals in allgemein zugänglicher Form eine Suchfunktion in Anlehnung an die Qualitätsmerkmale der amtlichen Weiterbildungsordnung für Ärzte angeboten.

Krankenhaus-Suchmaschine

Erweitert wurde auch die Krankenhaus-Suchmaschine, in der nun unter anderem gezielt nach den erbrachten Leistungen der Kliniken gesucht werden kann. Hierfür wurden die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ausgewertet, die ebenfalls im Portal zur Verfügung stehen. Diese Qualitätsberichte sind seit 2005 alle zwei Jahre zu erstellen (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V). Als Datengrundlage dienten die 30 häufigsten DRGs (Diagnosis Related Group – diagnosebezogene Fallpauschale zur Klassifizierung von Behandlungen) der Krankenhäuser beziehungsweise die zehn häufigsten DRGs der einzelnen Fachabteilungen.

Zahnlabor-Suchmaschine

Wie durch die PKV-Arbeitsgruppe „derprivatpatient.de“ beschlossen (vgl. Rechenschaftsbericht 2005), hat der PKV-Verband das Internetportal um eine Datenbank mit zahntechnischen Laboratorien und entsprechender Suchmaschine ergänzt. Hierzu wurden sämtliche zahntechnischen Labors in Deutsch-

land angeschrieben und gebeten, einen Fragebogen zu Basisdaten, Qualitätskriterien und Abrechnungsverhalten zu beantworten. Anhand dieser Kriterien kann die Suche eingeschränkt werden.

Neu erstellt wurde der Menüpunkt „Pflege“ mit Erläuterungen zur Versicherungspflicht, der Pflegebedürftigkeit und deren Feststellung, den Pflegestufen, Leistungskomplexen und Beiträgen sowie dem Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegeversicherung.

Weiterhin wurden technische Verbesserungen (Datensicherheit, Erweiterung der Statistikerfassung, Bereich Pressemitteilungen) vorgenommen und ein zentraler Download-Bereich für Dokumente eingerichtet. Unterseiten zum Mammografie-Screening inklusive einer Liste häufig gestellter Fragen und Antworten sowie zur Mindestmengenvereinbarung (Kniegelenks-Totalendoprothesen) runden das Informationsangebot ab.

Die durchschnittliche monatliche Nutzungsfrequenz des Internetauftritts stieg von rund 75.000 im ersten Halbjahr 2006 auf gut 175.000 im zweiten Halbjahr – gemessen an den so genannten „page impressions“. Darunter wird hier die gesamte (Bildschirm-) Seite verstanden, die nachgefragt wird, und nicht die Einzelteile, aus denen sie aufgebaut ist (Bilder, Grafiken, Text, Videos etc.). Die meisten Zugriffe erfolgten – wie auch im Vorjahr – auf das GOÄ-Rechnungsprüfprogramm und die Krankenhaus-Suchmaschine.

2.3 Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) besteht seit Anfang 2005. Seine Aufgabe ist es, Fragen der gesundheitlichen Versorgung sowie Aspekte im Spannungsfeld zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung wissenschaftlich zu analysieren. Im Jahr 2006 verfolgte das WIP zwei größere Projekte und veröffentlichte zahlreiche Diskussionspapiere und Artikel.

Im ersten Projekt untersuchte das WIP die Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Hierfür stellten einige PKV-Unternehmen anonymisierte Arzneiverordnungsdaten ihrer Versicherten zur Verfügung. Jedes der teilnehmenden Unternehmen erhielt eine detaillierte Analyse des Verordnungsprofils der bei ihm eingereichten Medikamente. Ergebnisse des Projekts wurden zudem in Diskussionspapieren und in Zeitschriften veröffentlicht.

Wichtige Erkenntnisse des Projekts sind die deutlich niedrigere Generikaquote und der höhere Anteil an nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten bei Privatversicherten. Die Quote von Nachahmerpräparaten auf dem Markt für patentfreie Medikamente liegt in der PKV nach Verordnungen bei 37 Prozent und in der GKV bei 75 Prozent. PKV-Versicherte erhalten damit anteilig mehr Originalpräparate. Der Umsatzanteil von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten liegt nach Berechnungen des WIP in der PKV bei 9,6 Prozent, in der GKV bei 2,1 Prozent. Dies illustriert deutlich die Situation nach dem weitgehenden Ausschluss von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten aus der GKV durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004.

Zudem konnte das WIP nachweisen, dass Privatpatienten den Cholesterinsenker Sortis unverändert erhalten, während GKV-Versicherte aufgrund der hohen Zuzahlungen nach der Einstufung in eine Festbetragsgruppe vielfach auf andere Arzneien umgestellt wurden.

Pflege

Nutzungsfrequenz

Arzneimittelprojekt

Studie zur Medikalisation- und Kompressions- these

Mehrumsatz erneut gestiegen

Im zweiten größeren Forschungsprojekt des Jahres 2006 untersuchte das WIP, inwieweit die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen eher der Medikalisationsthese oder eher der Kompressionsthese folgt. Dem WIP stehen umfangreiche Datenbestände von 1,2 Millionen Privatversicherten zur Verfügung, wodurch die Ergebnisse der Studie eine hohe Aussagekraft erhalten. Die Ergebnisse der Studie wurden im März 2007 vorgestellt.

Im Jahr 2005 hatte das WIP erstmals den Mehrumsatz, den Privatversicherte in das Gesundheitswesen zahlen, für die Jahre 2001 bis 2003 berechnet. Auf der Grundlage der umfangreichen Studie wurden im vergangenen Jahr die Daten für die Jahre 2004 und 2005 aktualisiert. Der Mehrumsatz wird aus dem Vergleich der altersspezifischen Leistungsausgaben der Versichertengruppen der PKV und der GKV über alle gesundheitlichen Bereiche hinweg ermittelt. Gegenüber dem Mehrumsatz im Jahr 2003 konnte ein Anstieg um fast eine Mrd. Euro festgestellt werden. Dies ist überwiegend die Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004, mit welchem unter anderem die Praxisgebühr eingeführt wurde und nicht-verschreibungspflichtige Medikamente aus der GKV ausgeschlossen wurden. Dem Gesundheitswesen standen durch die Privatversicherten 2005 über 9,5 Mrd. Euro zusätzlich zur Verfügung. Die Berechnung des WIP zeigt, dass auch im Jahr 2005 der größte Teil des Mehrumsatzes auf den ambulanten Sektor entfiel.

Medikalisation und Kompression

Die Medikalisationsthese geht davon aus, dass die durch die steigende Lebenserwartung gewonnenen Jahre in immer größerem Ausmaß in Krankheit verbracht werden, wodurch die Leistungsausgaben im Gesundheitswesen erheblich zunehmen. Nach der Kompressionsthese fallen die hohen Krankheitskosten nur kurz vor dem Tod eines Menschen an, so dass eine steigende Lebenserwartung für sich genommen keine Kostensteigerung verursachen würde. Die Debatte um diese beiden Thesen beschäftigt die Wissenschaft schon seit Langem.

Mehrumsatz in Mio. Euro		Jahr				
Bereiche	2001	2002	2003	2004	2005	
Arzthonorare	3.350	3.515	3.660	4.106	4.201	
Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	1.768	2.128	2.355	2.538	2.594	
Krankenhaus	637	611	590	723	620	
Zahnmedizin	1.565	1.807	1.926	2.170	2.140	
Gesamt	7.321	8.061	8.531	9.536	9.556	

R06/2301

Viele politische Diskussionen hat die WIP-Berechnung zu den Auswirkungen des Basistarifs auf die Beiträge der Versicherten im Dezember 2006 ausgelöst. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren kam es zu deutlichen Änderungen der Regelungen für den Basistarif.

Weitere Forschungsarbeiten liegen zur Prognose der Pflegeausgabenentwicklung der privaten Pflegeversicherung und zur Rationierung im Gesundheitswesen in Großbritannien vor.

Auswirkungen des Basistarifs

Weitere Studien

Die Studien und Diskussionspapiere des WIP können auf der Internetseite www.wip-pkv.de heruntergeladen beziehungsweise direkt beim WIP nachgefragt werden.

2.4 Internationale Zusammenarbeit

EU-Initiative zu Gesundheitsdienstleistungen im Binnenmarkt

Am 26. September 2006 hat die EU-Kommission eine Presseveröffentlichung zum Thema „Gesundheitsdienstleistungen im Binnenmarkt“ herausgegeben. Sie greift das Thema auf, um die Rechtssicherheit im Anschluss an die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH – vor allem Kohll – C-158/96 – und Decker – C-120/95 –) über das Recht der Patienten auf Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in anderen Mitgliedstaaten zu verbessern. Zunächst sollten die Gesundheitsdienstleistungen in die Dienstleistungsrichtlinie (Amtsblatt der Europäischen Union vom 27. Dezember 2006, S. L376/36) integriert werden. Das Europäische Parlament und der Rat stimmten wegen der Besonderheit der Gesundheitsdienstleistungen für deren Ausgliederung aus dem Bereich der Dienstleistungsrichtlinie. Die Kommission strebt Rechtssicherheit und die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Gesundheitssystemen an. Sie möchte einen klaren Rechtsrahmen schaffen, der die in den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs aufgeworfenen Fragen behandelt. Den Beteiligten im Gesundheitswesen soll ermöglicht werden, vom grenzüberschreitenden Gesundheitsverkehr Gebrauch zu machen. Am 26. September 2006 startete die Kommission eine offene Konsultation über Patientenmobilität, in der insbesondere folgende Fragen diskutiert wurden:

- die Notwendigkeit von Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen
- Bereiche möglicher Gemeinschaftsmaßnahmen
- Unterstützung der Mitgliedstaaten durch europäische Netze von Referenzzentren oder die Verwirklichung des Potenzials von Innovationen im Gesundheitswesen
- Mittel und Instrumente für Gemeinschaftsmaßnahmen auf diesem Gebiet

Der PKV-Verband hat sich an den Stellungnahmen der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG) und des Comité Européen des Assurances (CEA) beteiligt. Beide verneinen die Notwendigkeit von Rechtsetzung (zumal die EuGH-Entscheidungen auch in deutsches Recht umgewandelt worden sind). Gleichwohl wird in beiden Stellungnahmen die Notwendigkeit gesehen, für mehr Informationsmöglichkeiten zu sorgen, wenn Patienten (Versicherte) Gesundheitsdienstleistungen in anderen Mitgliedstaaten der EU in Anspruch nehmen wollen. So könnte für Patienten (Versicherte) sowie auch für Kostenträger mehr Transparenz entstehen, ohne dass neue Richtlinien von der EU erlassen werden.

Das **Comité Européen des Assurances (CEA)** ist der Dachverband der nationalen Verbände der Versicherungsunternehmen Europas. Das Hauptziel des 1953 gegründeten Verbandes ist, sich bestmöglich auf europäischer Ebene für die Belange der Mitgliedsverbände einzusetzen und dabei insbesondere auf gesetzliche Regelungen zu Gunsten der Versicherungsunternehmen einzuwirken. Zurzeit sind über 30 nationale Versicherungsverbände Mitglieder des CEA. Sitz des Verbandes ist Brüssel.

Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse

Im Anschluss an die mit dem „Grünbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ (Mai 2003) eingeleiteten öffentlichen Konsultationen kündigte das „Weißbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ (Mai 2004) einen systematischen Ansatz im Bereich der Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen von allgemeinem Interesse an. Dieser systematische Ansatz wird in der von der Kommission am 26. April 2006 angenommenen Mitteilung vorgeschlagen. In dieser Kommissionsmitteilung wurde angekündigt, dass das Verfahren der offenen Konsultation der Mitgliedstaaten, der Erbringer und der Nutzer von Sozialdienstleistungen fortgesetzt werden würde. Mit diesem Konsultationsprozess hätten bereits wertvolle Inhalte in die Vorarbeiten zu der Mitteilung eingebracht werden können.

Weitere Phase des Konsultationsprozesses

Ein Fragebogen bildet den Auftakt einer weiteren Phase des Konsultationsprozesses. Die aus den Antworten gewonnenen Erkenntnisse sollen in den für 2007 vorgesehenen ersten 2-Jahres-Bericht einfließen. Bestimmt ist der Fragebogen für die im Ausschuss für Sozialschutz vertretenen Mitgliedstaaten, die Sozialpartner auf europäischer Ebene und sonstige Organisationen, die auf dem Gebiet der Sozialdienstleistungen die Interessen der unmittelbar Betroffenen wahrnehmen. Mit dem Fragebogen soll Folgendes erreicht werden:

- Weitere Präzisierung der in der Mitteilung bereits aufgeführten Merkmale der Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse und Prüfung ihrer Zweckdienlichkeit
- Erfassung der mit der Anwendung des Gemeinschaftsrechts gemachten Erfahrungen und der in diesem Bereich bestehenden realen Bedürfnisse
- Erforschung des etwaigen weiteren Handlungsbedarfs auf Gemeinschaftsebene und, wenn ein solcher Bedarf besteht, Sammeln weiterer Informationen über in Frage kommende Handlungsmöglichkeiten.

Das CEA hat diesen Fragebogen dahingehend beantwortet, dass Rechtssetzungsakte der Europäischen Union auch auf diesem Gebiet vermieden werden müssten und Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, die vom Wettbewerb ausgenommen werden, die Ausnahmen bleiben müssen. Der im Versicherungsbereich harmonisierte Markt dürfe nicht eingeschränkt werden.

2.5 HIV-/AIDS-Prävention

Auch im Jahr 2006 hat der PKV-Verband sein Engagement in der Prävention von HIV und AIDS fortgeführt. Auf der Grundlage des im Jahr 2005 vereinbarten Kooperationsvertrages unterstützte die PKV auch im Jahr 2006 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit 3,4 Mio. Euro. Weitere 100.000 Euro erhielt die Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Mit diesem Engagement stellt die PKV ihre gesundheitspolitische Verantwortung auch im Bereich der Primärprävention unter Beweis. Dabei wurde die HIV-/AIDS-Vorbeugung bewusst für dieses Engagement ausgewählt: Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes steigen die HIV-Neudiagnosen in Deutschland seit dem Jahr 2000 wieder an – im Jahr 2006 wurde ein Anstieg um 2.700 Neuinfektionen verzeichnet. Damit lebten in Deutschland Ende 2006 rund 56.000 Menschen mit HIV.

Eine zentrale Ursache für diese Entwicklung ist das seit Jahren abnehmende Gefahrenbewusstsein in der Bevölkerung. Zu viele Menschen glauben fälschlicherweise, nach einer Infektion



einen Ausbruch der Krankheit mit den vorhandenen wirksamen HIV-Medikamenten verhindern zu können. Hier wird deutlich, dass in Deutschland weiterhin eine gezielte Aufklärung und Information der Öffentlichkeit über Schutzmaßnahmen dringend erforderlich ist.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kann mit den Zuwendungen der PKV die für die AIDS-Prävention zur Verfügung stehenden Mittel signifikant aufstocken. Dadurch entstehen neue Möglichkeiten

für zusätzliche Aufklärungskampagnen. Zu den wohl bekanntesten Kampagnen, die mit Einsatz von PKV-Mitteln finanziert wurden, zählen die Plakataktion „Machs mit“ (www.machsmit.de) und der Kinospot „Airport“ mit Boris Becker. Mit den Mitteln der PKV wurden im Jahr 2006 aber auch Aufklärungskampagnen finanziert, die sich speziell an ausgewählte Zielgruppen wie männliche Singles richteten. Darüber hinaus wurde die Versendung von Broschüren zu sexuell übertragbaren Krankheiten an 16.500 Fachärzte in Deutschland mit den Mitteln der PKV unterstützt. Auch die bundesweite Plakat-Kampagne zum Welt-AIDS-Tag 2006, mit der sich die prominenten Botschafter Verona Pooth, Samy Deluxe, Benno Fürmann und Thomas Hermanns gemeinsam gegen Aids engagierten, wurde von der PKV mitfinanziert. Bundesweit war diese Kampagne 2006 auf Plakaten, in Anzeigen, auf Gratispostkarten und als Internet-Banner zu sehen.

2.6 Telematik

Elektronische Gesundheitskarte

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wird die 1994 eingeführte Krankenversichertenkarte ablösen. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2004 hat der Gesetzgeber die Grundlage für die elektronische Gesundheitskarte geschaffen und deren Einführung verbindlich vorgegeben. In mehreren Ausbaustufen soll sie eine Vielzahl zusätzlicher Funktionen bieten, die dem Gesundheitswesen in Deutschland einen erheblichen Fortschritt in der Qualität der medizinischen Versorgung ermöglichen und die Rechte der Patienten stärken. An dieser Entwicklung sollte auch die PKV partizipieren, weshalb ihre Beteiligung an der elektronischen Gesundheitskarte besonders wichtig ist.

Eine umfassende gesetzliche Integration der PKV ist noch nicht erfolgt. Lediglich die gesetzliche Grundlage zur Anforderung der Rentenversicherungsnummer durch die PKV-Unternehmen wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

hergestellt. Da die Krankenversicherтенnummer auf Basis der Rentenversicherтенnummer gebildet wird und das eigentliche Ordnungskriterium im Rahmen der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte darstellt, wurde hierdurch erst die eigentliche Zugangsvoraussetzung zur Ausgabe der Karte durch die PKV geschaffen.

Anwendungen auf der Karte

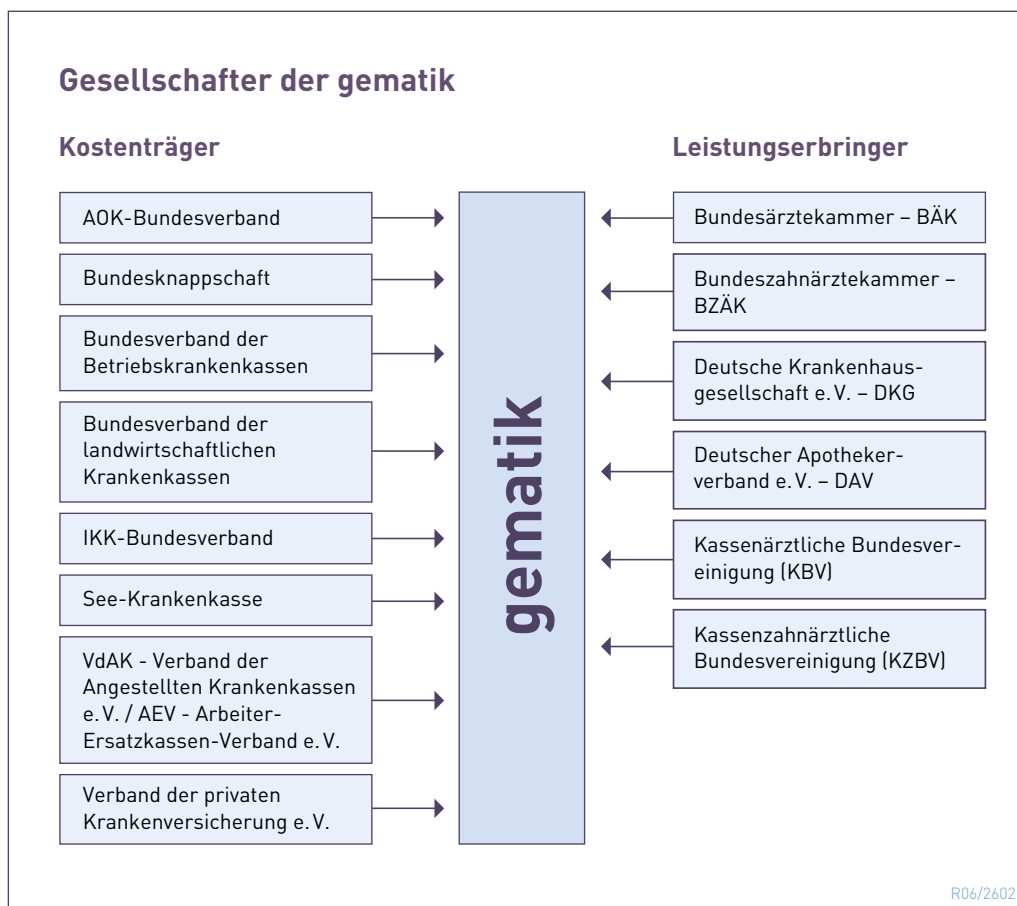
Die elektronische Gesundheitskarte soll zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen und hierzu gemäß § 291a SGB V folgende Anwendungen enthalten:

Verpflichtende Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte	Freiwillige Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte
<p>Versichertenstammdaten: administrative Daten (z. B. Name, Adresse, Geburtsdatum, Krankenversicherer)</p> <p>elektronische Verordnung: z. B. Arzneimittelverordnung, Heil- und Hilfsmittelverordnung, Verordnung von Krankenhausbehandlung</p> <p>Europäische Krankenversicherungskarte (E-HIC); gilt nicht für die PKV</p>	<p>Notfalldatensatz: Informationen zu notfallrelevanten Daten (z. B. Allergien, chronische Erkrankungen)</p> <p>Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung: Durchführung von Prüfungen zu Wechselwirkungen zwischen eingenommenen und neu zu verordnenden Arzneimitteln.</p> <p>Patientenfach: Speicherplatz zur Nutzung durch den Patienten (z. B. Speicherung von Patientenverfügungen)</p> <p>elektronische Patientenakte</p> <p>elektronischer Arztbrief</p> <p>Patientenquittung</p>

R06/2601

gematik

Zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sowie der notwendigen IT-Infrastruktur (Telematik-Infrastruktur) wurde gemäß § 291b SGB V die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte GmbH (gematik) gegründet. Deren Gesellschafter sind laut Gesetz die Spitzenorganisationen der Kostenträger und Leistungserbringer. Daneben ist der PKV-Verband im Rahmen seines freiwilligen Engagements Mitgesellschafter der gematik.



Die gematik soll das System „Elektronische Gesundheitskarte“ entwickeln und einen sicheren und störungsfreien Betrieb gewährleisten. Hierzu führt sie umfangreiche Tests durch. Diese reichen von zentralen Labortests über Anwendertests bis hin zu Feldtests, die in mehreren Regionen mit zunächst je 10.000 sowie dann je 100.000 Versicherten durchgeführt werden. Grundlage für die Testmaßnahmen der gematik bildet die am 2. November 2005 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassene „Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“. Diese wurde durch die „Verordnung zur Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“ vom 2. Oktober 2006 geändert und ergänzt.

Ziel der Tests ist die Überführung der Telematik-Infrastruktur in eine flächendeckende Versorgung. Hierzu werden Funktionalität, Interoperabilität, Kompatibilität, Stabilität der einzelnen Komponenten und Dienste überprüft und weiterentwickelt. Des Weiteren sollen die Akzeptanz der Versicherten und Leistungserbringer sowie die Auswirkungen auf die Organisation, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung untersucht werden.

Die Tests werden einerseits abhängig vom Ort der Durchführung und den Beteiligten (Teststufen) und andererseits vom Leistungsumfang (Funktionsabschnitte) unterschiedlich ausgestaltet. Die Teststufen und Funktionsabschnitte sowie deren Zusammenspiel in den einzelnen Testphasen werden in den nachfolgenden Tabellen beschrieben.

Die Tests werden in vier Stufen durchgeführt:

Test- stufe	Ort der Testdurchführung und Beteiligte
1	Zentraler Test unter Laborbedingungen mit Testdaten (Durchführung bei der gematik)
2	Test mit Testdaten im Rahmen praktischer Anwendertests (Durchführung in den Testregionen unter Laborbedingungen mit Leistungserbringern)
3	Test mit Echtdate (mit und ohne Netzzugang) in sieben Testregionen. Es sollen je Testregion bis zu 10.000 Versicherte und die für ihre Gesundheitsversorgung zuständigen Kostenträger und Leistungserbringer einbezogen werden
4	Test mit Echtdate in drei Testregionen aus Teststufe 3 unter Einbeziehung von 100.000 Versicherten je Testregion und der für ihre Gesundheitsversorgung zuständigen Kostenträger und Leistungserbringer

R06/2603

Für die einzelnen Funktionsabschnitte (FA) ist gemäß Rechtsverordnung folgender Leistungsumfang festgelegt:

Funktions- abschnitt	Leistungsumfang
1	<ul style="list-style-type: none"> • Versichertenstammdaten (offline) • Übermittlung von Arzneimittelverordnungen, beschränkt auf die Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel mit Ausnahme von Betäubungsmitteln (offline) • Notfalldaten (offline)
2	<p>zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versichertenstammdaten (online)
3	<p>zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übermittlung von Arzneimittelverordnungen, beschränkt auf die Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel mit Ausnahme von Betäubungsmitteln und auf die Verordnung sonstiger Produkte, für die der Vertrieb durch Apotheken festgelegt ist (online)
4	<p>zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfalldaten und Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (offline und online) • Weitere Verordnungen (insbesondere Heil- und Hilfsmittel, Betäubungsmittel und Verordnung von Krankenhausbehandlung) • Organisatorische und technische Lösungen zur Wahrnehmung der Patientenrechte (z. B. eKiosk) • Patientenfach

R06/2604

Aus organisatorischen Gründen hat die gematik einzelne Funktionsabschnitte zu so genannten Releases zusammengefasst. Die Funktionsabschnitte 2 und 3 bilden nun ein Release. Zudem wurde auf Veranlassung des Bundesministeriums für Gesundheit ein Release 0 vorangestellt, dessen Funktionalität nicht Bestandteil der Verordnung ist. Die in diesem Release ausgegebenen Karten bilden den Funktionsumfang der heutigen Krankenversichertenkarte ab und bieten somit keinen zusätzlichen Mehrnutzen. Lediglich die Integration eines Lichtbildes auf den im Release 0 verwendeten Karten ist ein nennenswerter Unterschied zur heutigen Krankenversichertenkarte.

Release	Funktionsumfang	Entspricht FA
0	MKT+ Testphase (= Funktionsumfang der heutigen Krankenversichertenkarte)	
1	<ul style="list-style-type: none"> • Versichertenstammdaten (offline) • Übermittlung von Arzneimittelverordnungen, beschränkt auf die Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel mit Ausnahme von Betäubungsmitteln (offline) • Notfalldaten (offline) 	1
2	zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> • Versichertenstammdaten (online) • Übermittlung von Arzneimittelverordnungen, beschränkt auf die Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel mit Ausnahme von Betäubungsmitteln und auf die Verordnung sonstiger Produkte, für die der Vertrieb durch Apotheken festgelegt ist (online) 	2 und 3
3	zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> • Notfalldaten und Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (offline und online) • Weitere Verordnungen (insbesondere Heil- und Hilfsmittel, Betäubungsmittel und Verordnung von Krankenhausbehandlung) • Organisatorische und technische Lösungen zur Wahrnehmung der Patientenrechte (z. B. eKiosk) • Patientenfach 	4

R06/2605

Ab der Teststufe 3 wird die elektronische Gesundheitskarte unter realen Bedingungen in verschiedenen Testregionen zum Einsatz gebracht. An den Tests mit 10.000 Versicherten nehmen sieben Testregionen teil, die durch das Bundesministerium für Gesundheit ausgewählt wurden (s. nachfolgende Tabelle). Die 10.000er Tests werden in drei Staffeln durchgeführt, die zeitlich versetzt mit den Testmaßnahmen beginnen. Gesellschafter der Testregionen sind die jeweiligen Landesorganisationen der Ärzteschaft und Zahnärzteschaft (Landesärztekammern, Landeszahnärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen), die Landeskrankenhausgesellschaften und Landesapothekerkammern sowie die verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen und die PKV. Die Beteiligung der PKV erstreckt sich auf alle sieben Testregionen. Es

Releases

Einsatz in Testregionen

konnte zur Besetzung jeder Testregion ein PKV-Unternehmen gewonnen werden, das die jeweilige Testregion federführend betreut. In der Summe werden über alle Unternehmen bis zu 1.000 Karten pro Testregion ausgegeben.

Testregion	Versicherungsunternehmen
Flensburg (Schleswig-Holstein)	SIGNAL
Wolfsburg (Niedersachsen)	HUK-COBURG
Bochum/Essen (Nordrhein-Westfalen)	DKV
Trier (Rheinland-Pfalz)	Debeka
Ingolstadt (Bayern)	UKV/BBK
Löbau/Zittau (Sachsen)	Continentale
Heilbronn (Baden-Württemberg)	HALLESCHE
Bremen (bereits ausgeschieden) ¹	INTER

¹ Ursprünglich hatte sich auch die Testregion Bremen zur Teilnahme entschlossen, musste jedoch ihre Teilnahme aufgrund des erheblichen Widerstands der Ärzte- und Apothekerschaft Ende 2006 aufgeben.

R06/2606

Aufgrund des geringen Funktionsumfangs und des fehlenden Mehrnutzens des Release 0 orientiert sich die PKV an der eigentlichen Planung der gematik und wird erst mit Start des Release 1 in die 10.000er Tests eintreten.

Zur Absicherung der notwendigen Investitionen strebt der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. weiterhin eine umfassende Integration der PKV in die Gesetzgebung an.



3. Entwicklungen im Leistungsbereich



3.1 Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte

Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Zwischen Ärzteschaft und PKV besteht Einvernehmen, dass die GOÄ dringend aktualisiert werden muss und Einigkeit hinsichtlich der zukünftigen Gestaltung der Gebührenordnung anzustreben ist. Es ist immer wieder versucht worden, eine Annäherung der zunächst konträren Standpunkte zu erreichen (vgl. Rechenschaftsbericht 2004, S. 45 ff., 2005, S. 41 f.). Im Juni 2006 fand das bislang letzte Gespräch in dieser Angelegenheit statt. Dabei wurde Übereinstimmung in einer wichtigen Grundsatzfrage erzielt. Ärzteschaft und PKV einigten sich darauf, dass für den Teil der GOÄ, der operative und interventionelle Behandlungen umfasst, ein datenbasierter Algorithmus für die Entwicklung einer neuen Gebührenordnung und deren zeitnahe Aktualisierung zu erarbeiten ist.

Die **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** ist eine mit Zustimmung des Bundesrates erlassene Rechtsverordnung der Bundesregierung. Soweit nicht gesetzlich Versicherte behandelt werden oder andere bundesgesetzliche Regelungen vorgehen, ist der Arzt bei der Abrechnung seiner beruflichen Leistungen an die GOÄ gebunden. Sie ist damit Abrechnungsgrundlage für alle Privatversicherten. Bei zahnärztlicher Behandlung ist das Pendant zur GOÄ die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Die PKV hält das DRG-System für den geeigneten Anknüpfungspunkt. Entscheidend ist aber der Algorithmus als solcher. Die Bundesärztekammer (BÄK), die den Ansatz der PKV (DRG-Basierung) ablehnt, hat sich bereit erklärt, eigene Vorschläge vorzulegen, wie und auf welcher Datengrundlage ein entsprechender Algorithmus entwickelt werden kann. Der PKV-Verband ist bereit, auch über andere Datengrundlagen zu diskutieren und erwartet die Vorschläge der Bundesärztekammer.

Der **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)** bezeichnet ein Verzeichnis, nach dem ambulante Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung definieren diese Leistungen und legen eine Abrechnungsziffer fest. Außerdem bestimmen sie für alle Leistungen einen Punktwert. Die Höhe der Punktzahl sagt aber noch nichts über die tatsächliche Vergütung aus. Die hängt einerseits davon ab, wie viele Leistungspositionen von den verschiedenen Arzt- und Fachgruppen insgesamt geltend gemacht werden und andererseits von der Höhe des Geldbetrags, den die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Honorierung zur Verfügung stellen (Gesamtvergütung). Wie viel Geld der Arzt für seine Arbeit tatsächlich bekommt, erfährt er erst am Ende des Abrechnungsprozesses.

Aus dem Bundesgesundheitsministerium kommt das Signal, dass zunächst die Novellierung der GOZ (vgl. S. 55) abgeschlossen werden soll. Angesichts der politischen Vorgaben denkt man offensichtlich daran, sich bei der GOÄ (wie auch bei der GOZ) am Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) zu orientieren. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht eine Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems vor, die zum 1. Januar 2009 in Kraft treten soll. Wesentliche Einzelheiten sollen von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen erarbeitet werden. Es bleibt abzuwarten, ob vor diesem Hintergrund der Zeitplan eingehalten werden kann. Eine am vertragsärztlichen System zumindest orientierte GOÄ kann natürlich erst erarbeitet werden, wenn die Reform des jetzigen „Kassensystems“ abgeschlossen ist.

Eines dürfte vor diesem Hintergrund klar sein: Ein eigenständiges GOÄ-Vergütungssystem für privatärztliche Leistungen bleibt wohl nur erhalten, wenn Ärzteschaft und PKV einen gemeinsamen Vorschlag erarbeiten. Aber selbst ein

abgestimmtes Konzept ist keine Garantie für eine Umsetzung durch den Verordnungsgeber.

Mit Artikel 7 des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ist die 6. Gebührenanpassungsverordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I, S. 2721) aufgehoben worden. Damit entfällt ab dem 1. Januar 2007 die Verpflichtung für Ärzte und Zahnärzte in den neuen Bundesländern (einschließlich Ost-Berlin), die Gebühren für privatärztliche und -zahnärztliche Leistungen (um zuletzt 10 Prozent) zu mindern. Der so genannte „Ost-Abschlag“ entfällt auch für die Leistungen freiberuflicher Hebammen.

Beschlüsse des Konsultationsausschusses bei der Bundesärztekammer

Der **Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer** kam erstmals im November 1997 zusammen. Er setzt sich aus Vertretern der Ärzteschaft, des Bundesgesundheitsministeriums, des Bundesinnenministeriums, des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie - mit beratender Stimme - des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen zusammen. Gegründet wurde der Zentrale Konsultationsausschuss auf Initiative der Ärzteschaft, um im Konsens mit allen Beteiligten Empfehlungen zu grundlegenden Abrechnungsfragen in der Privatliquidation zu geben.

Der „Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer“, in dem neben der Bundesärztekammer das Bundesgesundheitsministerium, die Beihilfe und der PKV-Verband vertreten sind, versucht, gemeinsame Positionen zu praxisrelevanten gebührenrechtlichen Fragen zu erarbeiten. Dies ist notwendig, weil das Gebührenverzeichnis der GOÄ den aktuellen Stand der Medizin in weiten Bereichen

nicht abbildet. Der Ausschuss hat sich im Berichtszeitraum mit verschiedenen Themenbereichen beschäftigt und hierzu folgende Beschlüsse gefasst:

A 5863 3-D-Bestrahlungsplanung für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-, Halstumoren und bei allen Patienten (ohne Altersbegrenzung) mit benignen Kopf-, Halstumoren mittels Linearbeschleuniger, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 3 x Nr. 5855 GOÄ.

Diese 3-D-Bestrahlungsplanung ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.

Die analoge Nr. 5855 GOÄ wird dreimal angesetzt für den Bestrahlungsplan im Rahmen der fraktionierten stereotaktischen Präzisionsbestrahlung benigner Tumoren.

A 5864 Fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-, Halstumoren und bei allen Patienten (ohne Altersbegrenzung) mit benignen Kopf-, Hirntumoren mittels Linearbeschleuniger, gegebenenfalls einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske, je zwei Fraktionen, analog 1 x Nr. 5855 GOÄ.

Unter einer Fraktion wird eine Bestrahlung verstanden. Die Gebührenposition Nr. 5855 GOÄ analog ist einmal für zwei Fraktionen berechnungsfähig. Wird eine weitere Fraktion erbracht, so löst diese einen halben analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus.

Wegfall des „Ost-Abschlags“

Stereotaktisch fraktionierte Strahlentherapie mittels Linearbeschleuniger

Beispiele:

- 26 Fraktionen werden erbracht = 13 x Nr. 5855 GOÄ analog
- 25 Fraktionen werden erbracht = 12,5 x Nr. 5855 GOÄ analog

Die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung analog nach Nr. 5855 GOÄ ist maximal 15 mal (30 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig.

Werden medizinisch indiziert im Ausnahmefall (z.B. beim Chondrom) weitere Fraktionen erbracht, so ist für mindestens zwei Fraktionen und alle weiteren insgesamt noch einmal die Nr. 5855 GOÄ analog berechnungsfähig.

Kriterien für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung in Abgrenzung zur einseitigen stereotaktischen Bestrahlung (Radiochirurgie), sind grundsätzlich folgende Indikationen:

- Akustikusneurinom (Durchmesser > 2,5 cm und/oder bilaterales Akustikusneurinom und Neurofibromatose Typ 2 und/oder deutliche Hörminderung kontralaterales Gehör)
- Hypophysenadenom (Makroadenom mit Infiltration der Sinus cavernosi und/oder Distanz < 2 mm zum Sehapparat (Sehnerv, Chiasma) und/oder lediglich indirekt darstellbares Adenom)
- Meningeom (Inoperabilität bzw. Resttumor/Rezidiv an der Schädelbasis bzw. Sinus sagittalis und/oder Optikusscheidenmeningeom und/oder Distanz < 2 mm zum Sehapparat/andere sensible Strukturen und/oder Volumen > 15 ml bzw. Größe > 2,5 cm in einer Ebene)
- Chordom (immer bei subtotaler Resektion und/oder Chordome der Schädelbasis)
- Neurinom (Tumor > 2 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm)
- Glomustumoren (Inoperabilität) sowie zusätzlich
- das maligne Chondrosarkom der Schädelbasis (auch nach subtotaler Resektion) sowie seltene weitere ZNS-Tumoren:
 - Pilozytische Astrozytome (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm)
 - seltene selläre und paraselläre Tumoren (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm)
 - Tumoren der kranialen und spinalen Nerven (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm)

Die fraktionierte stereotaktische Radiotherapie ist bei Kindern und Jugendlichen mit benignem und malignem Kopf-, Halstumoren insbesondere geeignet bei folgenden Indikationen:

- Astrozytäre und oligodendrogliale Tumoren (niedrigen Malignitätsgrades)
- Maligne Gliome (zum Beispiel Hirnstammgliom)
- Ependymome (primär: Grad I und II zur Dosiserhöhung oder in der hinteren Schädelgrube: Grad III)
- Medulloblastome (zur Dosiserhöhung in der hinteren Schädelgrube)
- Retinoblastome
- Aderhautmelanome.

A 5865 3-D-Bestrahlungsplanung für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-, Halstumoren oder

Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 1,75 x Nr. 5855 GOÄ.

Diese 3-D-Bestrahlungsplanung ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.

Die analoge Nr. 5855 GOÄ wird 1,75 mal angesetzt für den Bestrahlungsplan im Rahmen der fraktionierten stereotaktischen Präzisionsbestrahlung primär oder sekundär maligner Tumoren.

A 5866 Fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-, Halstumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger, gegebenenfalls einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske, je drei Fraktionen, analog 1 x Nr. 5855 GOÄ.

Unter einer Fraktion wird eine Bestrahlung verstanden. Die Gebührenposition Nr. 5855 GOÄ analog ist einmal für drei Fraktionen berechnungsfähig. Werden eine oder zwei weitere Fraktion(en) erbracht, so löst/lösen diese Fraktion(en) zwei Drittel (zur Vereinfachung 0,7) beziehungsweise ein Drittel (zur Vereinfachung 0,35) mal den analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus.

Beispiele:

- 6 Fraktionen werden erbracht = 2 x Nr. 5855 GOÄ analog
- 7 Fraktionen werden erbracht = 2,35 x Nr. 5855 GOÄ analog
- 8 Fraktionen werden erbracht = 2,7 x Nr. 5855 GOÄ analog

Die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung analog nach Nr. 5855 GOÄ ist maximal 5 mal (15 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig.

Kriterien für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung, in Abgrenzung zur einseitigen stereotaktischen Bestrahlung (Radiochirurgie), sind:

- Primäre Hirntumoren (Inoperabilität und/oder Therapieresistenz beziehungsweise Progression oder Rezidiv zum Beispiel nach konventioneller Bestrahlung mit oder ohne Chemotherapie)
- Rezidiv einer symptomatischen Metastase des Zentralen Nervensystems
- Chiasmanahe oder im Hirnstamm lokalisierte Hirnmetastase
- Rezidiv eines Aderhautmelanoms.

Urologische Leistungen

A 1861 Transurethrale endoskopische Litholapaxie von Harnleitersteinen einschließlich Harnleiterbougieung, intrakorporaler Steinertrümmerung und endoskopischer Entfernung der Steinfragmente, gegebenenfalls einschließlich retrograder Steinreposition, analog Nr. 1817 GOÄ und Nr. 1787 GOÄ.

A 1862 Perkutane Nephrolitholapaxie (PNL oder PCNL) – mit Ausnahme von Nierenausgusssteinen – einschließlich intrakorporaler Steinertrümmerung, pyeloskopischer Entfernung der Steinfragmente und Anlage einer Nierenfistel, analog Nr. 1838 GOÄ und Nr. 1852 GOÄ.

A 1863 Transurethrale oder perkutane Endopyelotomie – Transurethrale Endopyelotomie, einschließlich Ureterorendoskopie mit Harnleiterbougie, gegebenenfalls einschließlich der retrograden Darstellung des Ureters und des Nierenbeckens mittels Kontrastmittel und Durchleuchtung, gegebenenfalls einschließlich Einlage eines transureteralen Katheters oder perkutane Endopyelotomie, einschließlich Punktion des Nierenbeckens und Bougierung der Nierenfistel sowie Pyeloskopie, gegebenenfalls einschließlich der Darstellung des Nierenbeckens mittels Kontrastmittel und Durchleuchtung, gegebenenfalls einschließlich Einlage eines Nierenfistelkatheters, analog Nr. 1827 GOÄ und analog Nr. 1852 GOÄ.



Endopyelotomie

Blick von einem Winderhitzer (Cowper) auf Völklingen

Die Einlage eines transurethralen Katheters nach Nr. 1812 GOÄ beziehungsweise die Einlage eines Nierenfistelkatheters nach Nr. 1851 GOÄ ist Leistungsbestandteil der transurethralen beziehungsweise perkutanen Endopyelotomie und kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Die retrograde beziehungsweise anterograde Darstellung von Ureter und Nierenbecken nach Nr. 5220 GOÄ ist Leistungsbestandteil der transurethralen beziehungsweise perkutanen Endopyelotomie und kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Die Darstellung von Harnblase und Urethra nach Nr. 5230 GOÄ ist, sofern erforderlich, neben der transurethralen Endopyelotomie berechnungsfähig.

A 1870 Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalsses und der Schließmuskelfunktion, einschließlich Blasen Katheter, gegebenenfalls einschließlich suprapubischem Katheter, gegebenenfalls einschließlich einer oder mehrerer Drainagen, analog Nr. 1845 GOÄ.

A 1871 Totale Entfernung der Prostata und Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalsses und der Schließmuskelfunktion sowie Potenzertret durch Präparation der Nervi erigentes, auch beidseitig, einschließlich Blasen Katheter, gegebenenfalls einschließlich suprapubischem Katheter, gegebenenfalls einschließlich einer oder mehrerer Drainagen, analog Nr. 1850 GOÄ.

A 1872 Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen ohne pelvine Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalsses und der Schließmuskelfunktion, einschließlich Blasen Katheter, gegebenenfalls

Radikale Prostatektomie mit Entfernung der Lymphknoten ohne Neurolyse

Radikale Prostatektomie mit Entfernung der Lymphknoten mit Neurolyse

Radikale Prostatektomie ohne Entfernung der Lymphknoten ohne Neurolyse

einschließlich suprapubischem Katheter, gegebenenfalls einschließlich einer oder mehrerer Drainagen, analog Nr. 1843 GOÄ.

A 1873 Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen ohne pelvine Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion sowie Potenzersatz durch Präparation der Nervi erigentes, auch beidseitig, einschließlich Blasenkatheeter, gegebenenfalls einschließlich suprapubischem Katheter, gegebenenfalls einschließlich einer oder mehrerer Drainagen, analog Nr. 3088 GOÄ.

Die analogen Bewertungen nach A 1870, A 1871, A 1872 und A 1873 können nicht nebeneinander, sondern nur alternativ (je nach Leistungsumfang) berechnet werden.

Bei einer über das regionäre Lymphabstromgebiet (nach gültiger TNM-Klassifikation) hinausgehenden, ausgedehnten extraregionären Lymphknotenentfernung (auch transabdominal oder transthorakal) kann Nr. 1783 GOÄ analog für die extraregionäre Lymphknotenentfernung als selbständige Leistung neben der Nr. 1843 GOÄ berechnet werden.

Zusätzlich ist bei eindeutiger medizinischer Indikation (z. B. Verdacht auf Infiltration oder metastatischen Befall) die Entfernung der Nebenniere nach Nr. 1858 GOÄ als selbständige Leistung neben Nr. 1843 GOÄ berechnungsfähig.

Die bei fortgeschrittenem Tumorstadium gegebenenfalls medizinisch erforderliche Entfernung von Tumorthromben in der Vena cava ist als selbständige Leistung entsprechend Nr. 2802 GOÄ neben Nr. 1843 GOÄ berechnungsfähig.

Erfolgt neben der Nephrektomie nach Nr. 1843 GOÄ ein weiterer Eingriff (z. B. nach Nr. 1858 GOÄ) über denselben transabdominellen beziehungsweise transthorakalen Zugang, so ist bei dieser Leistung die Eröffnungsleistung nach Nr. 3135 GOÄ (transabdominaler Zugang) oder Nr. 2990 GOÄ (transthorakaler Zugang) abzuziehen.

A 1880 Organerhaltende Entfernung eines malignen Nierentumors ohne Entfernung der regionalen Lymphknoten, analog Nr. 1842 GOÄ.



Hochofen auf halber Höhe

A 1881 Organerhaltende Entfernung eines malignen Nierentumors mit Entfernung der regionalen Lymphknoten, analog Nr. 1843 GOÄ.

Bei metastatischem Befall von Lymphknoten über das regionäre Lymphstromgebiet (nach gültiger TNM-Klassifikation) hinaus kann zusätzlich die Nr. 1783 GOÄ analog für die extraregionäre Lymphknotenentfernung als selbständige

Radikale Prostatektomie ohne Entfernung der Lymphknoten mit Neurolyse

Radikale Nephrektomie bei Nierenzellkarzinom

Nierenzellkarzinomentfernung ohne Lymphknotenentfernung

Nierenzellkarzinomentfernung mit Lymphknotenentfernung

Leistung nach Abzug der Eröffnungsleistung neben der Nr. 1843 GOÄ analog berechnet werden.

Diagnostische Fluoreszenzendoskopie

A 1890 Fluoreszenzendoskopie bei Urothelkarzinom, einschließlich Instillation des Farbstoffs, analog Nr. 1789 GOÄ.

Die Kosten für den je Sitzung verbrauchten Farbstoff können entsprechend § 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ als Ersatz von Auslagen geltend gemacht werden.

Abrechnung kernspintomografischer Leistungen

Die Bundesärztekammer hat im Deutschen Ärzteblatt (Heft 46, 18. November 2005, S. A 3207 ff.) mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Berufsverband der Deutschen Radiologen und der Deutschen Röntgengesellschaft erarbeitete Grundsätze zur Untersuchung und Abrechnung von MRT-Leistungen veröffentlicht. Es ist seitens der Bundesärztekammer nicht versucht worden, eine Abstimmung mit dem PKV-Verband vorzunehmen. Den Empfehlungen der Bundesärztekammer kann aus Sicht der PKV nicht in allen Punkten gefolgt werden. Die Auffassung des PKV-Verbandes wird im Folgenden wiedergegeben:

Bei den kernspintomografischen „Grundleistungen“ (GOÄ-Nrn. 5700 bis 5730) geht es nicht nur darum, „einen Körperabschnitt in Bezug auf die Anatomie darzustellen“, es sollen auch die pathologischen Elemente der untersuchten Regionen dargestellt und im Hinblick auf die klinische Fragestellung beurteilt werden. Es ist nicht sachgerecht, wenn die Bundesärztekammer die Grundleistung auf ein Niveau der bildgebenden Diagnostik reduziert, das den Standard der so genannten „guten klinischen Praxis“ (state of the art) unterschreitet.

Die Grundleistungen dienen dazu, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen zu gewinnen. Der zusätzliche Ansatz von Zuschlagspositionen (GOÄ-Nrn. 5731 bis 5733) ist nur gerechtfertigt, wenn intraprozessual entstandene Probleme (z. B. von den anatomischen Bereich überschreitender Pathologika) nicht mit den Mitteln der Grundleistung geklärt werden können. Der Radiologe hat die an ihn gestellten Fragen im Rahmen der Grundleistung zu beantworten und ergänzende Leistungen nur gezielt einzusetzen.

Ein „horizontaler Bewertungsvergleich“ zwischen den GOÄ-Nrn. 5700 beziehungsweise 5705 und GOÄ-Nr. 5729, wie ihn die Bundesärztekammer vornimmt, ist nicht gerechtfertigt. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der letzten GOÄ-Novelle am 1. Januar 1996, in deren Zuge der Abschnitt O des Gebührenverzeichnisses komplett überarbeitet wurde, war es allgemein üblich, das Knie in mehr als zwei Ebenen und zwei Gewichtungen darzustellen. Ausweislich ihrer „Leitlinien zur Qualitätssicherung der Magnetresonanztomografie“ (Deutsches Ärzteblatt, Heft 39, 29. September 2000, S. A 2557 ff.) geht die Bundesärztekammer selbst davon aus, dass drei beziehungsweise vier Schichtebenen und zwei beziehungsweise drei Gewichtungen zu den speziellen untersuchungstechnischen „Mindestanforderungen“ gehören. Werden aber lediglich Mindestanforderungen erfüllt, kann dies nicht die Berechnung von Zuschlagspositionen rechtfertigen.

Der medizinisch technische Fortschritt im Bereich der MRT hat nicht nur zu einer Veränderung der Leistungsinhalte der Grundleistungen geführt, sondern auch die Durchführung der Untersuchungen beschleunigt und neue Anwen-

Beispiel: Kniegelenksuntersuchungen

Grundleistungen (BÄK-Veröffentlichung Nr. 2 „Systematik des Abschnitts O)

Horizontaler Bewertungsvergleich (BÄK-Veröffentlichung Nr. 3 „Problematik O III Magnetresonanztomografie“)

dungsbereiche erschlossen. Die Investition in moderne Geräte kommt sowohl dem Patienten als auch dem Radiologen zugute.

Von ergänzenden Serien gemäß der GOÄ-Nr. 5731 kann nur gesprochen werden, wenn zu den für die Erbringung der Grundleistung nach den GOÄ-Nrn. 5700 bis 5730 notwendigen Serien aus medizinischen Gründen eine oder mehrere weitere Serien hinzukommen. Der Begriff „Serie“ entspricht dem Begriff „Sequenz“. Zur Abgrenzung ist auf die „Datenakquisition“ abzustellen. Werden neue Daten akquiriert, kann von einer neuen Serie gesprochen werden.

Es stellt sich also die Frage, wie viele Serien schon von der Grundleistung erfasst sind. Im Einzelnen gilt hier Folgendes:

GOÄ-Nrn. 5700, 5705: Diese Leistungen umfassen zwei Serien, davon mindestens eine T 2-Sequenz, in zwei Ebenen. Zusätzliche Ebenen sind durch einen erhöhten Steigerungsfaktor abzubilden. Eine Gebührenposition für „zusätzliche Ebenen“ (Pendant zu GOÄ-Nr. 5713) gibt es in der Gebührenordnung nicht. Zuschlagspositionen können auch nicht analog herangezogen werden. Es bleibt also nur die Möglichkeit, einen zusätzlichen Aufwand durch einen erhöhten Multiplikator zu berücksichtigen.

GOÄ-Nrn. 5715 bis 5730: Erfasst sind grundsätzlich zwei Serien (T 1 und T 2); eine Ausnahme bildet das Kniegelenk. Hier sind es drei Serien, hinzu kommt eine fettsättigende Sequenz. Die Gewinnung von Aufnahmen mit fettsättigenden Sequenzen war bereits im Jahr 1996 möglich. In den Leitlinien der Bundesärztekammer zur MRT des Knies wird die Fettsättigung als „besondere Anforderung“ im Rahmen der speziellen geräte- und untersuchungstechnischen Mindestanforderungen genannt. Es wird ihr der gleiche methodische Wert zugeschrieben wie zum Beispiel der „Flusskompensation“ im Rahmen der MRT des Schädels oder der Wirbelsäule. In den Leistungslegenden ist nicht vorgegeben, in wie vielen „Ebenen“ (= Projektionen) die MRT durchzuführen ist. Alle medizinisch notwendigen „Ebenen“ sind also mit der Gebühr für die Grundleistung abgegolten. Zur Grundleistung nach GOÄ-Nr. 5729 gehört die Darstellung des Knies in drei Ebenen (gemäß dem Standard einer zeitgemäßen MRT der Gelenke).

Entgegen der Auffassung der Bundesärztekammer sind Aufnahmen des vorderen Kreuzbandes in schräg-koronarer Ebene und eine „für Knorpel sensitive Schicht“ keine ergänzenden Serien im Sinne der GOÄ-Nr. 5731. Auch hier ist auf die Leitlinien der Bundesärztekammer zu verweisen. Dort wird es zu den Mindestanforderungen an die MRT der Kniegelenke gezählt, dass die Kreuzbänder in ihrem anatomischen Verlauf zweifelsfrei abgebildet, die Knorpelkonturen im Schnittbild klar zu beurteilen und Knorpeldefekte von 3 mm Durchmesser und 1,5 mm Tiefe eindeutig nachzuweisen oder auszuschließen sind.

Leider lassen die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer einen Hinweis darauf vermissen, dass kontrastmittelverstärkte Aufnahmen vor allem dann angezeigt sind, wenn die mit einer fettsättigenden Sequenz gewonnene Serie einen pathologischen Befund zeigt. Umgekehrt ist von einer kontrastmittelverstärkten Serie keine Zusatzinformation zu erwarten, wenn die untersuchte Region in der Serie, die mit einer fettsättigenden Sequenz untersucht worden ist, keinen krankhaften Befund zeigt.

Der Spulenwechsel erfolgte früher mechanisch, heute elektronisch. Ein elektronischer Spulenwechsel kann nicht mit GOÄ-Nr. 5732 (gesondert) berechnet werden.

Keine Leistung nach GOÄ-Nr. 5732 stellt der Positionswechsel im Rahmen einer nachträglichen Venenpunktion dar. Denn er dient nicht dazu, die Position des Patienten gezielt zu verändern. Dessen Position sollte sich gerade trotz der für die Venenpunktion erforderlichen Manipulationen nicht verändern.

Der allgemeine Begriff „computergesteuerte Analyse“ wird in der Leistungslegende durch die beispielhafte Nennung von „Kinetik“ und „3-D-Rekonstruktion“ konkretisiert. Es erscheint nicht gerechtfertigt, dass GOÄ-Nr. 5733 für jedweden im Computer stattfindenden Rechenprozess berechnungsfähig ist. Findet keine der explizit genannten Analysen statt, ist Nr. 5733 GOÄ nur berechnungsfähig, wenn eine diesen Leistungen entsprechende Untersuchung durchgeführt wird. Entgegen den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer sind Winkel-, Flächen- und Volumenmessungen aber weder hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes noch hinsichtlich der Erfahrung und des Geschicks des Untersuchers einer Analyse der Kontrastmitteltechnik oder einer dreidimensionalen Rekonstruktion gleichzustellen. Computergestützte Analysen sind im Übrigen weder bei einem „Knorpelschaden am Kniegelenk“ noch für die Darstellung eines „Korbhenkelrisses im Bereich des Meniskus“ notwendig. Beide Diagnosen können ohne 3-D-Rekonstruktionen zuverlässig gestellt werden.

Positionswechsel nach GOÄ-Nr. 5732 (Veröffentlichung der BÄK Nr. 8.2)

Computergesteuerte Analyse nach GOÄ-Nr. 5733 (Veröffentlichung der BÄK Nr. 9)



Novellierung der GOZ

Das Bundesgesundheitsministerium hat zur fachlichen Vorbereitung der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der zweiten Hälfte des Jahres 2003 eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Bundeszahnärztekammer, der Beihilfe (Bund und Länder) und des PKV-Verbandes eingesetzt. Die Arbeit des Gremiums gestaltete sich von Anfang an eher zäh. Dies lag insbesondere daran, dass das Grundprinzip des Ministeriums von der Bundeszahnärztekammer nicht akzeptiert wird (vgl. Rechenschaftsbericht 2005, S. 49 f.). Die Situation eskalierte, als die Bundeszahnärztekammer ab April 2006 die Sitzungen der GOZ-Arbeitsgruppe boykottierte. Hintergrund war der Streit über die in den Sitzungen zugrunde zu legenden Arbeitspapiere. Die Vorlagen des Bundesgesundheitsministeriums basierten auf dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen, während die Bundeszahnärztekammer einen zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde formulierten Leistungskatalog zur Diskussionsgrundlage machen wollte. Dieser Katalog wurde auf der Grundlage der wissenschaftlichen Neubeschreibung einer präventions-

orientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erstellt und sollte als Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte – als neues Leistungsverzeichnis – dienen.

Die GOZ-Arbeitsgruppe hat ohne die Vertreter der Bundeszahnärztekammer den ersten Schritt der Vorarbeiten zunächst abgeschlossen. Diese Arbeiten betrafen die Darstellung des zahnärztlichen Leistungsspektrums in Form von Gebührenpositionen (Formulierung der Leistungslegenden, Allgemeine Bestimmungen und Abrechnungsbestimmungen).

Nachdem die Bundeszahnärztekammer eine erneute Beteiligung an den Vorbereitungsarbeiten signalisiert hat, soll vor der endgültigen Beendigung der Arbeiten am Leistungsverzeichnis eine gemeinsame Beratung stattfinden. Gegenstand dieser Beratung soll der Abgleich zwischen dem Leistungsverzeichnis der Bundeszahnärztekammer („Verzeichnis der zahnärztlichen Leistungen – basierend auf der wissenschaftlichen Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“) und den bisherigen Arbeitsergebnissen der GOZ-Arbeitsgruppe sein. Es soll für jede Gebührenposition des Leistungsverzeichnisses der Bundeszahnärztekammer überprüft werden, ob die dort beschriebene Leistung dem Grunde nach im Arbeitsergebnis der Arbeitsgruppe enthalten ist. Ist dies nicht der Fall, soll darüber beraten werden, ob und gegebenenfalls wie eine Ergänzung des Arbeitsergebnisses erfolgen soll.

In einem nächsten Arbeitsschritt erfolgt eine Bewertung der einzelnen Leistungen, also eine Zuordnung von Punktzahlen im Sinne der Festlegung von Relativgewichten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat hierfür ein externes Unternehmen mit entsprechenden Berechnungen betraut. Danach wird sich die Arbeitsgruppe mit dem Allgemeinen Teil (Paragrafenteil) der GOZ befassen.

Bei der Festlegung des Punktwertes handelt es sich letztlich um eine politische Entscheidung, die – so das Bundesgesundheitsministerium – nicht mehr Sache der Arbeitsgruppe sein soll. Die Bundesregierung entscheidet, ob und wenn ja, in welchem Umfang das sich aus der GOZ ergebende Vergütungsvolumen erhöht wird. Unter Einbeziehung einer Prognoserechnung hinsichtlich der Auswirkungen der im Allgemeinen Teil und im Gebührenverzeichnis der GOZ vorgenommenen Änderungen wird dann ein neuer Punktwert festgelegt werden. Da das nach Abschluss der Vorarbeiten eingeleitete Rechtsverordnungsverfahren etwa ein halbes Jahr dauern wird, könnte die neue GOZ frühestens Ende 2007 in Kraft treten.

Hinsichtlich der Entwicklung des Vergütungsvolumens der GOZ ist die Position der Bundeszahnärztekammer von wenig Realismus geprägt. Auf einer außerordentlichen Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer wurde eine so genannte „Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ)“ verabschiedet. Diese besteht aus einem Paragrafenteil und dem oben genannten „Verzeichnis der zahnärztlichen Leistungen“, in dem den einzelnen Leistungen ein „Basiswert“ (Euro-Betrag) zugeordnet ist, auf dessen Grundlage der Zahnarzt sein Honorar – unter anderem unter Berücksichtigung der jeweiligen Praxisstruktur – bestimmt. In der Fachpresse war hierzu zu lesen, dass die HOZ-Bewertung 40 Prozent über dem 2,3fachen Gebührensatz der derzeitigen GOZ liegen soll. Mit solchen Forderungen diskreditiert sich die Bundeszahnärztekammer als ernst zu nehmender Partner von Politik und Kostenträgern, wenn es im Rahmen der GOZ-Novellierung um einen Interessenausgleich zwischen Zahnärzten und Patienten geht. Es geht wohl wieder einmal im Wesentlichen um eine „Demonstration“. Es kann nicht angenommen werden, dass die Bundeszahnärztekammer angesichts einer Politik, die eher auf eine Angleichung der Vergütungssysteme für vertragszahn-

ärztliche und privat Zahnärztliche Behandlung ausgerichtet ist, daran glaubt, solche Vorschläge durchsetzen zu können. Statt in den eigenen Reihen hohe Erwartungen zu wecken, wäre Realismus sicher besser gewesen. Die Bundeszahnärztekammer darf sicher sein, dass ein Rechtsverordnungsverfahren nicht nach den Spielregeln von Tarifverhandlungen funktioniert. Aus Sicht der PKV gibt es angesichts des bestandsbereinigten Anstiegs der Leistungsausgaben im Bereich der zahnärztlichen Behandlung von rund 50 Prozent innerhalb eines 10-Jahres-Zeitraums kaum Spielraum für eine Erhöhung des Gesamtvergütungsvolumens. Denkbar sind natürlich Verschiebungen innerhalb der Vergütungsstruktur der GOZ.



Luftzufuhr zu den Winderhitzern

3.2 Ambulante Leistungen und Integrierte Versorgung

Vereinbarung mit universitären Zentren

Rund 10 Prozent der Frauen in Deutschland erkranken im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63 Jahren. 0,2 Prozent der Frauen haben jedoch ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko von lebenslang 80 Prozent. Das mittlere Erkrankungsalter dieser Frauen liegt in der jetzigen Generation bei 50 Jahren. Frauen mit diesem hohen Erkrankungsrisiko für Brustkrebs können durch die Familienanamnese und eine detaillierte Stammbaumanalyse identifiziert und das Erkrankungsrisiko durch eine molekulargenetische Analyse der Hochrisikogene BRCA 1 und BRCA 2 konkretisiert werden.

Aufgrund des außerordentlich hohen und frühen Erkrankungsrisikos ist die allgemeine Brustkrebsprävention für diese Frauen nicht ausreichend. Sie benötigen umfangreichere präventive Maßnahmen. Die Deutsche Krebshilfe hat von 1997 bis Ende 2004 bundesweit zwölf universitäre, interdisziplinär ausgerichtete Zentren gefördert. Diese haben während des Förderzeitraums ein umfassendes Konzept zur Beratung, Gendiagnostik und Prävention etabliert und evaluiert. Die Ergebnisse sind dann in Gesprächen zwischen Vertretern der Bundesverbände der Krankenkassen, der zwölf Zentren und der Deutschen Krebshilfe diskutiert

Risikofeststellung für Brust- und Eierstockkrebs

und bewertet worden. Dazu sind die erzielten Ergebnisse dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) zur Beurteilung vorgelegt worden. Basierend auf einer von der AOK in Auftrag gegebenen Studie haben die Spitzenverbände der Krankenkassen das Betreuungskonzept positiv bewertet und in Zusammenarbeit mit dem Steering-Komitee des Verbundprojektes einen Mustervertrag erarbeitet. Dieser Vertrag ist gekoppelt an ein umfangreiches Regelwerk, welches für alle Zentren ein standardisiertes und qualitätskontrolliertes Vorgehen verbindlich festlegt sowie Schwellenwerte für das Angebot der Gendiagnostik und Prävention definiert. Alle Landesverbände der Primär- und Ersatzkassen haben mit den Zentren diesen Vertrag abgeschlossen.

Vor diesem Hintergrund ist das Klinikum der Universität zu Köln – stellvertretend für die anderen Zentren – mit dem Anliegen einer Kostenübernahme durch private Krankenversicherer für die in dem Konzept zur Beratung, Gendiagnostik und Prävention zusammengefassten Leistungen an den PKV-Verband herangetreten.

In einer ersten Antwort wies die Verbandsgeschäftsführung darauf hin, dass nicht alle der im Vertrag dargestellten Maßnahmen unter die Leistungszusage der PKV fallen. Das Klinikum der Universität zu Köln erklärte daraufhin, dass aufgrund der gegenwärtig vorliegenden Evidenz und anhand starker Surrogatmarker (Tumorstadien) von einer Wirksamkeit der Maßnahme ausgegangen werden könne. Da jedoch auch international keine Langzeitverläufe und somit keine harten Endpunkte (Mortalitätsreduktion und Lebensqualität) vorlägen, führe man im Rahmen der jetzt angelaufenen Regelversorgung eine rigorose Verlaufskontrolle mit einheitlicher Dokumentation und Qualitätskontrolle durch. Ein wichtiges Anliegen hierbei sei die Festsetzung von Schwellenwerten für die Gendiagnostik und Prävention gewesen, die sicherstellen, dass man die Maßnahmen auf ein eindeutig definiertes Hochrisikokollektiv konzentriere. Von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen seien daher die Voraussetzungen für die Einführung der Maßnahmenpakete in die Regelversorgung als gegeben angesehen worden.

Bei dem entwickelten Konzept geht es darum, anhand familienanamnetischer Daten Frauen mit hohem Risiko zu identifizieren und dem genetischen Screening zu unterziehen. Grundsätzlich überzeugte das Konzept den PKV-Verband, so dass er Verhandlungen über eine Zusammenarbeit mit der Universität aufnahm. Dabei legte der Verband Wert auf eine unmissverständliche Festlegung von Einschlusskriterien und die Abstimmung einer pauschalen Leistungsvergütung (Rechnungsstellung ausschließlich durch die Zentren).

Im Ergebnis wurde zwischen dem PKV-Verband und dem Klinikum der Universität zu Köln ein Vertrag abgeschlossen. Er regelt die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennungsmaßnahmen von Ratsuchenden mit familiärer Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs. Der Vertrag ist so gestaltet, dass sowohl die übrigen – von der Deutschen Krebshilfe bestimmten – universitären Zentren als auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung beitreten können. Damit kann privat versicherten Frauen, die im Bereich von Brust- und/oder Eierstockkrebserkrankungen zur Gruppe der Hochrisikopatientinnen gehören, ein hochwertiges, qualitätsgesichertes und wissenschaftlich begleitetes Betreuungsangebot gemacht werden. Die Kostenpauschalen liegen insbesondere bei der Genanalyse deutlich unter der Vergütung, die sich bei einer Abrechnung auf der Grundlage der GOÄ ergeben würde. Die Vereinbarung ist ein Beispiel dafür, dass es möglich ist, Versorgungsangebote mit hoher Qualität und angemessener Vergütung zu generieren, wenn sowohl

auf Leistungsanbieter- als auch auf Kostenträgerseite unvoreingenommen und am Wohl des Patienten/Versicherten orientiert verhandelt wird.

Integrierte Versorgung

Das Gesundheitswesen ist im Umbruch. Netzwerke verschiedenster Art, neue Versorgungsstrukturen und unterschiedliche Kooperationsformen werden erprobt. In erster Linie geht es dabei um eine Optimierung der Patientenversorgung, idealerweise bei gleich bleibenden oder möglichst sinkenden Kosten. In der Praxis bereits etabliert hat sich das Instrument der Integrierten Versorgung (IV). Das Gesamtvolumen ist zwar noch gering. Das Vergütungsvolumen sowie die Anzahl der Verträge und der beteiligten Versicherten steigen jedoch kontinuierlich. Dabei sinkt die Zahl der Versicherten pro IV-Vertrag. Der Schwerpunkt der Verträge liegt in den Bereichen Endoprothetik, Kardiochirurgie und invasive Kardiologie.

Der Gesetzgeber gibt für die Integrierte Versorgung einen Rahmen vor. Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz soll sich diese Angebotsform von eher kleinteiligen und indikationsbezogenen Verträgen hin zu Modellen der regionalen Vollversorgung entwickeln. Die PKV ist natürlich nicht Adressat entsprechender gesetzlicher Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Trotzdem können intelligente Konzepte einer Integrierten Versorgung für privat versicherte Patienten und ihre Versicherungsunternehmen interessant sein. Dies gilt, obwohl IV-Verträge häufig Versorgungselemente umfassen, für die sich aus den Verträgen der PKV formal keine Leistungspflicht ergibt. Dort, wo sich neue Kooperationsformen herausbilden, unterschiedliche Bereiche verzahnt und komplexe Behandlungsabläufe in einheitlichen Versorgungskonzepten mit einheitlicher Vergütung zusammengefasst werden, wird die Abgrenzung einzelner Leistungsbestandteile vor dem Hintergrund unterschiedlicher Leistungszusagen für die PKV ohnehin immer schwieriger. Es gilt, entsprechende Versorgungsangebote insgesamt zu bewerten und im Falle einer positiven Beurteilung den eigenen Versicherten zugänglich zu machen.

Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass nicht jedes Versorgungsangebot, das als Integrierte Versorgung präsentiert wird, tatsächlich den Anforderungen an Qualitäts- und Effizienzsteigerung bei der Patientenbetreuung gerecht wird. Im Bereich der GKV gibt es aufgrund spezieller Vergütungsregelungen („Honorartöpfe“) auch Mitnahmeeffekte. Es ist daher im Einzelfall zu prüfen, ob mit der Integrierten Versorgung für den Patienten tatsächlich ein Mehrwert verbunden ist, insbesondere unter den Stichworten Qualität (Ergebnis-, Struktur-, Prozessqualität), leitliniengerechte Behandlung (Clinical Pathways) und Ablaufkoordination (persönliche Ansprechpartner etc.).

Neben einzelnen Verhandlungen über den Einstieg in bestehende IV-Modelle strebt die PKV die Kooperation mit Großanbietern, also insbesondere Klinik-Ketten, an. Denn angesichts der im Verhältnis zur GKV geringen Versichertenzahl lohnt sich schon aufgrund der zu geringen Fallzahlen nicht jede Einzelkooperation, um einen zusätzlichen administrativen Aufwand bei den Versicherungs-

Die **Integrierte Versorgung** soll eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ärzte, Zahnärzte, sonstige zugelassene Leistungserbringer) im deutschen Gesundheitswesen fördern. Damit sollen die Qualität der Patientenversorgung verbessert und gleichzeitig die Gesundheitskosten gesenkt werden. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde am 1. Januar 2004 in dem neu geschaffenen Paragraphen 140 a-d des SGB V festgelegt, dass Leistungserbringer und Krankenkassen auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur Integrationsversorgung miteinander schließen können. Damit war die Grundlage für einzelvertragliche Aktionen geschaffen. Die PKV ist zwar nicht Adressat entsprechender Regelungen im SGB V, aber auch für Privatversicherte und Versicherungsunternehmen können gute Konzepte der Integrativen Versorgung interessant sein.

unternehmen zu rechtfertigen. Als Partner für entsprechende Verträge bietet sich für die PKV natürlich vor allem die SANA-Kliniken GmbH & Co. KGaA an, die verschiedenen PKV-Unternehmen gehört. SANA sieht einen Trend zu vernetzten Strukturen, die perspektivisch zur Regelversorgung werden könnten. In der Integrierten Versorgung sieht die Klinik-Kette großes Potenzial und will sich verstärkt engagieren. In diesem Zusammenhang streben SANA und der PKV-Verband den Abschluss eines Rahmenvertrages an.

3.3 Stationäre Leistungen

Wahlarztvertrag

Zu den gesetzlich speziell geregelten (§ 17 KHEntgG) Wahlleistungen im Krankenhaus gehört die so genannte wahlärztliche Behandlung, also die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses. Dies sind in der Regel die Chefärzte. Für die wahlärztliche Behandlung muss der Wahlleistungspatient neben dem Krankenhausentgelt, das anteilig auch die Kosten der ärztlichen Behandlung erfasst, eine gesonderte Vergütung für die Leistungen des Wahlarztes bezahlen. Grundlage dieser Vergütung ist ebenfalls die GOÄ. Zu dieser Doppelvergütung für die ärztlichen Leistungen (die nur unzureichend durch die Pflicht zur Gebührenminderung gemäß § 6a GOÄ ausgeglichen wird) ist der Wahlleistungspatient nur bereit, wenn die ärztlichen Leistungen tatsächlich von dem aus seiner Sicht besten Arzt des Krankenhauses, nämlich dem Wahlarzt (Chefarzt), durchgeführt werden. Gegenstand einer Vereinbarung über wahlärztliche Behandlung ist also primär das persönliche Engagement des Wahlarztes. Welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit der Wahlarzt der Behandlung tatsächlich sein „persönliches Gepräge“ gibt (vgl. Amtliche Begründung zur 4. GOÄ-Änderungsverordnung), ist in Fachliteratur und Rechtsprechung und zwischen Chefärzten und Krankenhäusern sowie Kostenträgern (insbesondere der PKV) umstritten. Eine klärende höchstrichterliche Rechtsprechung gibt es bisher nicht.



Unabhängig von den Rechtsfragen, die sich hier stellen, ist das Problem auch unter praktischen Gesichtspunkten zu betrachten. Dem nachvollziehbaren Interesse des Patienten an einem persönlichen Engagement des Wahlarztes steht dessen hohe Arbeitsbelastung gegenüber. Eine zu enge Anbindung des Liquidationsrechts an ein persönliches Tätigwerden würde daher oft dazu führen, dass eine wahlärztliche Behandlung dem Patienten gar nicht angeboten werden kann. Im Übrigen darf auch nicht verkannt werden, dass angesichts der rasanten wissenschaftlichen und technischen Entwicklung in der Medizin auch ein leitender Krankenhausarzt nicht immer sein gesamtes Fachgebiet optimal abdecken kann und der Trend zur Subspezialisierung geht. Es ist also denkbar, dass zum Beispiel in den operativen Fächern ein besonders spezialisierter Oberarzt in einem bestimmten Bereich ein besserer Operateur ist als sein Chef. Letztlich geht es dem Wahlleistungspatienten vor allem darum, von dem tatsächlich und nicht nur vermeintlich besten Arzt des Krankenhauses behandelt zu werden.

Daher hat der PKV-Verband folgenden pragmatischen Lösungsansatz im Sinne eines gerechten Interessenausgleichs im Bezug auf die Anforderungen an eine wahlärztliche Behandlung entwickelt:

Als Wahlarzt können immer zwei fachlich besonders qualifizierte Ärzte des Krankenhauses benannt werden. Dies sollten in der Regel der Chefarzt als Leiter einer Krankenhausabteilung und ein Oberarzt sein. Diese beiden Ärzte sind fachgebietsbezogen vom Krankenhaus unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall zu benennen. Einer der benannten Ärzte hat die, die Behandlung in dem jeweiligen Fachgebiet prägenden, Hauptleistungen persönlich zu erbringen. Dazu gehören grundsätzlich eine Untersuchung des Patienten vor Behandlungsbeginn, Leistungen, die dem Patienten den Eindruck einer permanenten persönlichen Betreuung vermitteln (insbesondere tägliche Visiten), und Leistungen, die den Schwerpunkt der Behandlung bilden (z. B. Operationen). Auf der Vergütungsseite sollte der Tatsache, dass der Patient in der Regel vom Chefarzt selbst versorgt werden will, mit einer Einschränkung der Liquidationsmöglichkeiten Rechnung getragen werden. Daher darf bei Vertretung des Chefarztes durch den im Vorfeld benannten Oberarzt der Gebührenhöchstsatz nicht mittels Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ überschritten werden.

Eine Verständigung mit dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. auf dieser Grundlage ist leider gescheitert. Im Herbst letzten Jahres ist es dem PKV-Verband aber gelungen, sich mit einer großen Klinik-Kette, der SANA Kliniken GmbH & Co. KGaA, entsprechend abzustimmen. Im Ergebnis konnte man sich auf die Verwendung eines Formulars zur Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen einigen, das unter anderem folgende Regelungen enthält:

- Der Chefarzt wird die wahlärztliche Behandlung grundsätzlich als höchstpersönliche Leistung erbringen. Insbesondere wird er das Erstgespräch/die Eingangsuntersuchung durchführen, die die Gesamtbehandlung prägenden Hauptleistungen (Operationen, Narkosen etc.) erbringen sowie die Visiten und die Entlassungsuntersuchung/das Entlassungsgespräch vornehmen.
- Der Chefarzt muss nicht sämtliche wahlärztliche Leistungen eigenhändig erbringen. Er darf andere als die vorgenannten Leistungen unter Beachtung der jeweiligen gesetzlichen Vorgaben, insbesondere des § 4 Abs. 2 GOÄ, auf nachgeordnete Ärzte delegieren. Die Abrechnung dieser Leistungen darf die Mittelwerte der Regelspannen nicht überschreiten.

Formular zur Vereinbarung
wahlärztlicher Leistungen

- Sämtliche Leistungen können anstelle des Chefarztes auch von dem nachfolgend benannten Oberarzt, der im konkreten Behandlungsfall mindestens ebenso qualifiziert ist wie der Chefarzt, erbracht werden. Vorliegend wird folgender Oberarzt benannt: Eine weitergehende Vertretung des Chefarztes oder des vorgenannten Oberarztes durch einen anderen Arzt wird nicht erfolgen. Der Abschluss einer abweichenden Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ für die Tätigkeit des Oberarztes unterbleibt.
- Die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle – im Folgenden benannten – an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind (Chefarzte), sowie auf die ebenfalls im Folgenden benannten Oberärzte, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Verhandlungen zu den landeseinheitlichen Basisfallwerten 2006

Die im Jahr 2005 aufgenommenen Verhandlungen zu den landeseinheitlichen Basisfallwerten (LBFW) zogen sich teilweise bis in den August 2006 hin. Da über die Landesbasisfallwerte das allgemeine Preisniveau für stationäre Leistungen in den einzelnen Bundesländern festgelegt wird, waren sie das dominante Thema für die Betroffenen. Das sind zunächst Krankenhäuser, die Daten zur Verfügung zu stellen hatten. Aber auch die Vertragsparteien auf Landesebene, die zuständigen Schiedsstellen und Genehmigungsbehörden sowie die Landessozialministerien, die langwierige Gerichtsprozesse über die adäquate Höhe des LBFW vermeiden wollten. Mit Ausnahme von Hamburg lagen bis Ende 2006 in allen Bundesländern behördlich genehmigte LBFW für dieses Jahr vor. Die Festlegung dieser Werte erfolgte überwiegend auf dem Vereinbarungswege, teils aber auch durch Schiedsstellenbeschluss. In den alten Bundesländern wurden die Ergebnisse wie folgt gefunden:

In Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Saarland und Schleswig-Holstein konnten sich die Vertragsparteien nach teilweise äußerst intensiven Verhandlungen außerhalb der Schiedsstelle einigen. In Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen musste die Schiedsstelle hingegen angerufen werden.

Dank der Kompromissbereitschaft der Vertragsparteien und der Moderation der Vorsitzenden, wurden diese drei Verhandlungen mit einer Einigung vor der Schiedsstelle abgeschlossen. Die Landessozialministerien haben daraufhin unverzüglich die vereinbarten LBFW genehmigt. Nur Hamburg wurde der Schiedsstellenentscheidung die behördliche Genehmigung versagt. Der Grund: Die Kostenträger haben die Wirtschaftlichkeitsreserven nicht exakt nachgewiesen, so dass die Schiedsstelle gemäß § 14 Absatz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde erneut zusammenkommen musste. Dies erfolgte Mitte Oktober 2006.

In Bayern einigten sich die Vertragsparteien auf dem Verhandlungswege in fast allen Punkten. Nur bei der Festlegung des so genannten Katalogeffektes mussten sie die

Der **Basisfallwert** bezeichnet den Eurobetrag, mit dem die DRG-Bewertungen (Diagnosis Related Groups) multipliziert werden, um die DRG-Preise für die Krankenhausbehandlung zu berechnen. Seit dem Jahr 2005 wird für jedes Bundesland ein einheitlicher Landesbasisfallwert vereinbart. Der individuelle Basisfallwert des Krankenhauses wird in den Jahren 2005 bis 2008 schrittweise an den landesweiten Basisfallwert angepasst. Ab 2009 gilt für alle Krankenhäuser innerhalb eines Bundeslandes dann ein einheitlicher Basisfallwert und somit ein einheitlicher Preis für gleiche Leistungen.

Schiedsstelle anrufen. Diese entschied die Streitfrage mit einfacher Stimmenmehrheit.

Wie bereits 2005 war Rheinland-Pfalz ein Problemfall. Nachdem die Verhandlungen gescheitert waren, musste die Schiedsstelle angerufen werden. Am Ende einer viertägigen Sitzung stellte der Schiedsstellenvorsitzende fest, dass eine Einigung nicht möglich war. Folglich war er gezwungen, mit seinem Votum einen Landeswert zu bestimmen. Mit diesem Wert war jedoch keine Vertragspartei zufrieden. Bereits kurze Zeit nach dem Schiedsstellenbeschluss sah sich das Landessozialministerium deshalb mit zwei Anträgen auf Nichtgenehmigung konfrontiert. Um einen Verwaltungsgerichtsprozess mit der „Verliererseite“ zu vermeiden, regte das Ministerium weitere Gespräche unter seiner Moderation an. Dies führte schließlich zu einem von allen Seiten getragenen Ergebnis. Der so zustande gekommene LBFW besitzt für 2006 und 2007 Gültigkeit. Die Einigung wurde möglich, weil die Vertragsparteien äußerst Streitbehaftete Fragen wie die korrekte Berechnung von Berichtigungstatbeständen nicht weiter verfolgten. Den Weg, einen LBFW für zwei Jahre zu fixieren, wählten übrigens auch Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt.

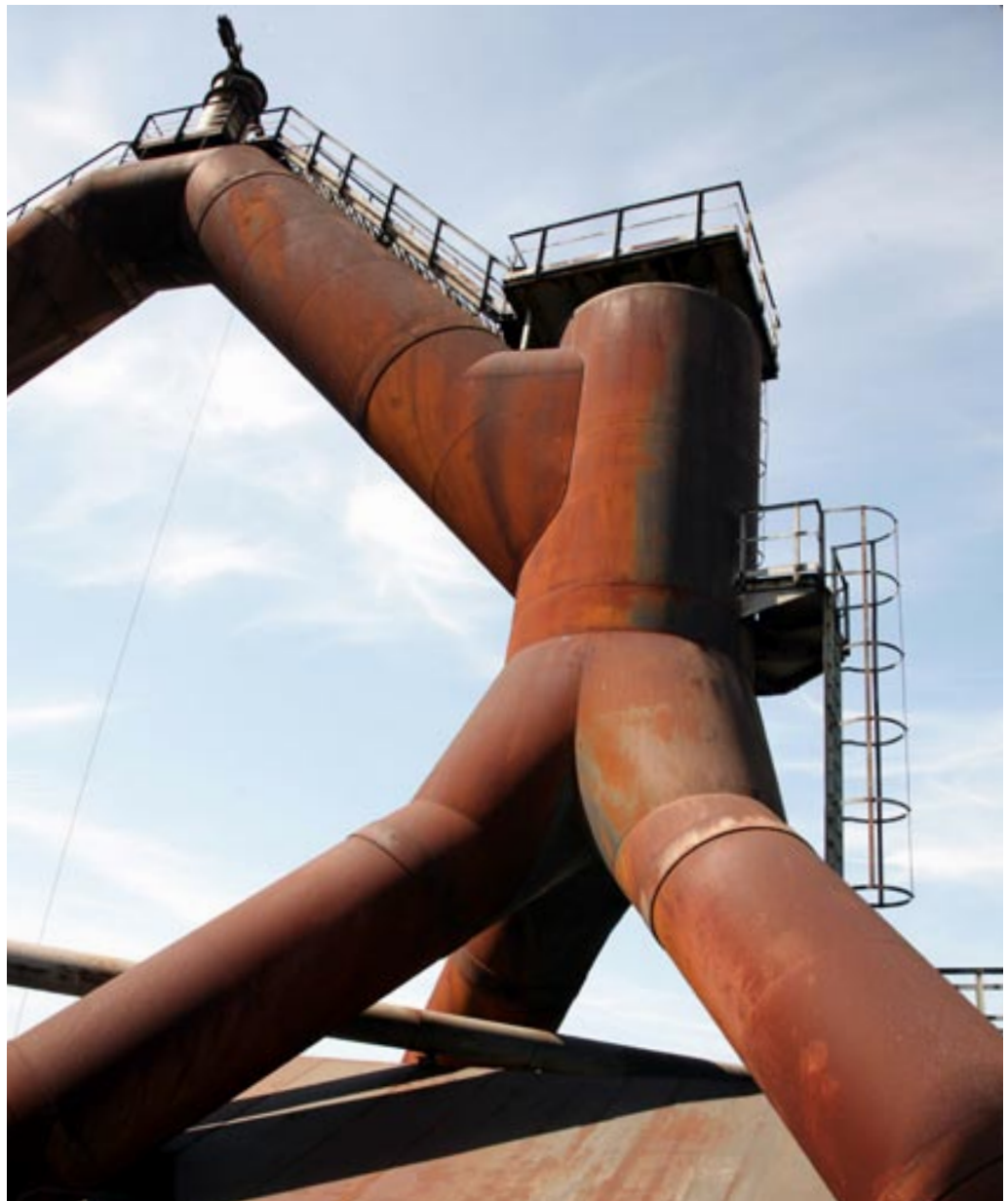


Ein Blick auf die LBFW-Tabelle auf Seite 66 zeigt, dass Rheinland-Pfalz, Berlin und das Saarland die höchsten und Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Bayern die niedrigsten Abschlüsse haben. Was Berlin betrifft, so ist dies nicht erstaunlich, da es im stationären Bereich schon immer sehr teuer war. Die auch in Rheinland-Pfalz deutlich überdurchschnittlichen Werte beruhen auf dem hohen Einstiegswert des Jahres 2005, der ebenfalls durch Schiedsstellenbeschluss zustande kam. Maßgeblich war damals die Einschätzung der Schiedsstelle bei der Bewältigung der Streitpunkte „Ausgliederung der Ausbildungskosten“ und „Upcoding“. Die damals unter Moderation des Sozialministeriums im Vorfeld der Genehmigung weitergeführten Gespräche konnten die ursprünglich noch höhere Festsetzung der Schiedsstelle nur um rund 1 Prozent absenken.

Da Schleswig-Holstein im Jahr 2005 den niedrigsten LBFW verzeichnete, war ein ähnlich niedriger Wert für das Berichtsjahr zu erwarten. Gleiches gilt im Prinzip für Nordrhein-Westfalen. Allerdings muss gesagt werden, dass Nordrhein-Westfalen eine äußerst breit gefächerte Klinikstruktur hat, die von kleinen Krankenhäusern der Grundversorgung bis zu großen Universitätskliniken der Maximalversorgung reicht, so dass ein relativ niedriger LBFW nicht unmittelbar auf der Hand lag.

Zwar können die Kostenträger in niedrigpreisigen Bundesländern mit ihren Verhandlungsergebnissen zufrieden sein. Dennoch werden ihnen insbesondere Häuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung regelmäßig mögliche Versorgungsengpässe aufgrund von Unterfinanzierung der vorzuhaltenden Leistungen entgegengehalten. Im Falle von Schleswig-Holstein könnte dies beispielsweise zu einer Patientenabwanderung in Richtung Hamburg und Niedersachsen führen, was politisch nicht gewollt ist. Auch vor diesem Hintergrund hat das Kieler Sozialministerium die Installation eines bundeseinheitlichen LBFW vorgeschlagen.

Unter den neuen Bundesländern weist Mecklenburg-Vorpommern wie schon 2005 den niedrigsten Landesbasisfallwert auf; in Sachsen-Anhalt ist er 2006 am höchsten. In allen neuen Ländern erfolgte eine Vereinbarung auf dem Verhandlungswege. In Sachsen-Anhalt musste dazu das Ministerium moderierend eingreifen. Der bereits von der Krankenhausgesellschaft gestellte Antrag an die Schiedsstelle wurde im Vorfeld zurückgezogen. In Mecklenburg-Vorpommern wurde erstmalig die Schiedsstelle angerufen. Auch hier kam es aber noch zu einer Verständigung vor Durchführung des Verfahrens.



*Rohr zur Abführung der
Gichtgase aus dem Ofen*

Die Vorgaben des Gesetzgebers stellen die Vertragsparteien auf Landesebene immer wieder vor große Hürden. Die Ermittlung des LBFW 2006 erfolgte im Wesentlichen in zwei Schritten. Indem man die vereinbarten Budgets des Vorjahres der einzelnen Krankenhäuser aufsummierte, erhielt man ein Landeskrankenhausbudget für 2005, das die Ausgangsgröße für alle weiteren Betrachtungen darstellte. Um von diesem Ausgangsbudget zu einem Prognosebudget für das Jahr 2006 zu gelangen, waren in einem zweiten Schritt Annahmen über die Entwicklung einer Vielzahl von Größen zu machen, die auf das Krankenhausbudget des Folgejahres Einfluss haben. Des Weiteren hat der Gesetzgeber für die Fortschreibung der Ausgangsgröße eine sehr klare Linie vorgegeben: Eine Budgeterhöhung darf nicht zur Verletzung des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität führen. Als obere Grenze fungiert hierbei die Veränderung bei den Pro-Kopf-Einnahmen der GKV. Diese Rate liefert die maximale Höhe für ein beitragsatzstabiles Krankenhausbudget im Jahr 2006.

Bei den Verhandlungen stritten die Vertragsparteien mitunter heftig über einzelne Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf das Krankenhausbudget. Wichtige Streitpunkte waren:

- Wirtschaftlichkeitsreserven
- Kodiereffekt
- Katalogeffekt
- Entwicklung der Personal- und Sachkosten.

Die Kostenträger brachten in den Verhandlungen immer wieder vor, dass die Krankenhäuser über erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven verfügten, die erst auszuschöpfen seien, bevor über mögliche Budgeterhöhungen gesprochen werden könne. Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, inwieweit Reserven, die bei einzelnen Häusern vorhanden sein mögen, bei der Ermittlung eines LBFW überhaupt herangezogen werden dürfen. Die Krankenhausgesellschaften haben deshalb auch eine andere Vorstellung von einer LBFW-wirksamen Wirtschaftlichkeitsreserve: Eine solche Reserve sei nur dann gegeben, wenn sie einheitlich bei allen Häusern eines Landes vorläge. Man könne nicht einfach einzelne Häuser mit spezifischen Tatbeständen singulär betrachten mit dem Ziel, auf diese Weise den LBFW zu reduzieren. Darüber hinaus sei nicht jede Maßnahme zur Behebung eines „Missstandes“ als Aktivierung einer Wirtschaftlichkeitsreserve im Sinne des Gesetzes zu interpretieren. Letztlich ging es bei allen Diskussionen in diesem Punkt um die Frage, welchen Anteil einer vorhandenen Reserve ein Krankenhaus an die Beitragszahler zu erstatten hat und welchen Teil es als Gewinn aus seiner wirtschaftlichen Tätigkeit behalten darf.

Ähnlich vehement wurde das Thema Kodiereffekte diskutiert. Die Kostenträger unterstellten den Krankenhäusern einen erheblichen Spielraum beim so genannten „Upcoding“, das heißt dem Kodieren von mehr oder höher bewerteten Diagnosen und Leistungen als sie den tatsächlich behandelten Erkrankungen, Komplikationen und Funktionsbeeinträchtigungen entsprechen. Je mehr Bewertungsrelationen die Krankenhäuser bei vorgegebenem Landeskrankenhausbudget abrechnen, desto geringer muss der LBFW ausfallen. Folglich hat die Krankenhauseite Upcoding-Strategien von sich gewiesen.

Bei allen Verhandlungen stellte sich die Frage, ob der Übergang vom DRG-Katalog des Jahres 2005 zu dem des Jahres 2006 bei vorgegebenem Leistungsprofil zu einer signifikanten Änderung der abgerechneten Bewertungsrelationen führt. Die Kostenträger hätten gerne einen LBFW-senkenden positiven Katalogeffekt durchgesetzt, während die Krankenhäuser die entgegengesetzte Position ver-

traten. Letztlich hätte man diesen Streit nur lösen können, indem man auf der Basis von Abrechnungsdaten landesspezifische Katalogeffekte empirisch ermittelt hätte. Das ist jedoch in keinem Land geschehen.

Übersicht zu den Landesbasisfallwerten für die Jahre 2005 und 2006 in den einzelnen Bundesländern in Euro	LBFW 2005		Verhandlungsergebnisse auf Landesebene 2006		
	ohne Kappung	nach Kappung	LBFW ohne Kappung und Ausgleiche	LBFW nach Kappung und Ausgleichen	*
Neue Bundesländer					
Brandenburg	2.639,31	2.612,31	2.668,72	2.642,56	V
Mecklenburg-Vorpommern	2.636,04	2.585,00	2.650,00	2.625,00	V
Sachsen	2.704,68	2.654,68	2.727,61	2.711,18	V
Sachsen-Anhalt	2.744,19	2.620,30	2.780,00	2.730,00	V
Thüringen	2.729,60	2.624,98	2.730,00	2.722,50	V
Alte Bundesländer					
Baden-Württemberg	2.855,51	2.774,57	2.850,38	2.814,85	V
Bayern	2.789,75	2.710,50	2.789,38	2.737,07	S
Berlin	3.085,81	2.999,81	2.990,00	2.955,00	V
Bremen	2.915,00	2.866,00	2.899,08	2.849,57	V
Hamburg	2.970,73	2.920,41	2.860,13	2.847,39	S
Hessen	2.748,00	2.737,99	2.793,30	2.786,58	V
Niedersachsen	2.784,64	2.735,79	2.791,93	2.756,03	V
Nordrhein-Westfalen	2.734,30	2.679,80	2.740,95	2.687,23	V
Rheinland-Pfalz	2.928,10	2.888,10	2.959,53	2.956,53	V
Saarland	2.930,00	2.923,02	2.935,00	2.902,82	V
Schleswig-Holstein	2.649,63	2.619,63	2.666,10	2.653,10	V

* zwischen den Vertragsparteien vereinbart (V) oder durch Schiedsstelle festgesetzt (S)

Hessen, Niedersachsen, NRW, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern: Einigung vor der Schiedsstelle

Berlin: Ebenfalls festgelegt LBFW 2007 nach Kappung = 2930,00 Euro

Rheinland-Pfalz: Werte gelten auch für 2007; der Einigung (unter Moderation des Sozialministeriums) ging ein Schiedsstellenbeschluss voraus.

Sachsen-Anhalt: Für 2007 wurden festgelegt 2.780,00 Euro (ohne Ausgleiche) und 2.750,00 Euro (nach Ausgleichen)

Mecklenburg-Vorpommern: Im Jahr 2007 beträgt der LBFW 2680,00 Euro vor Kappung und 2664,00 Euro nach Kappung.

Hamburg: Schiedsstellenentscheidung wurde die behördliche Genehmigung versagt.

R06/3301

Es verwundert auch nicht, dass die Positionen bei der Ermittlung von Personal- und Sachkosten völlig konträr waren. Die Krankenhausgesellschaften führten gestiegene Energiekosten und Übergangskosten aufgrund des Wechsels vom Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) zum Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD) ins Feld. Die Kostenträger hielten dem Ersparnisse durch die Streichung von Urlaubs- und Weihnachtsgeld und andere kostenreduzierende Maßnahmen im Personalbereich entgegen.

Dieser Überblick zeigt den großen Raum divergierender Positionen. Die Vertragsparteien haben gleichwohl versucht, die Verhandlungen unter dem Blickwinkel eines für alle akzeptablen LBFW zu führen. Wie dargestellt, war diese Vorgehensweise im Jahr 2006 in den meisten Ländern erfolgreich.

Trotz der bisher gesammelten Erfahrungen werden auch die Verhandlungen für das Jahr 2007 für die Beteiligten kein Routinegeschäft darstellen. Erste Strategiegespräche zum LBFW 2007 fanden im Sommer 2006 statt. Bereits erkennbar ist: Erheblicher Streitpunkt ist wieder die Entwicklung von Personal- und Sachkosten, die von der Krankenseite wesentlich höher als von den Kostenträgern angesetzt wird. Zu überlegen wäre die Ermittlung landespezifischer Katalogeffekte mit Hilfe zertifizierter Grouper für den DRG-Katalog 2007. Möglicherweise würde ein solches Unterfangen aber durch eine vorausgehende Diskussion über die Qualität der zugrunde liegenden Daten erschwert. Solche Probleme könnten die Vertragsparteien durch Mehrjahresvereinbarungen umgehen. Doch haben die Verhandler in den meisten Bundesländern gezögert, sich durch eine sehr lange Bindung das „Heft aus der Hand nehmen“ zu lassen.

Ausbildungsfonds

Vereinbarungen zu den Ausbildungsfonds 2006 kamen in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und im Saarland zustande (siehe Tabelle auf Seite 68). Ende September wurde in Rheinland-Pfalz eine Vereinbarung für das Jahr 2007 geschlossen. Den Fonds fällt eine zentrale Rolle bei der Deckung des zukünftigen Bedarfs an qualifiziertem Pflegepersonal im stationären Bereich zu. Darüber hinaus beseitigen sie Wettbewerbsnachteile für ausbildende Krankenhäuser.

Früher wurden die Kosten der Ausbildung unmittelbar aus dem Gesamtbudget des ausbildenden Krankenhauses finanziert. Mit dem neuen Fallpauschalensystem wurde es notwendig, die Ausbildungsfinanzierung aus Wettbewerbsgründen auf eine neue Basis zu stellen. Denn Fallpauschalen sind Festpreise für die medizinischen Leistungen pro Behandlungsfall. Im Gegensatz zur früheren Krankenhausvergütung mit tagesgleichen Pflegesätzen enthalten sie keinen Kostenansatz für die Ausbildungstätigkeit. Um diese in Zukunft zu finanzieren, wären auch hausindividuelle Aufschläge auf die Fallpauschalen von ausbildenden Krankenhäusern denkbar gewesen (der Einstieg in die geänderte Ausbildungsfinanzierung ist seit 2005 in dieser Form konzipiert). Das hätte allerdings höhere Entgelte für die ausbildenden Krankenhäuser und damit eine Preisverzerrung zulasten dieser Häuser zur Folge gehabt. Als Konsequenz wäre ein Abbau von Ausbildungsplätzen nicht auszuschließen gewesen – so jedenfalls die Befürchtung der Krankenhausgesellschaften.

Die Installation der Fonds führt dazu, dass die ausbildenden Krankenhäuser keine höheren Rechnungen stellen müssen als nicht ausbildende Krankenhäuser. Jedes der vom Fonds erfassten Krankenhäuser eines Bundeslandes rechnet

einen vorgegebenen Ausbildungszuschlag für jeden Patienten ab. Dabei ist es unerheblich, ob das Haus ausbildet oder nicht. Der Zuschlag wird an den Fonds weitergeleitet. Dieser wiederum schüttet die Mittel dann an die ausbildenden Krankenhäuser des Landes entsprechend der Anzahl ihrer Ausbildungsplätze aus. Somit haben die ausbildenden Krankenhäuser keinen Wettbewerbsnachteil und deshalb auch keinen Anreiz, Ausbildungsplätze abzubauen.

Vereinbarungen zu den landesweiten Ausbildungsfonds 2006	Zuschlag im Jahresdurchschnitt in Euro	gesamtes Finanzierungsvolumen in Euro	zugrundeliegende Fallzahlen	genehmigt am:	Zahlbetrag in Euro*	gültig ab:
Neue Bundesländer						
Brandenburg						
Mecklenburg-Vorpommern						
Sachsen						
Sachsen-Anhalt						
Thüringen						
Alte Bundesländer						
Baden-Württemberg	84,41	162.209.645	1.921.726	22.12.2005	84,41	1.1.
Bayern	57,52	150.262.565	2.612.353	10.01.2006	57,52	1.1.
Berlin						
Bremen						
Hamburg						
Hessen	69,39	83.146.065	1.198.285	28.02.2006	83,27	1.3.
Niedersachsen	75,65	114.545.666	1.514.117	21.12.2005	75,65	1.1.
Nordrhein-Westfalen						
Rheinland-Pfalz ¹						
Saarland ²		11.493.620			105,48	1.8.
Schleswig-Holstein						

* 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. Die ersten drei Spalten beziehen sich auf das gesamte Jahr 2006.

1) Vereinbarung für 2007 mit einem Zuschlag in Höhe von 74,06 Euro (gesamtes Fondsvolumen = 62.325.597,56 Euro bei 841.591,5 voll- und teilstationären Fällen)

2) Werte zu den Spalten 1 und 3 sind in der Vereinbarung nicht ausgewiesen.

Auch unter den neuen Rechtsvorgaben kann es in Einzelfällen vorkommen, dass ein Krankenhaus sein mit den Kostenträgern vereinbartes Ausbildungsbudget nicht über den Ausbildungsfonds finanzieren kann. In solchen Fällen erlaubt § 17a Abs. 6 Satz 2 und 3 KHG das Erheben eines krankenhausesindividuellen Zuschlags, der zusätzlich zum landeseinheitlichen Zuschlag abgerechnet werden darf. Dieser krankenhausesindividuelle Zuschlag soll die Finanzierungslücke zwischen vereinbartem Ausbildungsbudget und finanziertem Budget via Fonds schließen. Solche Fälle sind bislang in den Ländern Bayern und Niedersachsen aufgetreten.

DRG-System 2007

Im September 2006 einigten sich die Vertragsparteien auf den neuen DRG-Katalog für das Jahr 2007. Dieser enthält 1.082 abrechenbare DRG-Fallpauschalen – 128 mehr als im Vorjahr. Hierdurch hoffen sie insbesondere die Bereiche Intensivmedizin, Schlaganfallbehandlung, Pädiatrie, so genannte Extremkostenfälle sowie Mehrfacheingriffe besser abbilden zu können. Diese weitere Differenzierung widerspricht nicht den Interessen der PKV. Bedauerlich ist jedoch, dass der neue Katalog weniger als bisher einer medizinischen Systematik folgt, wodurch die Übersichtlichkeit leidet.

Bedauerlich ist auch, dass die belegärztlichen DRGs mangels einer hinreichenden Datenbasis überwiegend aus Hauptabteilungs-DRGs abgeleitet werden mussten. Bei den Zusatzentgelten sind weitere 23 hinzugekommen, so dass es nun 105 Zusatzentgelte gibt. Die teilstationären DRGs haben sich von zwei auf fünf erhöht, wobei hiervon lediglich eine (L 90 C, Niereninsuffizienz) bewertet ist. Anzumerken ist, dass es immer noch keine Legaldefinition für „teilstationäre Behandlung“ gibt. Es liegt also im Interesse der PKV, die Zahl teilstationärer DRGs möglichst gering zu halten.

Auf die zu dem neuen Katalog korrespondierenden Abrechnungsbestimmungen konnte man sich ebenfalls auf der Bundesebene einigen. Diese entsprechen zwar im Wesentlichen denen des Vorjahres, erwähnenswert ist jedoch eine Modifikation bei der so genannten 600-Euro-Regelung.

Für die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte im Sinne der Anlagen 4 beziehungsweise 6 (Zusatzentgelte) des DRG-Katalogs und Anlagen 3a und 3b (voll- und teilstationäre Fallpauschalen) gilt für die Abrechnung im Jahr 2007 die gesetzliche Regelung des § 15 Abs. 1 Sätze 3 und 4 KHEntG entsprechend, soweit diese Entgelte in den genannten Anlagen gekennzeichnet sind (s. auch Fußnoten). Das heißt, solange hier keine Vereinbarung für das Jahr 2007 besteht, für 2006 aber eine Vereinbarung gegeben ist, sind die individuellen Entgelte des Jahres 2006 auch in 2007 zu erheben. Bestand jedoch für das Jahr 2006 keine Vereinbarung, sind im Jahr 2007 bis zum Zeitpunkt der Vereinbarung für die individuellen Zusatzentgelte je Leistung 600 Euro, für die individuellen vollstationären Fallpauschalen je Belegungstag 600 Euro und für die individuellen teilstationären Fallpauschalen je Belegungstag 300 Euro abzurechnen. Da in den genannten Anlagen die individuellen Entgelte nahezu vollständig gekennzeichnet sind, gilt diese Regelung umfassend. Für die nicht gekennzeichneten individuellen Entgelte kommt diese Regelung nicht zur Geltung, da sie im Jahr 2006 nicht definiert sind.

DRG (Diagnosis Related Groups, deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen Aufwand unterteilt und bewertet sind. In Deutschland wurde das DRG-System 2003 eingeführt und wird zur Vergütung der einzelnen Krankenhausesfälle verwendet.

Zudem verabschiedete die Selbstverwaltung im Berichtsjahr eine Vereinbarung zur Bestimmung der Besonderen Einrichtungen (VBE 2007). Sie verschärft die alten Regelungen für die Herausnahme aus dem DRG-System im Bereich der Multiplen Sklerose und bietet eine neue Möglichkeit zur Epilepsiebehandlung außerhalb des Kataloges an.

Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung haben eine Internetseite eingerichtet, die alle aktuellen Entwicklungen in Verbindung mit dem DRG-System enthält. Diese kann unter www.g-drg.de abgerufen werden.

Krankenhausplanung

Ein wichtiges Instrument zur Umsetzung des in § 1 KHG formulierten Ziels einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sind die Krankenhauspläne der Länder. Diese werden in enger Abstimmung mit den an der Krankenhausversorgung Beteiligten für einen zukünftigen Zeitraum aufgestellt. Bisher enthält die das DRG-Vergütungssystem betreffende Gesetzgebung keine neuen rechtlichen Kategorien, die ein Abgehen von der praktizierten Kapazitätsplanung ermöglichen. Neuere Angebotsstrukturen wie das ambulante Operieren, die Medizinischen Versorgungszentren und die Integrierten Versorgungsformen sind nicht Gegenstand der Krankenhausplanung.

Der Zeithorizont und das Verfahren zur Aufstellung des Landeskrankenhausplans unterscheiden sich in den einzelnen Ländern. So handelt es sich beispielsweise bei dem Niedersächsischen Krankenhausplan um einen Rahmenplan, der durch ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V zwischen den Vertragsparteien Landesverbände der Krankenkassen und Krankenhausträger konkretisiert werden kann. Niedersachsen gibt der jährlichen Fortschreibung des Krankenhausplans den Vorzug vor einer mehrjährigen Prognose für die einzelne Klinik.

In Bremen ist 2006 in einem mehrstufigen Verfahren der Krankenhausplan 2006 bis 2009 erarbeitet worden. Der Plan enthält Aussagen und Vorgaben zu wichtigen gesundheitspolitischen Zielen mit den Konsequenzen für die Krankenhäuser, zu den voraussichtlichen Bedarfsentwicklungen und den erforderlichen Veränderungen der Vorhaltekapazitäten, zur Vorhaltung und Ausgestaltung medizinischer Schwerpunkte und zur Entwicklung der Ausbildungsstätten an den Kliniken. Seit 2001 praktiziert Bremen ein dreistufiges Verfahren zur Erstellung des Krankenhausplans, bei dem die Beteiligung von Kostenträgern inklusive PKV und den Krankenhäusern erheblich intensiviert worden ist. In der ersten Planungsphase hat die zuständige Planungsbehörde einen Rahmenplan eingebracht, in der zweiten Phase haben die Träger der Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft Vorschläge zur Konkretisierung des Versorgungsauftrags vereinbart. In der dritten Phase wird ein Landeskrankenhausplan als Vorlage für den Senat erstellt. Dieser besteht aus dem Rahmenplan und den geprüften Vereinbarungsvorschlägen.

In Berlin ist punktgenau zur Wahl des neuen Abgeordnetenhauses der Krankenhausplan mit einem Planungshorizont bis 2008 in der letzten Sitzung des alten Abgeordnetenhauses verabschiedet worden. Die Bettenzahl wurde um 881 Betten gesenkt; Berlin hat nun mit 55 Betten je 10.000 Einwohner bundesweit eine sehr niedrige Bettenquote erreicht. Eine Neuerung des Berliner Krankenhausplans sind erarbeitete Versorgungskonzepte. Die Leistungserbringung in der Perinatal- und Neonatalversorgung, in der Gefäßmedizin und der Tumorversor-

gung werden an verschiedene Qualitätsmerkmale gebunden. Diese haben zum einen das Ziel, die Versorgungssituation Berlins transparenter zu machen und zum anderen, die künftige Leistungserbringung an die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien zu knüpfen.



Krankenhausgesetze der Länder

Im Jahr 2006 wurden in Baden-Württemberg, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen Vorarbeiten zur Änderung der Landeskrankenhausgesetze geleistet. Der PKV-Verband hat diese Initiativen begrüßt und in seinen spezifischen Stellungnahmen gegenüber den Länderministerien die die PKV unmittelbar betreffenden Regelungen wie folgt thematisiert: Weil Plankrankenhäuser zunehmend dazu übergehen einen Teil des Krankenhauses umzuwidmen und in eine nach § 30 Gewerbeordnung (GewO) konzessionierte Privatklinik auszugründen (s. auch S. 78 ff.), ist folgende rechtliche Klarstellung beziehungsweise Ergänzung gefordert worden: „Der Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser schließt eine Ausgliederung von Betten in eine nach § 30 GewO konzessionierte Einrichtung zur ausschließlichen Behandlung selbst zahlender Patienten aus, soweit diese dem Leistungsspektrum des nach § 108 SGB V zugelassenen Bereichs zuzuordnen sind.“ Da die Problematik der Ausgründungen eng verbunden ist mit dem Verbot des Betriebens von Privatstationen, das sich noch in den alten Fassungen der Landeskrankenhausgesetze findet, ist aus Sicht der PKV die Aufhebung des Verbots des Betriebens von Privatstationen

unabdingbar. Das Verbot, Patienten räumlich konzentriert eine besondere Unter-
kunftleistung gegen ein separates Entgelt zu ermöglichen, ist weder zeitgemäß
noch sachgerecht. Die Sicherstellung einer ausreichenden stationären Versor-
gung im allgemeinen Bereich und die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzim-
mer bei medizinischer Notwendigkeit werden durch Privatstationen nicht beeinträchtigt. Das Verbot schränkt die unternehmerischen Entscheidungen eines
wirtschaftlich eigenverantwortlich handelnden Krankenhausträgers unbegrün-
det ein. Ein differenziertes Angebot im Unterbringungsbereich ist für eine Klinik
im Wettbewerbsfeld förderlich. Aber auch die zunehmenden Wettbewerbsbedin-
gungen des DRG-Vergütungssystems erfordern unternehmerisches Handeln
und damit eine wirtschaftliche Betriebsführung. Die durch die besondere Unter-
bringungsleistung erzielten Umsätze tragen zu sozial tragbaren Pflegesätzen
bei. Denn so werden Gewinne möglich, die dem gesamten Krankenhausbetrieb
einschließlich der vielfach defizitären Fördermittelausstattung zugute kommen

Der geplante Wegfall des Verbots von Privatstationen in den künftigen Kranken-
hausgesetzen Baden-Württembergs und Nordrhein-Westfalens ist von der PKV
ausdrücklich begrüßt worden.

Bezogen auf die tatsächlichen Gegebenheiten in Brandenburg ist eine Klarstel-
lung, Chefärzten in begründeten Ausnahmefällen im Rahmen einer Kooperation
zweier Krankenhäuser die Betreuung einer zweiten Abteilung zu erlauben, vor-
geschlagen worden. In Zusammenhang mit der Regelung der Belegarztstätigkeit
hat der PKV-Verband folgende Formulierung angeregt: „Darüber hinaus dürfen
Ärztinnen und Ärzte, die weder als Belegärztin/Belegärzte noch hauptamtlich im
Krankenhaus tätig sind, nur zur ergänzenden Untersuchung oder Behandlung
tätig werden, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist (konsiliarische Tätigkeit).“



Plattform auf einem Wind-
erhitzer, Blick auf Völklingen

Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Paragraf 137 SGB V regelt die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung (QS) in der stationären Versorgung, die dieser unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe wahrzunehmen hat. Auf dieser gesetzlichen Grundlage wurden Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vereinbart. 2006 wurde die zugehörige Vereinbarung mehrfach überarbeitet und zuletzt im August eine grundlegende Änderung konsentiert und im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Die umfangreichen Änderungen waren vor allem wegen der Integration des strukturierten Dialogs und der Vervollständigung des Datenvalidierungsverfahrens erforderlich geworden. Die bundeseinheitlichen Vorgaben für den strukturierten Dialog sollen den einzelnen Bundesländern als Hilfestellung im Umgang mit Auffälligkeiten bei der externen stationären Qualitätssicherung dienen. Bislang wurde mit diesen in den Bundesländern sehr unterschiedlich umgegangen. Die Vorgaben schaffen mehr Transparenz, dadurch werden die Krankenhäuser in ihrem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterstützt.

Die Aufnahme des Datenvalidierungsverfahrens geht auf einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses von Dezember 2005 zurück und zielt darauf, die Dokumentationsqualität zu verbessern. Das Datenvalidierungsverfahren beruht auf der Statistischen Basisprüfung und einer Stichprobe mit Datenabgleich der Patientenakte. Auffälligkeiten führen jeweils zur Einleitung des strukturierten Dialogs.

Ende Juni 2006 wurde beschlossen, den Katalog der in die QS einbezogenen Leistungen mit Wirkung für das Verfahrensjahr 2007 um die neuen Leistungsbereiche Lungen- und Pankreastransplantation sowie Dekubitusprophylaxe zu erweitern. Einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. Dezember 2006 zufolge wird im Jahr 2007 die Bundesgeschäftsstelle QS ein bundeseinheitliches QS-Verfahren zur Erfassung der nach der Geburt stationär in einer Kinderklinik aufgenommenen und behandelten Neugeborenen (Neonatalerhebung) entwickeln.

Die Vorgabe von Mindestmengen für planbare Leistungen, bei denen ein starker Zusammenhang zwischen der Menge und der Qualität des Behandlungsergebnisses angenommen werden kann, ist seit dem 1. Januar 2004 Teilbereich der Regelungskompetenz des G-BA. Im Dezember 2005 ist der Text der Mindestmengenvereinbarung entsprechend geändert, im März 2006 neu gefasst und im Dezember im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung der Klassifikation der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) mit denen Operationen und andere medizinische Prozeduren in der stationären Versorgung und im Bereich ambulantes Operieren verschlüsselt werden, modifiziert worden. In den Mindestmengenkatalog sind bisher die Leistungsbereiche Lebertransplantation, Nierentransplantation, komplexe Eingriffe an den Organsystemen Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse, Knochenmarktransplantation, koronarchirurgische Eingriffe (ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge) sowie

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** wurde 2004 mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt. Rechtsgrundlage ist Paragraf 91 SGB V. In ihm wirken Krankenkassen, Leistungserbringer und Unparteiische zusammen. Er legt die Leistungen fest, die von den Krankenkassen bewilligt und von den Leistungserbringern erbracht werden dürfen. Darüber hinaus beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Bei der Festlegung der Qualitätssicherungsmaßnahmen für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser ist der Verband der privaten Krankenversicherung gemäß § 137 SGB V zu beteiligen.

Kniegelenks-Totalendoprothesen (TEP) aufgenommen. Die Übergangsregelung für Knie-TEPs wird nicht mehr weitergeführt; diese Karenzregel sah vor, dass Kliniken mit guten 2004er Ergebnissen der externen QS und 40 bis 49 Eingriffen im Jahr 2005 auch 2006 noch an der Versorgung teilnehmen konnten, obwohl sie die definierte Mindestmenge von 50 nicht erreicht hatten.

Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser hatten erstmals für das Berichtsjahr 2004 und dann im Abstand von zwei Jahren einen verpflichtenden Qualitätsbericht aufgrund der gesetzlichen Vorgaben aus § 137 Abs.1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu verfassen. Für das Berichtsjahr 2005 konnten die Kliniken freiwillig einen Qualitätsbericht erstellen. Die Qualitätsberichte sollen der Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten dienen, den einweisenden und weiter betreuenden Ärzten sowie Krankenkassen Orientierungshilfe bieten und den Kliniken ermöglichen, ihre Leistungen differenziert nach außen sichtbar darzustellen. Nach den ersten Erfahrungen mit den Berichten und ihrer Auswertung hat der Gemeinsame Bundesausschuss Änderungen beschlossen, die die Qualitätsberichte übersichtlicher, vergleichbarer und für die Patienten verständlicher machen sollen. Die Neuerungen sehen zum Beispiel vor, dass es künftig ein Inhaltsverzeichnis und eine Einleitung geben wird. Versorgungsschwerpunkte, Leistungsspektrum und Ausstattungsmerkmale werden übersichtlicher und Behandlungsergebnisse einheitlicher dargestellt. Dazu soll es ab 2007 neben den im Internet als PDF-Datei zu veröffentlichenden Berichten eine Datenbankversion im einheitlichen XML-Format geben, die eine vergleichende Analyse erleichtert. Seit dem freiwilligen Berichtsjahr 2005 gibt es eine gemeinsame Annahmestelle aller Kassenarten und der PKV. Wer sich anhand der Berichte informieren will, kann diese auch über die Internetseite des PKV-Verbandes www.pkv.de (Rund um die PKV: Krankenhaus) abrufen.

Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)

Das zum 1. Mai 2006 in Kraft getretene Arzneimittelversorgungsgesetz (AVWG) soll die gesetzlichen Krankenkassen 2006 um rund 1 Mrd. Euro und ab 2007 um jährlich 1,3 Mrd. Euro entlasten. Bestandteil des Gesetzes ist auch eine Änderung des Berechnungsverfahrens für die jährliche Steigerungsrate der Ausgaben für stationäre Leistungen in den Jahren 2006 und 2007. Danach dürfen die Ausgaben 2006 bundesweit um 0,63 Prozent steigen (vorher 0,83 Prozent im Westen und 1,41 Prozent im Osten). Die Kassen hatten diese Änderung angemahnt, weil durch die Hartz IV-Gesetzgebung viele Mitglieder zu beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen wurden, die rechnerisch die Beitragseinnahmen je Mitglied erhöhen, ohne dass die Finanzkraft der Kassen durch tatsächliche Mehreinnahmen entsprechend steigt. Nach der vorausgehenden Zählweise wurden für die Ermittlung der Steigerungsrate im Stationärbereich die Pro-Kopf-Ausgaben je zahlendem Mitglied ermittelt, mitversicherte Familienangehörige wurden nicht mitberücksichtigt. Der Gesetzgeber hat für 2006 und 2007 nunmehr eine Steigerungsrate je Versichertem zugrunde gelegt.

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit der 2006 angestoßenen Reformgesetzgebung sollen Strukturen und Finanzmittelverwendung im Gesundheitswesen neu geordnet werden. Auch der Kran-

kenhaussektor als größter Ausgabenbereich der Krankenversicherung, der 2005 und 2006 gegenüber 2004 überproportionale Ausgabenzuwächse aufwies, muss einen Solidar- beziehungsweise Sanierungsbeitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen in Höhe von 0,8 Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen leisten. Anstelle der in den ersten politischen Eckpunkten geplanten dauerhaften Kürzung des Landesbasisfallwerts und der Krankenhausbudgets um 1 Prozent in Form einer Basisabsenkung, wurde nach massiven Interventionen der Kliniken und intensiven politischen Verhandlungen eine Änderung des § 8 Abs. 9 KHEntgG durch den Referentenentwurf und das nun vorliegende Gesetz vorgenommen. Einsparungen in Höhe von 0,5 Prozent (Referentenentwurf: 0,7 Prozent) sollen durch einen entsprechend hohen Abschlag des stationären Rechnungsbetrags nur bei gesetzlich krankenversicherten Patienten erzielt werden. Die Regelung soll für die Jahre 2007 und 2008 gelten.

Für die PKV ist diese Benachteiligung inakzeptabel, zumal auch der bewährte Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte damit preisgegeben wird. Für Krankenhäuser im Regelungsbereich der Bundespflegesatzverordnung ist die Rechenkungskürzung nicht mehr vorgesehen. Weitere 0,2 Prozentpunkte Sanierungsbeitrag sollen durch die Halbierung der Mindererlösausgleichsquote in § 4 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG und § 12 Abs. 2 Satz 1 BPflV von 40 auf 20 Prozent geleistet werden. Die letzten 0,1 Prozent Einsparungen sollen durch die Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung (IV) erzielt werden (§ 140d Abs. 1 Satz SGB V).

Der Krankenhaussektor ist von einer Vielzahl weiterer Regelungen des GKV-WSG tangiert. So haben künftig zum Abbau der Schnittstellenproblematik zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen GKV-Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 SGB V). Soweit dazu nicht Regelungen innerhalb von IV-Verträgen getroffen sind, sollen die Verträge nach § 112 oder 115 SGB V entsprechend gestaltet werden. Die geriatrische Rehabilitation, die auch in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen ist, wird von einer Kann- zu einer Pflichtleistung der GKV (§ 40 SGB V).

Eine generelle Öffnung der Krankenhäuser für ambulante GKV-Leistungen erfolgt nicht. Eine früher angedachte Anschubfinanzierung zur Förderung hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V findet sich im Gesetz nicht mehr. Diese Leistungsfacette der GKV wird aber konzeptionell überarbeitet. Das bisherige Vertragsmodell GKV-Landesverbände – Kliniken wird durch ein Konzessionierungsmodell abgelöst, bei dem das Krankenhaus einen Antrag an das den Krankenhausplan bestimmende Land auf Zulassung durch die Behörde stellt.

Anders als im Koalitionsvertrag vorgesehen, kommt es nicht zu der – auch vom Land Hessen vorangetriebenen – grundlegenden Neugestaltung der belegärztlichen Vergütung. Vielmehr wird dem bestehenden § 121 SGB V ein Absatz 4 angefügt, demnach der Bewertungsausschuss zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen zu treffen hat.

Auch im Bereich der IV-Verträge ergeben sich Änderungen. Hochspezialisierte ambulante Leistungen im Sinne von § 116b SGB V können einbezogen werden. Die Anschubfinanzierung bleibt bis 2008 erhalten. Eine Rückführung nicht verbrauchter Mittel seitens der Krankenkassen auch an die Krankenhäuser ist erst wieder für 2007 und 2008 vorgesehen. In die IV-Verträge können auch zugelassene Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen einbezogen werden. Die Krankenkassen

melden der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildeten gemeinsamen Registrierstelle im Einzelnen die Mittelverwendung. Die Registrierstelle veröffentlicht einmal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der Integrierten Versorgung.

Mit dem Ziel des Bürokratieabbaus wird der Einsatz des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Rahmen der Abrechnungsprüfung von Krankenhausrechnungen neu reglementiert. Danach ist eine Prüfung spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung einzuleiten. Führt die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags, hat die Kasse der Klinik eine Aufwandspauschale von 100 Euro zu zahlen (§ 275 Abs. 1 c SGB V).

Die Entscheidung, den MDK zur stationären Rechnungsprüfung einzusetzen, erfolgte bei den Kassen bisher gemeinsam, zukünftig mehrheitlich (§ 17c KHG).

Die gesetzlichen Vorgaben in § 17a und § 17b KHG zur Finanzierung der Ausbildungsstätten werden geändert, da nach wie vor eine Vereinbarung von Richtwerten je Ausbildungsberuf und -platz durch die Selbstverwaltung nicht zustande gekommen ist. Eine Ersatzvornahme bezüglich der Richtwerte wollte das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Hinweis auf die unzulängliche Datenlage, die heterogenen Ländervorgaben für die Ausbildung und die uneinheitliche Berücksichtigung der Mehrkosten des Krankenpflegegesetzes nicht tätigen. Künftig sollen die Spitzenverbände auf Bundesebene Rahmenvereinbarungen und die Landesverbände ergänzende Vereinbarungen treffen, um die Einigung der örtlichen Vertragsparteien zu erleichtern. Für den Fall der Nichteinigung wird eine Schiedsstellenlösung installiert. Die bisher vorgeschriebene schrittweise Vereinheitlichung der Ausbildungsfinanzierung bis Anfang 2009 und die strikte Finanzierung über Pauschalbeträge ab 2010 entfallen. Die Ausbildungsbudgets werden weiterhin krankenhausesindividuell vereinbart. Ab 2010 sind dabei die Richtwerte zu berücksichtigen. Soweit Richtwerte bis dahin nicht vereinbart oder durch Rechtsverordnung vorgegeben sind, ist eine Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge im Land untereinander anzustreben.

Ziel ist es laut Bundesministerium für Gesundheit, eine flexible Angleichung der derzeit unterschiedlichen Finanzierung zu erreichen, ohne die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen zu gefährden. Am Richtwertekonzept wird festgehalten. Die Spitzenverbände sollen zur Ermittlung eines Zielwerts für die Angleichung jährlich für die einzelnen Berufe die Durchschnittskosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen ermitteln und für das folgende Kalenderjahr entsprechende Richtwerte unter Berücksichtigung prognostizierter Kostenentwicklungen vereinbaren. Unter Nutzung von § 21er-KHG- und Kalkulationsdaten ausgewählter Kliniken und Ausbildungsstätten entwickeln die Verbände schrittweise ein Datenerhebungs- und Richtwertekonzept. Eine Ersatzvornahmeoption durch das Bundesministerium für Gesundheit ist vorgesehen.

Die Selbstverwaltung ist nach § 17 b Abs. 1 Satz 6 gehalten, Maßstäbe zu formulieren, die eine Versorgung der Bevölkerung auch mit Leistungen sicherstellen, die aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs mit den pauschalierten DRGs nicht kostendeckend finanzierbar sind. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung korrigierend einzugreifen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewähr-

leisten. Sie können diese Ermächtigung künftig durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.



*Schornstein und stählerne
Winderhitzer vor Hochöfen*

Über § 17b KHG wird die Selbstverwaltung verpflichtet, für „Kostenausreißer“ – das sind Patienten, bei denen wegen außerordentlicher Untersuchungs- und Behandlungsabläufe extrem hohe Kostenunterdeckungen entstehen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden können – geeignete Fälle zur Entwicklung adäquater Vergütungsformen detailliert zu prüfen.

Das Statistische Bundesamt muss nunmehr unter Verwendung der Daten nach § 21 KHEntgG umfangreichere Auswertungen vornehmen (§ 28 KHG).

Bei der Vereinbarung des Basisfallwertes auf der Landesebene ist nach § 10 Abs. 4 KHEntgG der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Bisher galt diese Regelung insoweit nicht als eine Erhöhung des Basisfallwertes aus der „technischen“ Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln resultiert, und nicht zu einer Gesamtausgabenerhöhung im Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von vereinbarten Fehlschätzungen durchzuführen ist. Nach dem GKV-WSG kann nun auch ein die Veränderungsrate übersteigender Basisfallwert vereinbart werden, wenn aus anderen als den technischen Gründen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart wird und dies ausgabenneutral ist.

Die Gesundheitsreform 2006 sieht vor, dass eine Sondersitzung der Gesundheitsministerkonferenz Anfang März 2007 Vorschläge für die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens nach Abschluss der Konvergenzphase 2008 erarbeiten soll. Dies ist am 8. März geschehen.

Ausgründungen

Seit einiger Zeit gehen Plankrankenhäuser dazu über, einen Teil des Krankenhauses umzuwidmen und in eine nach § 30 GewO konzessionierte Privatklinik auszugründen. Die Häuser verfolgen damit die folgenden Ziele:

- Kompensation der im Rahmen der Krankenhausplanung erfolgten Reduzierung von Planbetten
- Angebot einer höherwertigen Zimmerausstattung auf Basis von Ein- oder Zweibettzimmern außerhalb des Regelungsbereichs des Urteils des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 4. August 2000 (Az.: III ZR 158/99)
- attraktives Angebot in Konkurrenz zum Planhaus, aber auch in Konkurrenz zu anderen Privatkliniken
- vermeintlich freie Preisgestaltung im Bereich der Entgelte für die allgemeine Krankenhausleistung, also Umsätze außerhalb des Budgets und der für alle Versicherten einheitlichen Entgelte



*Auf der Gichtbühne
am Erz-Schrägaufzug*

Im Ergebnis bedeutet diese Strategie einen Verstoß gegen die Krankenhausplanung und den daraus abgeleiteten Versorgungsauftrag, soweit es sich um stationäre Leistungen handelt, die dem einheitlichen Budget entzogen sind. Es ist zu erwarten, dass vor dem Hintergrund der stringenten Budgetierung eine zunehmende Anzahl von Plankrankenhäusern diese scheinbar legale Option unternehmerischen Handelns wählt. Diese Entwicklung kann nicht im Interesse der gesamten Planungssystematik liegen, denn diese offen an der Pforte des Plankrankenhauses präsentierte Möglichkeit der alternativ nutzbaren Privatklinik suggeriert eine medizinisch nicht existente Zweiklassenmedizin – eine auch unter wettbewerblichen Aspekten offensichtliche Fehlentwicklung. Zudem besteht die Gefahr der Ausgabensteigerung für die gesetzliche Krankenversicherung, wenn diese Plankrankenhäuser den ausgegliederten Budgetanteil durch Fallzahlsteigerungen gesetzlicher Versicherter ausgleichen.

Die Ausgliederungen sind ausschließlich auf die Umgehung geltenden Rechts angelegt und daher rechtswidrig. Zu diesem Schluss kommt Rechtsanwalt Werner Nicolay in einem Rechtsgutachten, das die Vereinbarkeit der Aus- und Neugründungen an Plankrankenhäusern mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und anderen krankenhausrrechtlichen Vorschriften beleuchtet. Das Gutachten ist beim PKV-Verband als Broschüre erhältlich.

Ein weiteres Gutachten von Prof. Dr. Otto Depenheuer, Direktor des Seminars für Staatsphilosophie und Rechtspolitik der Universität Köln, untersucht, inwieweit sich die Träger für Ausgründungen auf verfassungsrechtliche Positionen wie etwa Berufs- und Eigentumsfreiheit berufen können. Er gelangt zu dem Ergebnis, dass dies nicht möglich ist, da Krankenhäuser durch ihren Beitritt in das staatliche Planungssystem ihre verfassungsrechtliche Freiheit in Bezug auf Betrieb, Größe, Organisation und Ausrichtung an die Planungsbehörde abgetreten haben. Das Gutachten endet mit der Verpflichtung des Staates, bei Plankrankenhäusern planwidriges Verhalten zu unterbinden. Auch dieses Gutachten ist beim PKV-Verband erhältlich.

In einem Verfahren, das ein Klinikträger gegen ein privates Krankenversicherungsunternehmen angestrengt hatte, damit dieses die Erstattungsverweigerung mit Hinweis auf den fehlenden Klinikstatus der ausgegründeten Privatklinik unterlässt, hat das Landgericht Hamburg die Rechtsauffassung des Unternehmens bestätigt (Az.: 332 O 507/04). Bei dem Anbieter stationärer Leistungen handele es sich nicht um ein Krankenhaus im Sinne von § 4 Abs. 4 der Musterbedingungen der PKV MB/KK. Somit sei eine Kostenerstattung nur im Umfang der Entgelte des Plankrankenhauses rechtmäßig. Das OLG Hamburg hat mittlerweile die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Das Urteil ist rechtskräftig geworden (Az.: 5 U 184/05).

Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge

Die folgenden Übersichten zeigen eine Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge der Krankenhäuser im Abgleich der Jahre 2005 und 2006. Die Preise der Wahlleistung Unterkunft werden im Wesentlichen auf der Basis des Urteils des BGH vom 4. August 2000 (Az.: III ZR 158/99) und der darauf basierenden Gemeinsamen Empfehlung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem PKV-Verband mit den Krankenhäusern festgelegt. Dabei ergibt sich 2006 als Bundesdurchschnitt für das Einbettzimmer ein Betrag von rund 83 Euro, wobei die alten Bundesländer rund 84 Euro und die neuen Bundesländer rund 82 Euro in Rechnung stellen. Für die Nutzung eines Zweibettzimmers werden

durchschnittlich bundesweit rund 42 Euro in Rechnung gestellt, was auch etwa dem Durchschnitt der alten Bundesländer entspricht. Die Krankenhäuser der neuen Bundesländer berechnen für diese Leistung rund 41 Euro. Die Spannweite der durchschnittlichen Einbettzimmerpreise liegt 2006 zwischen 90,79 Euro im Bundesland Bremen und 64,02 Euro im Freistaat Sachsen. Die entsprechenden Eckwerte für die bundeslanddurchschnittlichen Zweibettzimmerpreise belaufen sich für Nordrhein-Westfalen auf 45,38 Euro und für Mecklenburg-Vorpommern auf 30,76 Euro.

Einbettzimmerzuschläge¹ nach Ländern	2005 in Euro	2006 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	81,99	83,12	+ 1,38
alte Länder (mit Berlin)	82,49	83,76	+ 1,54
neue Länder	81,09	82,14	+ 1,29
Baden-Württemberg	82,78	83,39	+ 0,74
Bayern	86,55	88,05	+ 1,73
Berlin	90,42	89,63	- 0,87
Brandenburg	66,44	66,05	- 0,59
Bremen	90,71	90,79	+ 0,09
Hamburg	85,44	86,10	+ 0,77
Hessen	83,73	85,41	+ 2,01
Mecklenburg-Vorpommern	68,40	70,68	+ 3,33
Niedersachsen	80,44	81,56	+ 1,39
Nordrhein-Westfalen	83,81	85,30	+ 1,78
Rheinland-Pfalz	86,55	86,69	+ 0,16
Saarland	88,33	89,54	+ 1,37
Sachsen	58,61	64,02	+ 9,23
Sachsen-Anhalt	67,51	66,27	- 1,84
Schleswig-Holstein	81,52	83,01	+ 1,83
Thüringen	78,66	80,02	+ 1,73

1 im Jahresdurchschnitt 2006 im Vergleich zum Vorjahr

R06/3303

Zweibettzimmerzuschläge ¹ nach Ländern	2005 in Euro	2006 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	41,13	41,86	+ 1,77
alte Länder (mit Berlin)	41,31	42,14	+ 2,01
neue Länder	40,27	40,99	+ 1,79
Baden-Württemberg	40,49	41,10	+ 1,51
Bayern	43,03	43,56	+ 1,23
Berlin	41,57	41,20	- 0,89
Brandenburg	33,11	32,62	- 1,48
Bremen	43,03	42,53	- 1,16
Hamburg	41,06	41,34	+ 0,68
Hessen	40,43	41,30	+ 2,15
Mecklenburg-Vorpommern	29,24	30,76	+ 5,20
Niedersachsen	39,98	40,56	+ 1,45
Nordrhein-Westfalen	44,23	45,38	+ 2,60
Rheinland-Pfalz	43,24	43,91	+ 1,55
Saarland	43,67	44,40	+ 1,67
Sachsen	28,56	30,83	+ 7,95
Sachsen-Anhalt	32,84	32,48	- 1,10
Schleswig-Holstein	43,03	43,65	+ 1,44
Thüringen	38,28	39,70	+ 3,71

1 im Jahresdurchschnitt 2006 im Vergleich zum Vorjahr

R06/3304

Krankenhaus-Datenbank des Verbandes

Der PKV-Verband unterhält eine umfangreiche Datenbank mit dem Ziel, die stationäre Abrechnungsprüfung seiner Mitgliedsunternehmen zu unterstützen. Als Informationsbasis fungieren sowohl Genehmigungsbescheide als auch Befragungen der Krankenhäuser. Ergänzend wird in diese Datenbank auch die Beurteilung der Kliniken auf der Basis der Musterbedingungen des Verbandes gepflegt. Die Informationen der Datenbank können unter der Internetadresse www.derprivatpatient.de eingesehen werden. Die Entgelte für über 2.200 Kliniken werden durch das öffentliche Preissystem Bundespflegesatzverordnung und Krankenhausentgeltgesetz bestimmt. Dabei finden sämtliche krankenhaushausindividuellen Pflegesätze, Basisfallwerte und Zusatzentgelte Eingang in die Datenbank.

3.4 Private Pflegepflichtversicherung

Beiträge

Der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung für Versicherte ohne Beihilfeanspruch ist zum 1. Januar 2006 von 59,92 Euro auf 60,56 Euro gestiegen. Für Versicherte mit Beihilfeanspruch stieg er von 26,96 Euro auf 30,28 Euro. In der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) musste im Zuge der Anhebung der Höchstbeiträge der Beitrag für Versicherte, deren Tarifbeitrag gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e SGB XI auf den Höchstbeitrag beziehungsweise den halben Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt ist, entsprechend angepasst werden. Von Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall, die eine Beitragskappung beanspruchen können, erhebt die PPV höchstens 40 Prozent des Höchstbeitrages. Im Jahr 2006 waren dies 24,22 Euro gegenüber 23,97 Euro im Vorjahr. Die soziale Pflegeversicherung (SPV) 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 privaten Pflegepflichtversicherung sind wegen des andersartigen Kalkulationsverfahrens davon nicht betroffen (vgl. Rechenschaftsbericht 2004, S. 85).

Der Beitrag für die über 25 Jahre alten und damit nicht mehr beitragsfreien Studenten (nur Tarifstufe PVN) betrug im Jahr 2006 unverändert 13,30 Euro pro Monat (seit 1. Januar 2003). Für die Anwartschaftsversicherung, die für Zeiten

einer Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung abgeschlossen werden kann, lagen die Höchstbeiträge unverändert bei 4,60 Euro in Tarifstufe PVN und 3,58 Euro in Tarifstufe PVB. Die tatsächlich erhobenen Beiträge konnten wegen abweichender Kostensätze der Versicherungsunternehmen niedriger ausfallen.

Private Pflegepflichtversicherung

Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen für allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, ist seit dem 1. Januar 1995 gesetzlich verpflichtet, dort auch eine Pflegepflichtversicherung abzuschließen. Die Leistungen sind per Gesetz bei allen Versicherungsunternehmen gleich und entsprechen denen der sozialen Pflegeversicherung. Die Höchstbeiträge sind bei allen Versicherern gleichermaßen begrenzt.

Gesetzgebung zur Pflegeversicherung

Zu der im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 18. November 2005 im 4. Kapitel vereinbarten Vorlage eines Gesetzes zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der Pflegeversicherung bis zum Sommer 2006 (vgl. Rechenschaftsbericht 2005, S. 69f.) ist es im Berichtszeitraum nicht gekommen. Die Bundesregierung begründete die Verzögerung mit der noch nicht abgeschlossenen Diskussion über das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Zu den Inhalten einer möglichen Reform wurde stets auf die Festlegungen im Koalitionsvertrag verwiesen. Daneben zeigte sich, dass innerhalb der Koalition in der Finanzierungsfrage erhebliche Meinungsunterschiede bestehen. Während Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt öffentlich weiterhin Sympathie für den Gedanken einer Bürgerpflegeversicherung bekundete, wurde aus CDU/CSU-Kreisen (B-Länder) das Konzept für eine kapitalgedeckte, verpflichtende Pflegezusatzversicherung mit den nachfolgend dargestellten Elementen ins Gespräch gebracht:

Höchstbeiträge 2006

Studentenbeitrag / Anwartschaftsversicherung

Reform der Pflegeversicherung

- Die soziale Pflegeversicherung wird nicht mit der GKV zusammengelegt.
- Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung als erster Säule wird dauerhaft festgeschrieben. Auf den Arbeitgeber entfallen wie bisher 0,85 Prozent, der kinderlose Arbeitnehmer zahlt infolge des Kinderberücksichtigungsgesetzes 1,1 Prozent.
- Um einen Anreiz für die häusliche Pflege bei gleichzeitiger Beitragssatzstabilität zu schaffen, werden die Leistungen dort zukünftig angehoben, während sie im stationären Bereich (in Stufe I und II) gesenkt werden.

Danach ergäben sich folgende Leistungsbeträge:

- Pflegestufe I: 600 Euro
(zurzeit ambulant 384 Euro / + 216 Euro, stationär 1.023 Euro / - 423 Euro)
- Pflegestufe II: 1.000 Euro
(zurzeit ambulant 921 Euro / + 79 Euro, stationär 1.279 Euro / - 279 Euro)
- Pflegestufe III: 1.500 Euro
(zurzeit ambulant 1.432 Euro / + 68 Euro, stationär 1.432 Euro / + 68 Euro)

Das Pflegegeld bleibt in allen Stufen unverändert. Die neuen Pauschalen werden nur auf neue Pflegefälle angewendet.

- Als zweites Standbein wird eine kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung eingeführt. Sie bietet individuelle Alterungsrückstellungen, die unter den Schutz des Artikels 14 GG fallen, um extreme Beitragsbelastungen im Alter zu vermeiden. Jeder Versicherte der sozialen Pflegeversicherung wird unabhängig von Alter und Gesundheitszustand und ohne Risikoprüfung aufgenommen. Nach 30 Jahren werden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zur Hälfte aus der umlagefinanzierten SPV und zur Hälfte aus der Ergänzungsversicherung finanziert. Zu diesem Zeitpunkt muss überlegt werden, ob die in diesem Modell angelegte Option zum Umstieg auf komplette Kapitaldeckung in Anspruch genommen wird.
- Die ergänzende Zusatzversicherung finanziert eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge um 1,5 Prozent, die alle fünf Jahre realisiert wird, sowie die demografiebedingten Ausgabensteigerungen. Hierfür ist voraussichtlich ein monatlicher Pauschalbetrag von sechs Euro (geschätzte vorläufige Zahl) notwendig, der halbjährlich um rund einen Euro (geschätzte vorläufige Zahl) steigt. Kinder zahlen keine Beiträge, Ehegatten zahlen zwei Beiträge.
- Mittel aus dem Staatshaushalt werden nicht in Anspruch genommen, sofern sich die Prämienhöhe in einem Bereich bewegt, der keinen Sozialausgleich erfordert. Weitere Leistungsverbesserungen können deshalb aus der Zusatzversicherung nicht finanziert werden.

Die CDU/CSU greift damit Überlegungen auf, die die PKV am 14. März 2005 in Berlin in einer Pressekonferenz vorgestellt hatte (vgl. Rechenschaftsbericht 2005, S. 72). Bereits damals war allerdings betont worden, dass es sich insofern nicht um das Idealmodell der PKV handele und der ordnungspolitisch bessere Weg der vollständige Umstieg vom Umlage auf das Kapitaldeckungsverfahren wäre, da nur so die Finanzierung langfristig und generationengerecht sichergestellt werden könne.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG vom 26. März 2007 (BGBl I, S. 378) enthält in Artikel 8 die nachfolgend dargestellten Änderungen des SGB XI, die auch für die private Pflegepflichtversicherung aufgrund des Gleichwertigkeitsgebots Wirkung entfalten.



- § 15 Abs. 3 SGB XI: Feststellung der Pflegestufe

Es muss der Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen berücksichtigt werden. Dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem SGB V führt. Verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht. Mit dieser Regelung wird die umständliche Differenzierung vermieden, die das Bundessozialgericht vorgesehen hatte (Urteil vom 17. März 2005, B3KR 9/04R). Danach müsste in jedem Einzelfall geprüft werden, ob die Maßnahmen von einem Krankenpflagedienst oder einer ehrenamtlichen Pflegekraft erbracht werden. Nur im letzten Fall könnten die entsprechenden Zeiten für die Pflegestufenzuordnung berücksichtigt werden.

- § 40 Abs. 1 SGB XI: Besondere Hilfsmittelausstattung

Versicherte, die sich für eine Ausstattung eines Pflegehilfsmittels entscheiden, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 SGB V gelten entsprechend. Die Gesetzesbegründung nennt als Beispiel die Holzverkleidung an einem Pflegebett.

- §§ 41 Abs. 2, 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI: Medizinische Behandlungspflege

Die Befristung für die Einbeziehung der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zum 30. Juni 2007 entfällt, das heißt sie bleibt dauerhaft Leistung der Tages- und Nachtpflege- sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

- § 43 SGB XI: Vollstationäre Pflege

Das zuvor Gesagte gilt auch für die vollstationäre Pflege. Außerdem wird die bisher in Absatz 5 enthaltene und bis zum 30. Juni 2007 befristete Staffelung der Leistungsbeträge nach Pflegestufen in das Dauerrecht übernommen (in Abs. 2).

Von den weiteren Regelungen für die soziale Pflegepflichtversicherung, die für die private Pflegepflichtversicherung eine Reflexwirkung entfalten können, ist

die Streichung von § 78 Abs. 3 SGB XI zu nennen. Danach setzten die Spitzenverbände der Pflegekassen Festbeträge für Pflegehilfsmittel fest. In § 92b SGB XI (neu) wird außerdem die Beteiligung der Pflegeversicherung an der Integrierten Versorgung geregelt.

Ein in der SPV Pflichtversicherter, der eine private Krankenversicherung mit privater Pflegepflichtversicherung abschließt, kann sich für eine spätere Kündigung nicht auf § 27 Satz 1 SGB XI i. V. m. § 178h Abs. 2 Satz 1 und 3 VVG berufen, denn er „wird“ in diesem Fall nicht versicherungspflichtig nach den §§ 20 und 21 SGB XI, sondern ist es bereits bei Abschluss des privaten Pflegeversicherungsvertrages. Das Unterlassen der sofortigen Zurückweisung einer unwirksamen Kündigung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer führt nicht dazu, dass diese Kündigung wirksam wird (Ablehnung der herrschenden Meinung bei den zivilgerichtlichen Instanzgerichten; Bundessozialgericht, Urteil vom 29. November 2006, Az.: B12P 1/05R).

Recht der Versicherungsleistungen

Mit Urteil vom 28. September 2006 hat das Bundessozialgericht (Az.: B3P 3/05R) entschieden, dass privatpflegeversicherte Ruhestandsbeamte (Tarifstufe PVB) Anspruch auf Kostenerstattung für Pflege durch professionelle Pflegekräfte auch dann haben, wenn die Pflege im EU-Ausland durchgeführt wird. Bisher zahlte die PPV dort nur das Pflegegeld. § 5 Abs. 1a MB/PPV 1996 (entspricht § 37 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI), wonach keine Leistungspflicht besteht, solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, verstößt nach diesem Urteil gegen Artikel 18 EGV (Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft). Als Ruhestandsbeamter konnte der Kläger auch nicht auf Sachleistungen des Sozialversicherungsträgers am Wohnort verwiesen werden, wie es grundsätzlich Artikel 19 Abs. 1 Buchstabe a und Artikel 25 Abs. 1 Buchstabe a der Verordnung (EWG) 1408/71 vorsähen. Diese Regelung gelte aufgrund eines Deutschland betreffenden Vorbehalts nicht für solche Personen, die gegenüber einem Versicherungssystem für Beamte oder diesen gleichgestellten Personen in Bezug auf Sachleistungen anspruchsberechtigt und nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert seien. Sachleistungen in diesem Sinne seien auch die Erstattungsleistungen der Beihilfe des Landes Bremen, auf die der Versicherte im vorliegenden Fall Anspruch hatte. Das Freizügigkeitsrecht aus Artikel 18 EGV gebiete es jedoch, dem Versicherten auch bei Verlagerung des Wohnsitzes in das EU-Ausland die gleichen Leistungen wie im Inland zu gewähren, wenn die dafür maßgeblichen innerstaatlichen Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt seien. Der Verband hat seine Mitgliedsunternehmen gebeten, Versicherte der Tarifstufe PVB, die im EWR-Ausland und der Schweiz gepflegt werden, die Leistungen der PPV nach den gleichen Grundsätzen wie bei Pflege in Deutschland zu gewähren. Dabei setze die Kostenerstattung für häusliche Pflegehilfe eine sachgerechte Leistungserbringung durch eine Pflegeperson voraus, die über ausreichende Qualifikation verfüge und ihre Eignung durch eine qualifizierte einschlägige Ausbildung und eine ausreichende Pflegepraxis nachweise. Erstattet werden könnten insbesondere auch die Leistungen von Pflegediensten und Pflegeheimen, wenn die Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erfolge.

Die regelmäßigen Wartungskosten für einen Treppenlift sind keine bezuschussungsfähige „weitere Maßnahme“ im Sinne von § 40 Abs. 4 Satz 3 SGB XI, § 4 Abs. 7 Satz 2 MB/PPV 1996. Wartungs- und Reparaturkosten, die im Rahmen wohnumfeldverbessernder Maßnahmen an bereits bezuschussten Einbauten im

BSG zum Kündigungsrecht bei Versicherungspflicht in der SPV

Kostenerstattung im Ausland (EWR)

Aufzugwartung keine „neue Maßnahme“ bei Wohnungsbauzuschüssen

Haushalt des Pflegebedürftigen anfallen, können nicht nochmals als wohnumfeldverbessernde Maßnahme bezuschusst werden (Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 4. April 2006, Az.: L5P 6/06, bestätigt durch Beschluss des Bundessozialgerichts vom 31. Juli 2006, Az.: B3P 4/06R).

Änderung der MB/PPV

Auf der Grundlage entsprechender Beschlüsse des Pflege- und Rechtsausschusses sind die Tarifbedingungen zu den MB/PPV 1996 unter Nr. 4 überarbeitet und an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts angepasst worden. Mit der Neuformulierung wird klargestellt, dass das Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung den Hilfsmittelanspruch aus der Versicherung nicht abschließend beschreibt. Versicherte haben in verschiedenen Fällen gerichtlich überprüfen lassen, ob die Weigerung des Versicherers, bestimmte Pflegehilfsmittel zu erstatten, zu Recht erfolgt ist. Die Überprüfung nimmt die Rechtsprechung anhand von § 4 Abs. 7 MB/PPV 1996 vor, der inhaltlich § 40 SGB XI entspricht. In den beiden Klageverfahren, die Anlass für die Änderung waren, hat das Bundessozialgericht eine Leistungspflicht der privaten Pflegepflichtversicherung für einen schwenkbaren Autositz (vgl. Rechenschaftsbericht 2002, S. 96) und einen eigenbedienbaren Elektrorollstuhl (vgl. Rechenschaftsbericht 2005, S. 81) abgelehnt. Ziel der Neuformulierung war es aber auch, klarzustellen, dass das Hilfsmittelverzeichnis kein Bestandteil der Tarifbedingungen ist und eine Änderung deshalb nicht der Zustimmung des Treuhänders bedarf. Das Hilfsmittelverzeichnis hat jedoch für die Gesellschafter des Pools, über den der Finanzausgleich in der privaten Pflegepflichtversicherung organisiert ist, verbindlichen Charakter, denn damit wird die Leistungspflicht der Pflege von der der Krankenversicherung abgegrenzt. Der juristische Treuhänder sah im vorliegenden Fall seine Beteiligung als nicht erforderlich an, da es um die Schließung einer Regelungslücke durch eine der gesetzlichen Regelung entsprechende Bestimmung gehe. Er hat jedoch von der Ergänzung zustimmend Kenntnis genommen.

Beziehungen zu den Leistungserbringern

Vor dem Hintergrund der für 2007 angekündigten Reform der Pflegeversicherung konnten 2006 einige seit langem ruhende Themen gelöst werden.

Beispielsweise ist der erstmalige Abschluss eines Rahmenvertrages zur Tagespflege in Nordrhein-Westfalen wohl nicht nur auf den guten Willen der mit den Verhandlungen beauftragten Arbeitsgruppe zurückzuführen. Auch die Aussicht auf die anstehende Reform dürfte geholfen haben, die mehr als vier Jahre andauernden Verhandlungen zu einem positiven Ergebnis zu führen. In weiteren Ländern – wie in Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Bayern – wurden Rahmenverträge der unterschiedlichsten Leistungsbereiche modifiziert. Dabei ist festzustellen, dass die mittlerweile mehr als vierjährige Forderung des Pflegequalitätssicherungs-Gesetzes nach landesweiten Personalrichtwerten immer noch das wichtigste Thema dieser Überarbeitungen ist. Für die alternative Forderung nach einem landesweiten Personalbedarfsermittlungsverfahren oder nach einem Pflegezeitbemessungsverfahren ist hingegen noch nirgends eine Lösung gefunden worden.

Nach langen Verhandlungen im dafür zuständigen Grundsatzausschuss für ambulante Pflege konnte 2006 ebenfalls in Nordrhein-Westfalen ein überarbei-

tetes landesweit gültiges Leistungskomplexsystem beschlossen und auf den Weg gebracht werden. Damit wurde diese Vergütungssystematik erstmals seit ihrer Einführung am 1. April 1996 erweitert. Durch die Einführung der vier neuen Leistungskomplexe der so genannten „Kleinen Hilfen“ sollen die Leistungserbringer flexibler auf die individuellen Wünsche der Pflegebedürftigen eingehen und diese auch abrechnen können. Leistungserbringer und zuständige Kostenträger verhandelten auch in anderen Ländern ambulante Vergütungen, wobei es in der Regel um die Preise einzelner Leistungskomplexe oder auch die Wegegebühren beziehungsweise Einsatzpauschalen ging. Zudem fanden Verhandlungen in den stationären Leistungsbereichen statt. Diese wurden entweder als Einzelverhandlungen geführt oder es wurden aus arbeitsökonomischen Gründen Pauschalangebote unterbreitet.



Riesenzahnrad in der Sinteranlage

Anders als üblicherweise argumentierten die Leistungsanbieter im Berichtsjahr nicht mit höheren Personalkosten, um höhere Vergütungen für die erbrachten Leistungen zu erhalten. Die aktuellen tarif- und arbeitsmarktpolitischen Kennzahlen – wie die Verlängerung der Arbeitszeit ohne Lohnausgleich oder auch der Wegfall von Urlaubs- und Weihnachtsgeld – ließen dies nicht zu. Die Argumentation basierte vielmehr auf gestiegenen Sach- und Energiekosten. Diese Kosten machen allerdings nur einen geringen Anteil am Gesamtbudget einer Pflegeeinrichtung aus. Daher ergaben sich in der Summe vergleichsweise geringe Steigerungen der Pflegevergütungen.

Der Hospizgedanke hat sich so stark gefestigt, dass es mittlerweile in allen Ländern stationäre Hospize gibt. Eine bemerkenswerte Dichte an stationären Hospizeinrichtungen gibt es in Nordrhein-Westfalen. Darüber hinaus hatte das Land bereits im Sommer 2006 ein erstes Modellprojekt zur Vergütung ambulanter Hospizleistungen erfolgreich abgeschlossen.

Der Startschuss für dieses Projekt „Landesinitiative für ambulante Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen“ soll im ersten Halbjahr 2007 erfolgen. Es soll zunächst bis 2009 laufen. Ziel ist es, die Versorgung erkrankter Kinder und deren Angehöriger verlässlich zu gestalten und nicht dem Zufall zu überlassen. Dabei kann man auf bereits bestehende Angebote zurückgreifen, die allerdings vernetzt und aufeinander abgestimmt werden müssen. Dafür werden zwei Kompetenzzentren – eines in Bonn und das andere in Datteln – mit

Erfolgreicher Hospizgedanke

entsprechenden Aufgaben betraut. Die PKV, die dem Hospizgedanken abgeschlossen gegenübersteht, erklärte sich 2006 bereit, auf freiwilliger Basis unter der Prämisse der Einzelabrechnung von Leistungen einen relevanten Beitrag zu leisten.

Externer Vergleich in der Schiedsstelle in Hamburg

Im Dezember 2000 entschied das Bundessozialgericht – Az.: B3P19/00R –, dass die Höhe der leistungsgerechten Vergütung primär über einen externen Vergleich festgestellt werden kann. Seither sind die Schiedsstellen in den Ländern mit unterschiedlichem Erfolg bemüht, entsprechende Verfahren zu entwickeln. Während die Beteiligten in Schleswig-Holstein demnächst über relevante Vergleichskennzahlen diskutieren sollen, hat die Schiedsstelle in Hamburg ihr Verfahren ein weiteres Mal verfeinert. Das von verschiedensten Akteuren als vorbildlich angesehene Verfahren basiert auf den von Anfang an als relevant erachteten Kriterien wie zum Beispiel Platzzahl, Personalausstattung, Fachkraftquote. Die so erarbeiteten Vergleichslisten werden um die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung und um die an dem besonderen stationären Dementenprogramm teilnehmenden Pflegeeinrichtungen preislich bereinigt. Anschließend erfolgt eine Ordnung und Bewertung der Listen nach jedem Einzelkriterium. Analysiert wird, wie sich die in Rede stehende Einrichtung zu den anderen Einrichtungen der Liste verhält. Die zusammengefassten Ergebnisse werden verwendet, um die relevante Einrichtung in eine von vier vorab definierten Gruppen einzuordnen. Erst mit der so identifizierten Vergleichsgruppe wird dann der externe Vergleich in der Schiedsstelle durchgeführt.

Föderalismusreform

Durch die im September 2006 in Kraft getretene Föderalismusreform ist die Gesetzgebungskompetenz für das Heimgesetz vom Bund auf die Länder übergegangen. Die Möglichkeit, landesindividuelle Heimgesetze zu erlassen und deren Anwendungsbereich neu zu definieren, soll dem bisherigen Vernehmen nach in enger Abstimmung mit anderen Ländern erfolgen, damit ein gesetzgeberischer Flickenteppich vermieden wird. Trotz aller Bedenken, die mit dieser Verlagerung der Gesetzgebungskompetenz einhergehen, könnte auch eine Chance darin liegen, dass zum Beispiel verstärkt neue Versorgungsformen in den Ländern erprobt und etabliert werden. Pflegebedürftige und Verbraucherverbände fordern mittlerweile verstärkt zeitgemäße Versorgungs- und Wohnformen ein.

Vergütung von Wohngemeinschaften für Demente in Berlin

Beispielhaft sei hier auf einen Lösungsansatz aus Berlin verwiesen, der bereits bemerkenswerte Fortschritte bezüglich der Versorgungsform der Wohngemeinschaften aufzeigt. Die in Berlin in den Jahren 2005 und 2006 durchgeführte Erprobungsphase zur Vergütung der Leistungen in Wohngemeinschaften mittels einer Tagespauschale wurde mit derart positiven Erfahrungen und Ergebnissen abgeschlossen, dass eine Integration der Tagespauschale in das bestehende Leistungskomplexsystem erfolgte. Die Anwendung dieser Pauschale ist jedoch auf den Personenkreis der an Demenz erkrankten Menschen beschränkt.

Medizinische Begutachtung der Antragsteller

Die Begutachtungen für die private Pflegepflichtversicherung werden von der MEDICPROOF GmbH - Gesellschaft für medizinische Gutachten mit Sitz in Köln - durchgeführt. Es handelt sich dabei um ein Tochterunternehmen des PKV-Verbandes. Die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erfolgt bundesweit durch freie Mitarbeiter, die alle vor Antritt ihrer Tätigkeit von der MEDICPROOF GmbH geschult und anschließend in regelmäßigen Intervallen in den spezifischen Belangen der Pflegeversicherung fortgebildet werden. Ihre Gutachten werden von den Mitarbeitern in der Kölner Zentrale auf formale Korrektheit und

MEDICPROOF

Plausibilität geprüft und dann der zuständigen privaten Krankenversicherung zugestellt.

Die Zeit zwischen Eingang des Begutachtungsauftrages bei der MEDICPROOF bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens betrug im Jahr 2006 im Durchschnitt 25 Tage bei ambulanter und 21 Tage bei stationärer Pflege. Soll ein Antragsteller aus stationärer Krankenhausbehandlung in ein Pflegeheim oder in häusliche Pflege entlassen werden, erfolgt innerhalb von zwei Tagen eine vorläufige gutachterliche Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage ohne Einschaltung externer Gutachter. Bei beabsichtigter häuslicher Pflege und eindeutiger Aktenlage können neben der Pflegestufe auch einige der gängigsten Hilfsmittel (z. B. Pflegebett, Toilettenstuhl) zur Erleichterung der Pflege empfohlen werden. Die vorläufigen Empfehlungen der MEDICPROOF werden in der Regel innerhalb von rund sechs Wochen durch externe Gutachter überprüft.

Mit Stand vom 1. Dezember 2006 waren 778 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig, 692 Ärzte und 86 Pflegefachkräfte. Gemäß § 6 Abs. 2 MB/PPV 1996 erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt. Die Pflegefachkräfte übernehmen die Pflegeberatungen und zusätzliche pflegefachliche Stellungnahmen.

Die Zahl der externen Gutachter richtet sich nach dem regionalen Aufkommen von Begutachtungen. Hieraus erklärt sich eine begrenzte Fluktuation der freien Mitarbeiter. Bei der Auswahl der externen Gutachter achtet MEDICPROOF auf hohe Qualifikation, was sich in einem hohen Anteil von Fachärzten widerspiegelt (Mehrfachqualifikationen wurden berücksichtigt):

Facharzttrichtung	Anteil in Prozent
Allgemeinmedizin	22
Innere Medizin	15
Arbeitsmedizin	13
Chirurgie, Orthopädie	5
Öffentliches Gesundheitswesen	6
Neurologie, Psychiatrie	5
Pädiatrie	4
Sonstige Fachärzte	9
Praktische Ärzte	24

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 1.12.2006)

R06/3401

Grundlage der gutachterlichen Bewertung stellen die Begutachtungsrichtlinien (BRi) der gesetzlichen Pflegekassen vom 21. März 1997 in der Fassung vom 11. Mai 2006 dar. Sie geben für den Zeitbedarf an Hilfeleistungen bei den Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität so genannte „Orientierungswerte“ an. Dabei handelt es sich um Zeitkorridore, bei deren Festlegung von einer vollständigen Übernahme der jeweiligen Verrichtung durch eine Laienpflegekraft ausgegangen wird. Sie entbinden den Gutachter aber nicht von der indi-

Begutachtungsdauer

Freiberuflich tätige Gutachter bei MEDICPROOF

Begutachtungsrichtlinien

viduellen Prüfung des Pflegezeitaufwandes in jedem Einzelfall. Abweichungen von den Zeitkorridoren sind möglich, wenn sie entsprechend begründet werden. Durch Addition der Pflegezeiten für alle Verrichtungen der Grundpflege ergibt sich zusammen mit dem hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarf der für eine bestimmte Pflegestufe ausschlaggebende Gesamtpflegezeitaufwand. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) haben Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, das heißt mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder anderen psychischen Krankheiten und einem daraus resultierenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung seit dem 1. April 2002 Anspruch auf zusätzliche Leistungen, die vor allem die Angehörigen dieser Pflegebedürftigen entlasten sollen.

Begutachtungsergebnisse

Der Auftragsrückgang, der sich bei MEDICPROOF seit dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 22. August 2001 zur Einschränkung von Wiederholungsbegutachtungen (Az.: B 3 P 4/01 R) zunächst abzeichnete, hat sich im Jahr 2006 zum zweiten Mal in Folge nicht weiter fortgesetzt. Im Jahr 2006 wurden 96.519 Anträge auf Pflegeleistungen gutachterlich bearbeitet. Das sind rund 2.000 mehr als im Jahr 2005. Im Durchschnitt bearbeitete damit jeder Gutachter monatlich rund 10 Gutachten und von MEDICPROOF waren täglich etwa 380 Aufträge zu koordinieren. Davon entfielen 25 Prozent auf die stationäre Pflege, 75 Prozent auf die ambulante Pflege. Täglich überprüft MEDICPROOF zudem eine Zufallsstichprobe von 1 Prozent der Gutachten systematisch auf ihre Qualität. Diese Qualitätskontrolle erfolgt zusätzlich bei allen Begutachtungen von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres. Auf diese Weise können den privaten Krankenversicherungsunternehmen formal korrekt erstellte Gutachten zugesichert werden. In der medizinisch-pflegerischen Beurteilung sind die Gutachter frei und keinen Weisungen unterworfen.

Als Ergebnis der gutachterlichen Beurteilung der Pflegestufen ergab sich für das Jahr 2006:

	ambulante Pflege in Prozent	stationäre Pflege in Prozent
Erstbegutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit i.S. SGB XI	22,8	10,1
Pflegestufe I	51,3	41,0
Pflegestufe II	21,5	36,3
Pflegestufe III	4,4	12,6
Alle Begutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit i.S. SGB XI	16,0	4,9
Pflegestufe I	43,1	26,0
Pflegestufe II	31,0	45,3
Pflegestufe III	9,9	23,8

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 31.12.2006)

R06/3402

Erwartungsgemäß war die Pflegebedürftigkeit in stationären Einrichtungen im Mittel größer als unter ambulanten Bedingungen.

Entsprechend § 36 SGB XI 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, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss“. Seit Einführung der Pflegeversicherung sind in der privaten Pflegeversicherung bis zum 31. Dezember 2006 insgesamt 2385 Versicherte als Härtefall anerkannt worden. Hierbei handelt es sich um 995 Frauen (42 Prozent) und 1390 Männer (58 Prozent). Das Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung betrug 66 ± 20 (Mittelwert \pm Standardabweichung) Jahre (vgl. nachstehende Tabelle). 9,7 Prozent waren jünger als 40 Jahre, 29,3 Prozent älter als 80 Jahre. Stationäre Pflege wurde häufiger als häusliche Pflege in Anspruch genommen, insbesondere von Frauen:

Härtefälle

Als Härtefall anerkannte Pflegebedürftige nach Geschlecht, Alter und Art der Pflege	insgesamt	Frauen	Männer
Anzahl der Härtefälle	2.385	995	1.390
Geschlechteranteil in Prozent	100	41,7	58,3
Alter (Mittelwert)	66,5	71,4	62,9
Alter (Standardabweichung)	20,2	20,6	19,1
häusliche Pflege	909	325	584
Anteil an Härtefällen in Prozent	38,1	32,7	42,0
stationäre Pflege	1.476	670	806
Anteil an Härtefällen in Prozent	61,9	67,3	58,0

Stand 31.12.2006

R06/3403

Mit 88 Prozent waren Hirnkrankheiten die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit (s. nachfolgende Tabelle). Hier standen – im Wesentlichen wie in den vergangenen Jahren – Demenzen (37 Prozent) im Vordergrund, gefolgt von apallischen Syndromen, der multiplen Sklerose, der amyotrophen Lateralsklerose, ischämischen Schlaganfällen, und der Parkinson-Krankheit. Malignome (bösartige Tumoren) ohne Hirnbeteiligung spielten mit insgesamt 6 Prozent eine geringere Rolle.

Als Härtefall anerkannte Pflegebedürftige nach pflegebegründender Diagnose	absolut	Anteil in Prozent
AIDS	5	0,2%
Amyotrophe Lateralsklerose	126	5,3%
Apallisches Syndrom nach Reanimation	231	9,7%
Apallisches Syndrom anderer Ursache	240	10,1%
Chorea Huntington	16	0,7%
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	9	0,4%
Demenz Alzheimer	294	12,3%
Demenz vaskulär	255	10,7%
Demenz gemischt	79	3,3%
Demenz nach Reanimation	37	1,6%
Demenzen, andere und nicht näher bezeichnete	227	9,5%
Hirnfarkt ischämisch	110	4,6%
Hirnblutung	35	1,5%
Hirntumoren	90	3,8%
Hirnkontusion	14	0,6%
Locked-In-Syndrom	27	1,1%
Hirnkrankheiten, andere	49	2,1%
Hirnschaden frühkindlich	31	1,3%
Multiple Sklerose	88	3,7%
Parkinson-Krankheit	38	1,6%
Parkinson-Krankheit mit Demenz	46	1,9%
Querschnittslähmung	78	3,3%
Malignome	142	6,0%
andere Krankheiten	118	4,9%

Stand 31.12.2006

R06/3404

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben (§ 36 SGB XI bzw. § 43 SGB XI) ist der Anteil der Härtefälle bei ambulanter Pflege auf 3 Prozent der Pflegestufe III beziehungsweise bei stationärer Pflege auf 5 Prozent der Pflegestufe III zu begrenzen. Am Stichtag 31. Dezember 2006 belief sich der Anteil im ambulanten Bereich auf 1,8 Prozent, im stationären Bereich auf 3,4 Prozent, so dass die gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind.



4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen



4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen

Rechengrößen 2007

Das Gesetz zur Änderung des Betriebsrentengesetzes und anderer Gesetze (BGBl. I 2006, S. 2742) legt in Artikel 12 die für das Jahr 2007 maßgebenden Rechengrößen fest:

Die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für 2007 in den alten Bundesländern beträgt wie im Vorjahr 63.000 Euro jährlich beziehungsweise 5.250 Euro monatlich. Für die neuen Bundesländer gilt eine niedrigere Beitragsbemessungsgrenze von 54.600 (Vorjahr: 52.800) Euro jährlich beziehungsweise 4.550 (4.400) Euro monatlich.

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit Abs. 6 SGB V 47.700 (Vorjahr: 47.250) Euro jährlich beziehungsweise 3.975 (3.937,50) Euro monatlich. Sie gilt für das Neugeschäft seit dem 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 unverändert 42.750 Euro jährlich beziehungsweise 3.562,50 Euro monatlich.

Die Beitragsbemessungsgrenzen in der GKV und in der sozialen Pflegeversicherung betragen unverändert 42.750 Euro jährlich beziehungsweise 3.562,50 Euro monatlich. Durch das Gesetz zur Änderung des Betriebsrentengesetzes wurde die Berechnungsmethode in § 6 Abs. 6 Satz 2 SGB V modifiziert, nach der die Jahresarbeitsentgeltgrenze angepasst wird. Durch die Änderung der Begriffe „Bruttolohnsumme und Bruttolohnsumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer“ in „Bruttolöhne und Bruttolöhne je Arbeitnehmer“ soll laut Begründung (Drucksache Deutscher Bundestag 16/3007) erreicht werden, dass für die Anpassung die um die Wirkung der Zusatzjobs bereinigte Lohnentwicklung gemäß den volkswirtschaftlichen Gesamtberechnungen maßgebend ist.

Nach den vorgegebenen Rechengrößen beträgt die Bezugsgröße 2007 gemäß § 18 SGB IV in den alten Bundesländern 29.400 Euro jährlich beziehungsweise 2.450 Euro monatlich und in den neuen Bundesländern 25.200 Euro jährlich beziehungsweise 2.100 Euro monatlich. 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 bundeseinheitlich 350 (Vorjahr: 350) Euro monatlich 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 816,67 Euro (Vorjahr: 816,67) monatlich macht die dem Beitrag freiwilliger GKV-Mitglieder nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zugrunde zulegende Mindesteinnahme aus. Für hauptberuflich selbständig erwerbstätige freiwillige GKV-Mitglieder gelten nach § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V als beitragspflichtige Einnahmen auf den Monat umgerechnet mindestens drei Viertel der Bezugsgröße und damit 1.837,50 Euro.

Jahresarbeitsentgeltgrenze

Bezugsgröße

Familienversicherung in GKV und SPV

Mindestbeitrag freiwilliger GKV-Mitglieder

Beitragszuschuss für landwirtschaftliche Altenteiler

Schließlich ist die Bezugsgröße für den Zuschuss für befreite landwirtschaftliche Altenteiler zum Beitrag zur PKV gemäß §§ 4 Abs. 3, 59 Abs. 3 KVLG 1989 maßgebend, der ein Zweiundzwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße und damit 2007 112 Euro monatlich ausmacht. In den neuen Bundesländern hat dieser Beitragszuschuss keine Bedeutung.



Markt mit Cranachhaus

Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

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

Versicherungsfreie geringfügige Beschäftigung

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

Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz der GKV

Laut „Bekanntmachung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der GKV zum Stichtag 1. Januar 2006 und des für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten maßgebenden Beitragssatzes“ vom 22. März 2006 betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der GKV am 1. Januar 2006 im gesamten Bundesgebiet 13,3 Prozent. Der Unterschied zum Beitragssatz des Vorjahres von 14,2 Prozent erklärt sich dadurch, dass die Senkung aller allgemeinen Beitragssätze der Krankenkassen um 0,9 Prozent zum 1. Juli 2005 (vgl. Rechenschaftsbericht 2005, S. 104) berücksichtigt ist. Der Beitragssatz für krankenversicherungspflichtige Studenten beträgt für den Zeitraum vom Beginn des Wintersemesters 2006/2007 bis zum Beginn des Wintersemesters 2007/2008 9,3 Prozent im gesamten Bundesgebiet.

Rechengrößen für 2007 in Euro (bisherige Werte in Klammern)		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
Beitragsbemessungs- grenze Rentenversiche- rung	jährlich	63.000	(63.000)	54.600	(52.800)
	monatl.	5.250	(5.250)	4.550	(4.400)
Beitragsbemessungs- grenze Kranken-, Pflege- versicherung	jährlich	42.750	(42.750)	42.750	(42.750)
	monatl.	3.562,50	(3.562,50)	3.562,50	(3.562,50)
Jahresarbeitsentgelt- grenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	47.700	(47.250)	47.700	(47.250)
	monatl.	3.975	(3.937,50)	3.975	(3.937,50)
Jahresarbeitsentgelt- grenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	42.750	(42.750)	42.750	(42.750)
	monatl.	3.562,50	(3.562,50)	3.562,50	(3.562,50)
Bezugsgröße	jährlich	29.400	(29.400)	25.200	(24.780)
	monatl.	2.450	(2.450)	2.100	(2.065)
Geringfügigkeitsgrenze		400		400	
Einkommengrenze für Familierversicherung		350 (350)		350 (350)	
Durchschnittlicher Allgemeiner Beitragssatz der GKV		13,3 % (13,3 %)		13,3 % (13,3 %)	
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		236,91 (236,91)		236,91 (236,91)	
Höchstbeitrag PVN	einzel	60,56	(60,56)	60,56	(60,56)
	Ehegatten (150 %)	90,84	(90,84)	90,84	(90,84)
	Ehegatten (75 %)	45,42	(45,42)	45,42	(45,42)
Höchstbeitrag PVB	einzel	24,22	(24,22)	24,22	(24,22)
	Ehegatten (150 %)	36,34	(36,34)	36,34	(36,34)
	Ehegatten (75 %)	18,17	(18,17)	18,17	(18,17)
Zuschuss zur PPV		30,28 (30,28)		30,28 (30,28) Sachsen 12,47 (12,47)	

R06/4101

Gesundheitsreform 2007

Bundestag und Bundesrat haben im Februar 2007 dem Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) in der Fassung der Bundesrats-Drucksache 75/07 zugestimmt. Das Gesetz wurde im Bundesgesetzblatt I, Seite 378 verkündet. Es enthält folgende Regelungen, die die PKV unmittelbar betreffen:

Versicherungsfreiheit für Angestellte

Der Zugang zur PKV wird für Arbeiter und Angestellte erheblich erschwert. Nach der Neuregelung des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V muss ihr Gehalt in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des 3. Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird, wenn im darauf folgenden Kalenderjahr das Jahresarbeitsentgelt voraussichtlich auch die Versicherungspflichtgrenze übersteigt (§ 6 Abs. 4 SGB V).

SGB V

Im Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – sind die Bestimmungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst. Das SGB V ist gleichzeitig für viele Regelungen zur PKV relevant. Es bestimmt beispielsweise den Personenkreis, der sich in der PKV versichern kann. Das SGB V trat am 1. Januar 1989 in Kraft und löste damit die Reichsversicherungsordnung ab, die die entsprechenden Regelungen bis dahin enthielt. Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 1. April 2007 wurden auch zahlreiche Bestimmungen des SGB V geändert. Von den Änderungen sind auch die meisten Regelungen zur PKV betroffen.

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze wird überschritten, wenn das tatsächlich im Kalenderjahr erzielte regelmäßige Arbeitsentgelt über der Grenze liegt. Für Zeiten, in denen bei fortbestehendem Beschäftigungsverhältnis kein Arbeitsentgelt erzielt worden ist, insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung sowie bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, ist ein regelmäßiges Arbeitsentgelt in der Höhe anzusetzen, in der es ohne die Unterbrechung erzielt worden wäre. Für Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit, für Zeiten, in denen als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst nach dem Entwicklungshelfergesetz geleistet worden ist sowie im Falle des Wehr- oder Zivildienstes, ist ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze anzunehmen, wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach diesen Zeiträumen eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird. Das Gleiche gilt auch für Zeiten einer Befreiung von der Versicherungspflicht durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 8 Abs. 1 Nr. 1a

SGB V), durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes während der Elternzeit (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) oder wegen Herabsetzung der Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes (§ 8 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).

Nach dem neuen § 6 Abs. 9 SGB V bleiben Arbeiter und Angestellte unter bestimmten Bedingungen versicherungsfrei. Betroffen sind Arbeiter und Angestellte, die nicht die Voraussetzungen nach Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfüllen, und die am 2. Februar 2007 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren oder die vor diesem Tag die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse gekündigt hatten, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln. Auch dürfen sie keinen anderen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen.

Dies gilt auch für Arbeiter und Angestellte, die am 2. Februar 2007 nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2 oder 3 SGB V von der Versicherungspflicht befreit waren. Arbeiter und Angestellte, die freiwillig Mitglied in der GKV sind und am 3. Februar 2007 noch nicht drei Jahre mit ihrem Gehalt über der Versicherungspflichtgrenze liegen, galten bis zum 31. März 2007 weiter als freiwillige Mitglieder.

Für Seeleute, die mit ihrem Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen, gilt dieselbe Regelung wie für Angestellte. Die Ausnahme, dass sie auch

bei einem Gehalt, das drei Jahre über der Versicherungspflichtgrenze liegt, in die Seekrankenkasse müssen, wird zum 1. Januar 2009 aufgehoben (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Eine solche Ausnahme gab es auch gemäß § 6 Abs. 5 SGB V für Bergleute, die bereits zum 1. April 2007 gestrichen wurde.

Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen („Hartz IV-Empfänger“) und vor diesem Leistungsbezug in der PKV versichert waren oder die nicht versichert sind und der PKV zuzuordnen sind, werden nicht versicherungspflichtig (§ 5 Abs. 5a SGB V). Dies gilt jedoch nicht für Arbeitslosengeld II-Bezieher, die am 31. Dezember 2008 wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig waren für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit (Inkrafttreten: 1 Januar 2009). Begründet wird diese Neuregelung damit, dass sich dieser Personenkreis mit Leistungen, die denen des SGB V entsprechen, im Basistarif versichern kann. Die Vorschrift diene der besseren Lastenverteilung zwischen GKV und PKV.

Versicherungspflicht für
Arbeitslosengeld II-Bezieher

Zuschüsse zum PKV-Beitrag

Die Regelungen über Zuschüsse zum PKV-Beitrag wurden an die Vorschriften über die Einführung eines Gesundheitsfonds angeglichen. Es gibt ab dem 1. Januar 2009 nur noch einen allgemeinen Beitragssatz, der von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates für den Anfang eines Jahres festgelegt wird (§ 241 SGB V). Darüber hinaus gibt es einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag, der 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nicht übersteigen darf (§ 242 SGB V). Abweichend davon erhebt die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Einnahmen des Mitglieds, wenn der monatliche Zuschuss 8 Euro nicht übersteigt. Bei versicherungspflichtigen Beschäftigten trägt der Arbeitnehmer von dem um 9 Prozent verminderten allgemeinen Beitragssatz die Hälfte (§ 249 SGB V). Für Arbeitslosengeld II-Empfänger gilt der ermäßigte Beitragssatz (§ 246 SGB V). Die Zuschüsse zur PKV richten sich – wie nach geltender Rechtslage – nach den Beitragsanteilen, die bei Versicherungspflicht in der GKV zu zahlen wären:

- Arbeitgeberzuschuss zur PKV für Beschäftigte (§ 257 Abs. 2 SGB V): Hälfte des Betrags, der sich bei Anwendung des um 0,9 Prozent verminderten allgemeinen Beitragssatzes und der beitragspflichtigen Einnahmen ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat.
- Übernahme von Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht wegen Bezugs von Arbeitslosengeld durch die Bundesagentur für Arbeit (§ 207a SGB III): Für die Feststellung, in welcher Höhe die Bundesagentur die Beiträge des Arbeitslosen bei Versicherungspflicht in der GKV zu tragen hätte, ist der allgemeine Beitragssatz der GKV maßgeblich.
- Zuschuss zur Krankenversicherung durch den Rentenversicherungsträger (§ 106 Abs. 2 SGB VI): Der Zuschuss errechnet sich aus der Hälfte des Betrags, der sich aus der Anwendung des um 0,9 Prozent verminderten allgemeinen Beitragssatzes der GKV ergibt. Der Zuschuss wird auf die Hälfte des tatsächlichen Betrags begrenzt.
- Zuschuss der Künstlersozialkasse zur PKV (§ 10 Abs. 2 Künstlersozialversicherungsgesetz): Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrags, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht unter Zugrundelegung des um 0,9 Prozent verminderten allgemeinen Beitragssatzes der GKV zahlt.

Pflicht zur Versicherung

Ab dem 1. Januar 2009 ist jede Person mit Wohnsitz in Deutschland nach § 178a Abs. 5 VVG verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich und die von ihr gesetzlich vertretenen Personen eine Krankheitskostenvollversicherung abzuschließen. Diese Pflicht besteht nicht für Personen, die

- in der GKV versichert oder versicherungspflichtig sind oder
- Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben *im Umfang der jeweiligen Berechtigung*
- Anspruch auf Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
- Empfänger von Sozialhilfeleistungen sind für die Dauer des Leistungsbezugs, wenn dieser vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Der Pflicht zur Versicherung wird genügt, wenn die Krankheitskostenvollversicherung eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Leistungen umfasst und der Selbstbehalt (absolut und prozentual) kalenderjährlich 5.000 Euro pro versicherte Person nicht übersteigt. Für Beihilfeberechtigte reduziert sich der maximale Selbstbehalt entsprechend dem prozentualen Anteil des Versicherungsschutzes.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen zur Pflicht zur Versicherung (Bestandsschutz), § 178a Abs. 5 VVG.



Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlags verlangen,

wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

Ist der Versicherungsnehmer mit zwei Monatsprämien für eine der Pflicht zur Versicherung genügenden Versicherung im Zahlungsrückstand, muss der Versicherer ihn mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als eine Monatsprämie, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang der Mitteilung über das Ruhen der Leistung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII vorliegt. Während der Ruhenszeit muss der Versicherer Aufwendungen für akute Erkrankungen und Schmerzzustände sowie für Schwangerschaft und Mutterschaft erstatten. Für jeden angefangenen Monat des Rückstandes kann der Versicherer Säumniszuschläge in Höhe von 1 Prozent des Beitragsrückstandes verlangen. Sind die geschuldeten Beträge nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens gezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif fortgesetzt, § 178a Abs. 8 Satz 9 WG.

Eine Versicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, kann vom Versicherungsnehmer nur gekündigt werden, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist (§ 178h Abs. 6 WG).

Der Versicherer darf nach § 178i Abs. 1 WG eine Versicherung, die eine Pflicht zur Versicherung erfüllt, nicht kündigen. Darüber hinaus ist wie bisher die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den GKV- und SPV-Schutz ersetzen kann.

Der PKV-Verband hält diese Unterscheidung allerdings für gegenstandslos, da alle vor dem 1. April 2007 abgeschlossenen substitutiven Krankenversicherungen der Pflicht zur Versicherung genügen (§ 178a Abs. 5 letzter Satz WG).

Die Kündigung ist wie bisher ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

Übergangslösung für Nichtversicherte

In § 315 SGB V ist die „vorübergehende“ Möglichkeit zur Versicherung im Standardtarif (vom 1. Juli 2007 bis 31. Dezember 2008) geregelt.

Bis zum 31. Dezember 2008 können Personen Versicherungsschutz im Standardtarif (bei jedem Unternehmen) verlangen, die weder:

- in der GKV versichert noch versicherungspflichtig sind
- über eine private Krankheitskostenvollversicherung verfügen

Nichtzahlung der Beiträge
(§ 178a Abs. 8 WG)

Kündigungsmöglichkeiten
(§§ 178h, 178i WG)

Personenkreis (§ 315 Abs. 1
SGB V)

- einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben
- einen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, noch
- Sozialhilfe beziehen (ein Monat Leistungsunterbrechung gilt als Sozialhilfebezug)

Das Unternehmen darf einen entsprechenden Antrag nicht ablehnen.

Abweichend von diesem Personenkreis können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die nicht über eine ergänzende Versicherung verfügen oder in der GKV freiwillig versichert sind, die Versicherung im beihilfekonformen Standardtarif verlangen.

Risikozuschläge dürfen nicht erhoben werden. Der Beitrag im Standardtarif darf 100 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV nicht überschreiten; die Ehegattenbegrenzung gilt aber nicht. Der durchschnittliche Höchstbeitrag im Standardtarif errechnet sich aus dem vom BMG herausgegebenen durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen des Vorjahres zuzüglich 0,9 Prozent und der Beitragsbemessungsgrenze. Der bestehende Standardtarif wird modifiziert, indem das Gesetz Vergütungshöhen festlegt und den Beteiligten (PKV-Verband, Beihilfe, KBV) die Möglichkeit einräumt, Abweichungen zu vereinbaren (identische Regelung zum Basistarif, s. unten). Nach § 75 Abs. 3a SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die kassenärztlichen Bundesvereinigungen die ärztliche Versorgung der in dem brancheneinheitlichen Standardtarif Versicherten mit den in diesem Tarif versicherten ärztlichen Leistungen zur Verfügung zu stellen.

Wenn durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, gelten die Sätze 4 bis 6 des § 12 Abs. 1c VAG in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung entsprechend (§ 315 Abs. 2 Satz 2 SGB V, s. S. 106). Eine Risikoprüfung ist zulässig, soweit sie für den Poolausgleich oder spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Für den finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs sind die Höchstbeitragsgrenzen sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen (§ 315 Abs. 3 SGB V). Die Versicherungsverträge der „Nichtversicherten im Standardtarif“ werden zum 1. Januar 2009 auf den Basistarif umgestellt. Eine Wahlmöglichkeit wie Bestandsversicherte haben sie nicht (§ 315 Abs. 4 SGB V).

Basistarif

Der Basistarif muss sowohl als 100-Prozent-Absicherung als auch beihilfekonform angeboten werden. Zudem muss er Varianten für Jugendliche vorsehen, bei denen bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet werden (§ 12 Abs. 1a VAG). Der Antrag muss schon angenommen werden, wenn die Kündigung beim anderen Versicherer nach § 178h Abs. 1 S. 1 VVG erst zum Ende des Versicherungsjahres wirksam ist (§ 12 Abs. 1b Satz 3 VAG). Eine Aufnahmepflicht besteht nur dann nicht, wenn der Antragssteller schon einmal bei dem Versicherungsunternehmen versichert war und das Unternehmen den Vertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder der Versicherer wegen vorsätzlicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Versicherungsvertrag zurückgetreten ist (§ 12 Abs. 1b Satz 4 VAG).

In den Basistarif **müssen** nach § 12 Abs. 1b Satz 1 VAG aufgenommen werden:

- Alle freiwillig in der GKV Versicherten
 - innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs
 - innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im SGB V vorgesehenen Wechselmöglichkeit als freiwilliges Mitglied
- Alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die weder in der GKV versicherungspflichtig sind, noch Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben, noch Empfänger von Sozialleistungen sind, noch eine Krankheitskostenvollversicherung bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Krankenversicherungsunternehmen haben
- Alle Personen mit Beihilfeanspruch, wenn sie einen (die Beihilfe ergänzenden) Versicherungsschutz benötigen, der die Pflicht zur Versicherung erfüllt
- Alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nach dem 31. Dezember 2008 eine private Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen haben.

Personenkreis (§ 12 Abs. 1b Satz 1 VAG)



Alle Personen, die vor dem 1. Januar 2009 eine private Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen haben, müssen in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Unternehmens bis zum 30. Juni 2009 (unter Mitgabe der Alterungsrückstellungen gem. § 178f Abs. 1 VVG) aufgenommen werden. Nach dem 30. Juni 2009 können Bestandsversicherte nur noch unter bestimmten Voraussetzungen in den Basistarif des eigenen Unternehmens wechseln (vgl. § 178f Absatz 1 Nr. 1b).

Der Basistarif enthält Vertragsleistungen, die in Art, Umfang und Höhe mit den Pflichtleistungen nach dem 3. Kapitel des SGB V jeweils vergleichbar sind (§ 12 Abs. 1a VAG). Der genauere Inhalt der Leistungen wird nicht geregelt. Der PKV-Verband wird vom Gesetzgeber mit der Aufgabe beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Abs. 1a VAG festzulegen. Die Fachaufsicht übt das Bundesministerium für Finanzen aus.

Leistungen (§ 12 Abs. 1a VAG)

Den Versicherten stehen Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zur Verfügung. Die Selbstbehaltstufen können von den Versicherten mit einer Frist von drei Monaten zum Ende der Mindestbindungsfrist von drei Jahren geändert werden. Die Selbstbehaltstufen sind in den beihilfekonformen Tarifen entsprechend

den versicherten Prozentsätzen festzusetzen (§ 12 Abs. 1a VAG). Der Basistarif muss aber auch ohne Selbstbehalt angeboten werden (§ 12 Abs. 1a, 1c VAG).

Der Abschluss von Zusatzversicherungen neben dem Basistarif ist zulässig (§ 12 Abs. 1a letzter Satz VAG). Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Höchstbeitrags angewiesen ist (§ 178a Abs. 9 VVG). Bei einer Beitragskappung auf den Höchstbeitrag der GKV sind also Zusatzversicherungen erlaubt. Für den Basistarif findet § 178e VVG keine Anwendung (§ 178e Abs. 2 VVG). Im Basistarif haften Versicherungsnehmer und Versicherer gegenüber den Leistungserbringern gesamtschuldnerisch; der Leistungserbringer kann seinen Anspruch auf Leistungen direkt gegenüber dem Versicherer geltend machen, soweit der Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist (§ 178b Abs. 1a VVG).

§ 75 Abs. 3a bis c SGB V regelt die Höhe der Vergütung im Basistarif, die Möglichkeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine abweichende Vergütung zu vereinbaren und die Einrichtung einer Schiedsstelle, falls bei solchen Vereinbarungen keine Einigung zustande kommt. Die Vorschrift gilt bereits ab 1. Juli 2007 für den Standardtarif (s. S. 101f.):

- Sofern nichts Abweichendes vereinbart wird, sind die Leistungen des Basistarifs (und des Standardtarifs) sowie belegärztliche Leistungen nach § 121 SGB V wie folgt zu vergüten:
 - Gebühren für Abschnitt M und Nr. 437 GOÄ bis zum 1,16fachen Satz der GOÄ (0,01 über Schwellenwert)
 - Gebühren für Abschnitte A, E, O bis zum 1,38fachen Satz der GOÄ (Schwellenwert: 1,8) und
 - für die übrigen ärztlichen Leistungen den 1,8fachen Satz (Schwellenwert: 2,3)
 - Für Leistungen nach der GOZ den 2,0fachen Satz (Schwellenwert: 2,3)
 - Leistungen nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus), § 116b SGB V (ambulante Behandlung im Krankenhaus), § 117 SGB V (Hochschulambulanzen), § 118 SGB V (psychiatrische Institutsambulanzen) und § 119 SGB V (Sozialpädiatrische Zentren) werden nach den oben genannten Gebührensätzen vergütet, wenn diese im Basistarif (bzw. im Standardtarif) erbracht werden.
- Die Vergütung der Leistungen des Basistarifs und des Standardtarifs kann (nach oben oder nach unten) in Verträgen zwischen dem PKV-Verband einheitlich mit Wirkung für dessen Mitgliedsunternehmen und im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern mit den KVs oder den KBVs oder den Leistungserbringern für Leistungen nach §§ 115b, 116b, 117, 118, 119 SGB V ganz oder teilweise abweichend von den oben genannten Vorgaben geregelt werden.
- Wenn keine Einigung über eine abweichende Vergütungsregelung zustande kommt, kann die Partei, die die Abweichung verlangt, eine Schiedsstelle anrufen. Für die Leistungsbereiche nach §§ 115b, 116b, 117, 118, 119 SGB V gibt es keine Schiedsstelle.
 - Die Schiedsstelle muss innerhalb von drei Monaten entscheiden und den Vertragsinhalt festsetzen.
 - Der Vertragsinhalt soll den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der im Standardtarif und Basistarif Versicherten entsprechen, Ver-

gütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigen und die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien angemessen berücksichtigen.

- Wenn keine Einigung erzielt wird, gilt der alte Vertrag bis zur Entscheidung der Schiedsstelle weiter.
- Die Schiedsstelle wird von den KBVs mit dem PKV-Verband gebildet. Sie besteht aus Vertretern der KBV oder der KZBV einerseits und Vertretern des PKV-Verbandes und Vertretern der Beihilfeträger andererseits in gleicher Zahl, einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sowie je einem Vertreter des Bundesministeriums für Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter soll Einigkeit erzielt werden. Wenn die Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende und je zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter enthalten muss. Kommt es nicht zu einer Einigung über die Besetzungen aus der gemeinsam erstellten Liste, entscheidet das Los. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr.
- Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.
- Für die Vergütungsvereinbarungen mit den Kassenärzten (§ 75 Abs. 3a SGB V) wird der PKV-Verband beliehen. Das Bundesministerium für Finanzen hat die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle. Es kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln.



Der Beitrag im Basistarif bemisst sich nach einer verbandseinheitlichen Nettoprämie. Er darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen. Für

Personen mit Anspruch auf Beihilfe reduziert sich der Höchstbeitrag entsprechend dem Beihilfebemessungssatz (§ 12 Abs. 1c VAG). Der durchschnittliche Höchstbeitrag errechnet sich aus dem für alle Krankenkassen vorgegebenen allgemeinen Beitragssatz (§ 241 SGB V gem. Artikel 2 Nr. 29a GKV-WSG) des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze. Im Januar 2009 wird davon abweichend der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 zugrunde gelegt. Im allgemeinen Beitragssatz ist der bis zum 31. Dezember 2008 separat zu entrichtende Zusatzbeitrag von 0,9 Prozent enthalten. Die Aufteilung der Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist in § 249 Abs. 1 SGB V (Artikel 2 Nr. 29c GKV-WSG) geregelt, wonach der Arbeitgeber die Hälfte des um 0,9 Prozent verminderten allgemeinen Beitragssatzes trägt.

Der Höchstbeitrag wird zum Stichtag 1. Juli jedes Jahres auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse des Vorjahres der GKV um den Prozentsatz angepasst, um den die Einnahmen des Gesundheitsfonds von einer vollständigen Deckung der Ausgaben des Vorjahres abweichen. Nach der Begründung wird hierdurch gewährleistet, dass auch bei einem ansteigenden Finanzierungsanteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen über Zusatzbeiträge zukünftige Kostenanstiege des Gesundheitswesens zu einer entsprechenden Anpassung des Höchstbeitrags im Basistarif führen.

Wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht, reduziert sich der zu zahlende Betrag auf die Hälfte. Entsteht dann immer noch nur durch die Zahlung des reduzierten Beitrags Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der zuständige Träger (Bundesagentur für Arbeit oder Sozialhilfe) im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Wenn Hilfebedürftigkeit besteht - unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags - gilt § 12 Abs. 1c Satz 4 VAG entsprechend; der Versicherte erhält einen Zuschuss vom zuständigen Träger, der maximal so viel beträgt, wie für einen Bezieher von ALG II in der GKV gezahlt wird¹. Die Hilfebedürftigkeit wird nicht durch die PKV geprüft, sondern auf Antrag durch die zuständigen Behörden, die darüber eine Bescheinigung ausstellen (§ 12 Abs. 1c VAG).

Im Basistarif werden keine Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart (§ 178g Abs. 1 VVG). Wartezeiten können vereinbart werden, wobei auch die zurückgelegte Zeit in einer privaten Krankheitskostenversicherung auf die Wartezeiten angerechnet wird (§ 178c VVG). Eine Risikoprüfung ist zur Durchführung des Risikoausgleichs und für den Fall eines Wechsels vom Basistarif in Normaltarife (§§ 178f Abs. 1, 178g Abs. 1 Satz 2 VVG) zulässig.

Nach § 12g VAG findet ein Risikoausgleich für einen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen aufgrund von Vorerkrankungen und der Beitragskappung statt. Die Ausgestaltung des Risikoausgleichs wird zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) und dem PKV-Verband vereinbart.

- Nach § 8 Abs. 1 Nr. 6 KalV muss bei allen substitutiven Krankenversicherungen ein Zuschlag zur Umlage, die aufgrund der Beitragskappung im Basistarif notwendig wird, einberechnet werden.
- Nach § 10 Abs. 1a KalV wird der Teil der Prämie, der zur Finanzierung des Übertragungswertes (Portabilität) notwendig ist, bei allen Krankenvollversicherungen einheitlich kalkuliert.

¹ Ca. 112 Euro, mit PPV-Zuschuss ca. 125 Euro.

Nur durch die Versicherten im Basistarif wird der Zuschlag zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen finanziert (§ 8 Abs. 1 Nr. 7 KalV).

Wechselrecht

Innerhalb **desselben** Versicherungsunternehmens gibt es gemäß § 178f Abs. 1 Nr. 1 WG:

- das bisherige Wechselrecht in **unternehmensindividuelle Tarife** mit Anrechnung der Alterungsrückstellungen; sofern der Versicherungsschutz eine Mehrleistung enthält, können für diesen Teil Risikozuschläge und eine Wartezeit verlangt werden, die durch einen Leistungsausschluss durch den Versicherungsnehmer abgewendet werden können. Bei Wechsel vom Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen.
- ein Wechselrecht in den Basistarif, wenn
 - die Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde (Neugeschäft)
 - der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder vor dem 55. Lebensjahr die Voraussetzungen für eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem SGB II oder SGB XII ist
 - die bestehende Krankheitskostenvollversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde (Bestand).



Cranachhaus

Die Alterungsrückstellung aus dem Normaltarif wird bei einem Wechsel in den Basistarif innerhalb desselben Unternehmens nach § 178f Abs. 1 Nr. 1 4. Teilsatz VG voll angerechnet.

In ein **anderes** Versicherungsunternehmen kann nach § 178f Abs. 1 Nr. 2 VG unter Mitgabe der Alterungsrückstellung gewechselt werden, wenn ein Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, der die GKV-Leistungen ganz oder teilweise ersetzen

Wechsel innerhalb eines Unternehmens (§ 178f Abs. 1 Nr. 1 VG)

Wechsel in ein anderes Unternehmen (§ 178f Abs. 1 Nr. 2 VG)

kann. Der bestehende **Versicherungsvertrag** muss **nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen** worden sein.

Für Versicherte, deren **Verträge vor dem 1. Januar 2009** abgeschlossen wurden, gibt es die Möglichkeit, unter Mitgabe von Alterungsrückstellungen in den **Basistarif eines anderen Unternehmens** zu wechseln, wenn die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgt. Der Gesetzgeber hat erkannt, dass die Kündigung im laufenden Jahr ausgesprochen werden kann, aufgrund der Kündigungsfrist von drei Monaten zum Jahresende 2009 beziehungsweise zum Ende des Versicherungsjahres der Wechsel selbst aber erst später vollzogen werden kann.

Für neue Verträge (ab 1. Januar 2009) muss ein Übertragungswert kalkuliert werden (§ 12 KalV). Die kalkulierte Alterungsrückstellung, deren Leistungen dem Basistarif entspricht, wird an den neuen Versicherer übertragen (s. auch § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG). Der Übertragungswert berechnet sich als Summe aus der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a VAG entstanden ist und der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, höchstens jedoch der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (§ 13a Abs. 1 KalV). Der Versicherungsnehmer kann auf das Recht zur Portabilität nicht verzichten (§ 178f Abs. 1 letzter Satz VVG).

Bei Wechsel vom Normaltarif eines Unternehmens in den Basistarif eines anderen Unternehmens kann der Versicherte bei seinem bisherigen Versicherer einen Zusatztarif verlangen, in dem die Alterungsrückstellung, die über das Basistarif-niveau hinausgeht, angerechnet wird (§ 178f Abs. 1 Satz 2 VVG).

§ 314 SGB V enthält eine Bestandsschutzregelung für die Personen, die bis zum 31. Dezember 2008 über den bisherigen Weg (§ 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a, 2b, 2c SGB V) im Standardtarif versichert sind.

- Die Bestandsversicherten können auf Antrag ihre Verträge auf den Basistarif umstellen.
- Damit die Beitragsbegrenzungen für Versicherte im Standardtarif auch weiter bestehen bleiben, muss der Poolausgleich weiter bestehen bleiben, für den weiterhin die Regelungen des § 257 Abs. 2b SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung wirksam sind.

Inkrafttreten (Art. 46)

- Die Versicherungsmöglichkeit im Standardtarif für Nichtversicherte (Art. 1 Nr. 213 und Art. 1 Nr. 48) tritt zum 1. Juli 2007 in Kraft.
- Die PKV-Regelungen zum Basistarif und zum Wechselrecht treten zum 1. Januar 2009 in Kraft.

Sonstige Neuregelungen

Nach § 178f Abs. 3 VVG erhalten Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht auf Abschluss einer **Anwartschaftsversicherung**, nach der Begründung zur Fortführung des Versicherungsverhältnisses unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung. Die Anwartschaftsversicherung kann auch rückwirkend (§ 2 Abs. 1 VVG) abgeschlossen werden, so dass nicht mehr PKV-Versicherte über eine

Anwartschaftsversicherung ihr ursprüngliches Eintrittsalter retten können. Das Recht auf Abschluss einer Anwartschaftsversicherung ist nicht an bestimmte Voraussetzungen geknüpft.

Von folgenden Regelungen ist die PKV mittelbar betroffen:

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V werden die nicht versicherten Personen, die der GKV zuzuordnen sind, versicherungspflichtig. Dies sind:

- nicht versicherte Personen, die zuletzt in der GKV versichert waren oder
- nicht versicherte Personen, die bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren und weder hauptberuflich selbständig (§ 5 Abs. 5 SGB V) noch versicherungsfreie Arbeitnehmer (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) noch Beamte (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) noch andere in § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannte Personengruppen sind.

Wenn die nicht versicherten Personen im Ausland waren und zu diesen Personengruppen bei einer Tätigkeit im Inland gehört hätten, sind sie auch nicht der GKV zuzuordnen.



Eine Person kann nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, § 6 Abs. 3a SGB V auch versicherungspflichtig werden, wenn sie 55 Jahre und älter ist. Die Beitragsbemessung dieses Personenkreises erfolgt gemäß § 227, 240 SGB V wie bei freiwilligen Mitgliedern, wobei auch dort – aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds – nicht mehr die Krankenkassen in ihrer Satzung, sondern der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einheitlich ab 1. Januar 2009 die Beitragsbemessung regeln wird.

Erhalten diese Personen Arbeitsentgelt, trägt der Arbeitgeber die Hälfte des Beitrags des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Prozent verminderten allgemeinen Beitragssatz (§ 249 SGB V). Diejenigen, die nicht über Arbeitsentgelt verfügen, tragen ihre Beiträge allein (§ 250 Abs. 3 SGB V). Für diejenigen, die nach § 19 SGB XII leistungsberechtigt für Sozialhilfe sind, wird der Beitrag nach § 32 SGB XII von den Sozialhilfeträgern übernommen. Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenen Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz (§ 249a SGB V).

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Personen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Personen, die am Tag des Inkrafttretens des Gesetzes (1. April 2007) keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, sind ab dem 1. April 2007 in die Versicherungspflicht einbezogen. Wenn der Versicherte die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft schuldlos verspätet anzeigt, wird – je nach Satzung der Krankenkasse – der nachzuzahlende Betrag ermäßigt, gestundet oder nicht erhoben (§ 186 SGB V). Die Mitgliedschaft endet grundsätzlich mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird (§ 190 Abs. 13 SGB V).

Nach § 174 Abs. 4 SGB V werden die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Personen Mitglied bei der Krankenkasse, bei der sie zuvor versichert waren. Ansonsten haben sie die nach § 173 SGB V übliche Krankenkassenwahl. Die Regelung in § 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V, nach der einem freiwilligen Mitglied der GKV wegen Beitragsverzugs die Mitgliedschaft gekündigt werden kann, wird gestrichen. Die Zahlung der Beiträge durch die freiwillig Versicherten soll durch andere – nicht näher genannte – Vorschriften (z. B. Vollstreckung) erreicht werden.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird entsprechend auf die Krankenversicherung der Landwirte übertragen (§ 2 Abs. 1 KVLG 1989).



Nichtversicherte Ausländer
(§ 5 Abs. 11 SGB V)

Ausländer, die nicht Angehörige eines EU- oder EWR-Staates oder Staatsangehörige der Schweiz sind, unterliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 12 SGB V, wenn sie

- eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis nach dem Ausländergesetz von mindestens zwölf Monaten besitzen und
- keine Verpflichtung zur Versicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 Aufenthaltsgesetz besteht.

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis (§ 186 SGB V). EU-/EWR-Ausländer und Schweizer sind nicht versicherungspflichtig, wenn die Voraussetzungen für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Gesetzes über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern (nicht-erwerbstätige Freizügigenberechtigte) ist. Bei Asylbewerbern mit Aufenthaltserlaubnis liegt eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz dem Grunde nach besteht. Sie sind daher nicht versicherungspflichtig. Im Bereich der Krankenversicherung der Landwirte gibt es eine entsprechende Regelung.

In § 53 SGB V wird das mögliche Tarifangebot der GKV erweitert:

- Selbstbehalttarife können nicht nur für freiwillig versicherte Mitglieder, sondern auch für Pflichtmitglieder angeboten werden und nicht nur bei Wahl der Kostenerstattung, sondern auch im Sachleistungsbereich (Abs. 1).
- Nach wie vor ist die Variante der Beitragsrückerstattung möglich, die jetzt durch Prämienzahlung ersetzt wurde. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel des Jahresbeitrags nicht überschreiten (Abs. 2).
- Die Krankenkasse hat für spezielle Versorgungsformen (z. B. Modellvorhaben, hausarztzentrierte Versorgung) spezielle Tarife anzubieten, zum Beispiel mit Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen (Abs. 3).
- Im Bereich der Kostenerstattung können Wahltarife angeboten werden, bei denen die Kostenerstattung variabel ist. Es können laut Begründung auch Tarife angeboten werden, die den 2,3-fachen Satz der GOÄ/GOZ erstatten, wobei für die Mehrkosten eine entsprechend kalkulierte Prämie verlangt werden könne (Abs. 4).
- Für Selbständige können Wahltarife angeboten werden. Bisher konnten sie bei vielen Krankenkassen einen ermäßigten Beitragssatz bekommen, wenn sie keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Da es zukünftig nur noch einen Beitragssatz gibt, können die Wahltarife das Krankengeld für Selbständige absichern (Abs. 6).
- Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten von Arzneimitteln der besonderen Therapieeinrichtungen regeln, die, weil sie nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel sind, von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen (Abs. 5).
- Für bestimmte Personengruppen kann es Prämienrückzahlungen geben, zum Beispiel für die Personen, die Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V gewählt haben (Abs. 7). Nach geltendem Recht gibt es für sie die Möglichkeit der Beitragsermäßigung.

Für die Wahltarife gilt grundsätzlich eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft erst nach dieser Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Höhe der Prämienzahlung ist begrenzt (Abs. 8). Wahltarife dürfen nicht durch Versicherte in „normalen“ Tarifen quersubventioniert werden. Auch im Bereich der Krankenversicherung der Landwirte können Wahltarife angeboten werden. Durch die pauschale Einschränkung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 SGB V aufgrund der Mindestbindungsfrist von drei Jahren kann auch das Kündigungsrecht eines freiwillig Versicherten betroffen sein, der zur PKV wechseln will.

Kündigung der freiwilligen GKV-Mitgliedschaft

§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V verlangt zukünftig, dass auch bei einer Kündigung für einen Wechsel in die PKV die Kündigung nur wirksam wird, wenn das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

Angebot der Anwartschaftsversicherung durch die GKV

Nach § 240 Abs. 4a SGB V wird die Möglichkeit der Anwartschaftsversicherung auf andere Berufsgruppen als nur freiwillig Versicherte ausgedehnt (Studenten, die ins Ausland gehen, Zivildienstleistende). Die Beitragsbemessungsgrundlage beträgt 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße.

Schnittstellen GKV zu Pflegeleistungen bei bestimmten Versorgungsformen

Für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V) vereinbaren die Krankenkassen Empfehlungen mit den Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen und anderen Institutionen über

- die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung
- Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (§ 132d SGB V).

Krankenkassen erhalten die Möglichkeit mit Pflegeeinrichtungen oder Pflegekassen Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen; beide Träger haben jeweils ihre Leistungen zu finanzieren. Zum Zweck der integrierten Versorgung dürfen die Pflegekassen innerhalb bestimmter Grenzen vom geltenden Vertrags- und Vergütungsrecht der sozialen Pflegeversicherung (SPV) abweichen. Mehraufwendungen, die bei den Pflegeeinrichtungen durch die integrierte Versorgung entstehen, sind über leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegesätzen in der stationären Versorgung (§ 85 SGB XI) beziehungsweise zu den Vergütungen in der ambulanten Pflege (§ 89 SGB XI) gesondert zu vereinbaren und gesondert auszuweisen (§§ 140b SGB V, 92b SGB XI).

Spezielle Leistungen wie die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), die Palliativversorgung (§ 37b SGB V), Rehabilitationsleistungen (§ 40 a SGB V) sollen auch Versicherten zugute kommen, die in Pflegeeinrichtungen leben.

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Nach § 221 SGB V leistet der Bund zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2007 und 2008 jeweils 2,5 Mrd. Euro an die Krankenkassen über das Bundesversicherungsamt. Die Leistungen des Bundes erhöhen sich in den Folgejahren um jährlich 1,5 Mrd. Euro bis zu einer jährlichen Gesamtsumme von 14 Mrd. Euro. Ab dem Jahr 2009 erfolgt die Zahlung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds (§ 271 Abs. 1 Nr. 5 SGB V).

Leistungseinschränkungen in der GKV

Der Ausschluss von Beteiligungen an Leistungen für Folgen von Schönheitsoperationen wie Piercing, Tätowierungen etc. wird in § 52 Abs. 2 SGB V geregelt.

Wahlrechte – Krankenkassenfusionen – Insolvenz von Krankenkassen

Nach § 173 Abs. 2 Nr. 4a SGB V sollen auch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft – Bahn – See ab 1. Januar 2009 auch die See-Krankenkasse – geöffnet werden.

Nach § 171a SGB V sind kassenartenübergreifende Fusionen von Krankenkassen möglich. Bei einer Fusion von einer nicht geöffneten BKK oder IKK mit einer geöffneten Krankenkasse, ist die fusionierte BKK oder IKK grundsätzlich wählbar, als wenn sie vorher geöffnet gewesen wäre (§ 173 Abs. 7 SGB V).

§ 171b SGB V enthält die Einführungsregelung zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen.

Durch die Änderung des § 291 a SGB V wird sichergestellt, dass auch für die PKV die entsprechenden Vorschriften für die elektronische Gesundheitskarte gelten:

- Nach § 291 Abs. 2a Satz 2 SGB V kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von privaten Zusatzversicherungen erfassen.
- § 291a Abs. 1a SGB V regelt den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte durch die PKV und gibt vor allem Ermächtigungen im datenschutzrechtlichen Bereich. Der PKV wird ermöglicht, den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer zu nutzen.
- Nach § 291a Abs. 7 SGB V zahlt der Spitzenverband Bund zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik den Krankenkassen ab 1. Juli 2008 an die Gesellschaft für Telematik jährlich einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro pro Mitglied der GKV, ab 1. Januar 2009 einen Betrag von 1 Euro. In § 291b Abs. 3 S. 2 SGB V wird auch auf diese Finanzierungsregelung hingewiesen.

Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitssuchende

Das Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitssuchende dient der Optimierung des „Hartz IV“-Prozesses. Es wurde im Bundesgesetzblatt vom 25. Juli 2006 auf Seite 1706 verkündet.



Die PKV ist betroffen durch eine Änderung in der Vorschrift des § 26 SGB II (hier: Artikel 1 Nr. 24), der den Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen regelt. Nach § 26 Abs. 2 SGB II erhalten diejenigen Arbeitslosengeld II-Empfänger einen Zuschuss zu ihren Beiträgen zur PKV und PPV, die sich nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Versicherungspflicht haben befreien lassen.

In einem neuen Absatz 3 des § 26 SGB II wird geregelt, dass die Bundesagentur für Arbeit auf Antrag im erforderlichen Umfang die Aufwendungen für die angemessene Kranken- und Pflegeversicherung übernimmt, soweit Personen allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden. Dies sind Personen, die nicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II in die Versicherungspflicht in der GKV einbezogen werden und sich eigenständig gegen Krankheit und Pflegebedürftigkeit absichern müssen. Die Hilfebedürftigkeit wird in § 9 SGB II definiert. Die Bundesagentur für Arbeit soll die Beiträge unmittelbar an die Krankenkasse oder das

Versicherungsunternehmen zahlen, wenn die zweckentsprechende Verwendung durch die betreffende Person nicht sichergestellt ist.

Nach der Begründung zum Gesetz (Drucksache Deutscher Bundestag, 16/1410) gilt eine private Kranken- und Pflegeversicherung insbesondere als angemessen, soweit die Betroffenen im Standardtarif versichert sind. Die Bundesagentur für Arbeit wird aufgefordert, Durchführungshinweise zu veröffentlichen. Diese Rechtslage gilt bis zum 1. Januar 2009, da ab diesem Zeitpunkt § 26 SGB II durch das GKV-WSG wieder geändert wird.

Haushaltsbegleitgesetz

Bereits am 29. Juni 2006 wurde das Haushaltsbegleitgesetz 2006 im Bundesgesetzblatt auf Seite 1402 verkündet. Auch dort gibt es Regelungen, die Einfluss auf die PKV haben:

Das Haushaltsbegleitgesetz schreibt die Senkung des Beitragssatzes zur Arbeitslosenversicherung von 6,5 auf 4,5 Prozent vor (Art. 7 Nr. 2). Damit sind auch geringere Beitragszahlungen der Unternehmen der PKV für die Bezieher von Krankentagegeld an die Bundesagentur für Arbeit nach § 349 Abs. 4 Sozialgesetzbuch III verbunden. Der Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung wurde durch das Gesetz zur Senkung des Beitrags zur Arbeitsförderung, die Festsetzung der Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung und der Beitragszuschüsse in der Alterssicherung der Landwirte für das Jahr 2007 (BGBl. I 2006, S. 3286) noch einmal auf 4,2 Prozent gesenkt.

Durch eine Änderung des SGB V werden die beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II vom 30. Teil des 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße auf den 30. Teil des 0,3450-fachen der monatlichen Bezugsgröße verringert (Art. 10 Nr. 3). Dadurch vermindert sich auch der Zuschuss der Bundesagentur für Arbeit zum Beitrag zur PKV, da der Zuschuss auf die Höhe begrenzt ist, die ohne Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV zu zahlen wäre. Dort errechnet sich der Zuschuss nach dem Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II und den oben genannten beitragspflichtigen Einnahmen.

Eine weitere Änderung im SGB V betrifft die Arbeitgeber, die für geringfügig Beschäftigte einen Beitrag zur GKV zahlen müssen, der von 11 auf 13 Prozent erhöht wird (Art. 10 Nr. 4). Nach wie vor muss der Arbeitgeber für geringfügig Beschäftigte, die in der PKV versichert sind, keinen Beitrag zur GKV leisten.

Beide Regelungen im SGB V sind am 1. Juli 2006 (Art. 14) in Kraft getreten.

Ebenfalls am 1. Juli 2006 wurde die Änderung des SGB XI wirksam, nach der die beitragspflichtigen Einnahmen von Arbeitslosengeld II-Beziehern zur SPV abweichend zur oben genannten entsprechenden Regelung in der GKV auf den 30. Teil des 0,3620-fachen Satzes der monatlichen Bezugsgröße belassen werden (Art. 12), womit auch der Zuschuss der Bundesagentur für Arbeit zur PPV gleich bleibt.

Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung

Durch das Gesetz über die Senkung des Beitrags zur Arbeitsförderung, die Festsetzung der Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung und der Beiträge

Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung

Zuschuss der Bundesagentur für Arbeit zur PKV

Minijobs

Zuschuss der Bundesagentur für Arbeit zur SPV

und Beitragszuschüsse in der Alterssicherung für Landwirte für das Jahr 2007 wurde der Beitragssatz zur Rentenversicherung auf 19,9 Prozent festgelegt.

4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft

Reform des Versicherungsvertragsgesetzes

Mit Schreiben vom 16. März 2006 legte das Bundesministerium der Justiz den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG-Ref.E.) vor, der als Ausgangsbasis für den Regierungsentwurf im Oktober 2006 diente (siehe hierzu S. 118). Ausgangspunkt für den Referentenentwurf waren der Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (VVG-Kommission) sowie die zahlreichen Stellungnahmen der Verbände. In Absprache mit dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) hat sich der PKV-Verband lediglich zu den Vorschriften über die Krankenversicherung sowie den für die PKV maßgeblichen Vorschriften des Allgemeinen Teils positioniert. Für Informationen zu Änderungen der übrigen Regelungen im Versicherungsvertragsgesetz verweist der PKV-Verband auf die entsprechenden Stellungnahmen des GDV.

Versicherungsvertragsgesetz

Das Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) ist 1919 in Kraft getreten und regelt die Rechte und Pflichten von Versicherer und Versicherungsnehmer. Das Bundesministerium der Justiz hat am 7. Juni 2000 die Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts eingesetzt. Sie sollte Vorschläge erarbeiten, die es dem Gesetzgeber erlauben, das VVG in seinen allgemeinen Bestimmungen wie auch das Vertragsrecht der einzelnen Versicherungszweige unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Rechtsprechung und der Vertragspraxis zu gestalten. Im April 2004 legte die Kommission ihren Abschlussbericht vor, der die Grundlage für den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform des VVG vom März 2006 bildete.

Die Vorschriften über die Krankenversicherung werden sich im neuen Versicherungsvertragsgesetz in den §§ 192 – 208 VVG-Ref.E. befinden. Der **Referentenentwurf** sieht folgende Neuregelungen vor:

§ 192 Abs. 2 Einführung eines „Übermaßverbots“

Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Die Vorschrift ist offenbar § 17 Abs. 1 Satz 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) nachgebildet, enthält allerdings – anders als dort – keine Ermächtigung zu einer PKV-einheitlichen Ausfüllung des Angemessenheitsbegriffs.

§ 192 Abs. 3 Vereinbarungen zusätzlicher Dienstleistungen

Die zusätzlichen Dienstleistungen bestehen insbesondere in Service, Beratung oder Unterstützung des Versicherungsnehmers im Zusammenhang mit der Erbringung versicherter Leistungen. Sie können unter anderem auch die Direktabrechnung mit den Leistungserbringern umfassen. Damit ist klargestellt, dass es sich bei diesen Service- und Beratungsangeboten nicht um versicherungsfremdes Geschäft handelt und dass diese Leistungen auch kalkulatorisch berücksichtigt werden können. Ergänzend sieht § 194 Abs. 2 VVG-Ref.E einen gesetzlichen Forderungsübergang eventueller Rückzahlungsansprüche, die der Versicherungsnehmer gegen den Leistungserbringer hat, auf den Versicherer vor.

Referentenentwurf

Vorschriften über die PKV

Befristete Versicherungsdauer

a) § 196 und § 199 Abs. 1 für Krankentagegeldversicherung und Krankenversicherung von Beihilfeempfängern

Abweichend von dem Grundsatz, dass die substitutive Krankenversicherung unbefristet ist (§ 195 Abs. 1 VVG-Ref.E.), können Versicherungsdauern vereinbart werden für die Krankentagegeldversicherung sowie die Versicherung von Beihilfeempfängern.

b) § 195 Abs. 3 für befristete Aufenthaltstitel

Für Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland können auf höchstens fünf Jahre befristete Verträge abgeschlossen werden, die nicht mit Alterungsrückstellungen kalkuliert zu werden brauchen (§ 195 Abs. 3 VVG-Ref.E. i. V. m. § 12 Abs. 6 (neu) VAG in der Fassung des Artikel 7 Nr. 5 VG-Ref.E.).

Die Bestimmungen über Unbefristetheit und Unkündbarkeit der substitutiven Krankenversicherung finden auch auf die nicht substitutive Krankenversicherung Anwendung, wenn sie nach Art der Lebensversicherung betrieben wird (§ 195 Abs. 1 Satz 2 und § 206 Abs. 2 VVG-Ref.E.).

§ 198 Abs. 4 Kindernachversicherung

Bei der Kindernachversicherung gilt der Kontrahierungszwang nicht für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung, soweit für das angeborne oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 199 Abs. 2 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Beihilfeempfängern

Bei Beihilfeempfängern wurde der Zeitraum für die Anpassung des Versicherungsschutzes bei einem veränderten Beihilfebemessungssatz oder einem weggefallenen Beihilfeanspruch von 2 Monaten auf 6 Monate verlängert.

§ 200 Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch auf Beihilfe oder auf Leistungen gegen eine Kranken- oder Pflegekasse nach SGB V oder XI, so ist der Versicherer nur abzüglich der Leistungen der Beihilfe-träger und der Kranken- oder Pflegekassen zur Leistung verpflichtet.

§ 205 Abs. 2 Außerordentliches Kündigungsrecht

Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers bei Eintritt der Versicherungspflicht soll sich künftig auch auf eine bestehende Anwartschaftsversicherung erstrecken. Die Wirksamkeit der Kündigung wird davon abhängig gemacht, dass der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist, wenn der Versicherer ihn hierzu schriftlich aufgefordert hat. Die Kündigungsfrist soll auf drei Monate verlängert werden.

§ 207 Abs. 3 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Umzug ins Ausland

Die bisher als unverbindliche Empfehlung in § 15 Abs. 3 Musterbedingungen Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) enthaltene Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Wohnsitzverlegung in einen Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes wird gesetzlich verankert.

Der Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung ist nicht mehr erforderlich, die Erstattungspflicht des Versicherers wird begrenzt auf die im Inland zu erbringenden Leistungen.

§ 203 Abs. 4 Ersatz unwirksamer Versicherungsbedingungen

Unwirksame Versicherungsbedingungen können durch eine neue Regelung ersetzt werden, wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellt. Darüber hinaus enthält § 16 Abs. 1 Satz 1 WG-Ref.E. eine Ersetzungsbefugnis für die Fälle, dass eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist.

§ 194 Abs. 3 Eigene Anspruchsberechtigung der versicherten Person

Zugunsten der versicherten Person wird eine eigene Anspruchsberechtigung eingeführt, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine entsprechende Empfangsberechtigung mitgeteilt hat.



*Skulptur im Innenhof
des Stadtschlusses*

Im Bereich der allgemeinen Vorschriften wurden insbesondere die vorvertragliche Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers sowie die aus einer Obliegenheitsverletzung zu ziehenden Folgen erheblich geändert. Risikoerheblich sind nur noch solche Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat. Die Verpflichtung zur Nachmeldung beschränkt sich auf Fragen, die der Versicherer vor Vertragsannahme stellt. Das Rücktrittsrecht des Versicherers besteht nur noch dann, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht entweder vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt hat. Die Frist zur Erklärung des Rücktritts wird einheitlich auf fünf Jahre nach Vertragsschluss festgelegt (§ 23 Abs. 3 WG-Ref. E.). Bisher gilt in der PKV gemäß § 178k WG eine Frist von drei Jahren. Bei leicht fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat lediglich noch kündigen (vgl. § 21 WG-Ref. E.). Das Kündigungsrecht ist allerdings ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände nicht abgelehnt, sondern zu anderen Bedingungen angenommen hätte.

Allgemeine Vorschriften

Im Oktober 2006 legte das Bundesministerium der Justiz den **Regierungsentwurf** eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsgesetzes vor. Der Bundestag hat am 1. Februar 2007 über den Regierungsentwurf beraten. Während der Referentenentwurf hinsichtlich der Regelungen für die Krankenversicherung in der Gesamtschau positiv bewertet werden konnte, bedeutet der Regierungsentwurf gegenüber der bisherigen Rechtslage eine deutliche Verschlechterung.

Gegenüber dem Referentenentwurf ergeben sich folgende Änderungen:

§ 192 Abs. 2 Höhere Schwelle des „Übermaßes“

Der Versicherer ist nur noch dann nicht zur Leistung verpflichtet, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Während der Wortlaut des Referentenentwurfs es der PKV ermöglicht hätte, unangemessen hohe Erstattungsforderungen zurückzuweisen, ist der jetzige Wortlaut an den Wuchertatbestand des § 138 Abs. 2 BGB angelehnt, der ohnehin für jedes Schuldverhältnis gilt und keiner besonderen Regelung im VVG bedurft hätte. Die Schwelle des Übermaßes wird damit so hoch gelegt, dass die PKV nur in ganz extremen Fällen von der Kürzungsbefugnis Gebrauch machen können.

§ 194 Abs. 1 Dreijährige Frist bei Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten

Die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers wegen Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten beläuft sich nach § 194 Abs. 1 Satz 4 VVG-Reg. E. in Abweichung zu § 21 Abs. 3 VVG-Ref.E. auf 3 Jahre.

§ 200 Abs. 1 Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete

Die Gesamterstattung des Versicherers darf die Gesamtaufwendungen des Versicherungsnehmers nicht übersteigen, wenn die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat. Konnte die Regelung des Referentenentwurfs noch dahingehend ausgelegt werden, dass der Versicherte vorrangig andere Erstattungspflichtige in Anspruch zu nehmen hat, bietet der Wortlaut der jetzigen Fassung keinen Raum für eine solche Auslegung. In der Begründung zu § 200 heißt es jetzt vielmehr ausdrücklich, dass eine bestimmte Rangfolge der Leistungsverpflichtungen nicht begründet werden soll.

§ 194 Abs. 2 i. V. m. § 38 Abs. 1 Zahlungsfrist für eine Folgeprämie

Die Zahlungsfrist für eine Folgeprämie beträgt mindestens zwei Monate. Weiterhin hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann. Der Versicherer hat weiterhin den Hinweis zu geben, dass Bezieher von Arbeitslosengeld II einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können und dass der Träger der Sozialhilfe unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

§ 207 Abs. 3 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Umzug ins Ausland

Die bisher als unverbindliche Empfehlung in § 15 Abs. 3 MB/KK enthaltene Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Wohnsitzverlegung in einen



Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes wird gesetzlich verankert. Der Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung ist nicht mehr erforderlich, die Erstattungspflicht des Versicherers wird begrenzt auf die im Inland zu erbringenden Leistungen.

§ 206 Abs. 4 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Kündigung wegen Zahlungsverzugs

Nach § 206 Abs. 4 VVG-Reg.E. sind die versicherten Personen im Falle einer Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherer wegen Zahlungsverzuges berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen (§ 207 Abs. 2 Satz 2 und 3 VVG-Reg.E.). Diese Vorschriften stehen im Widerspruch zu Artikel 43 Nr. 1 GKV-WSG-Entwurf, wonach dem Versicherer im Fall des Verzuges mit der Beitragszahlung kein Kündigungsrecht mehr zusteht.

§ 203 Abs. 4 i. V. m. § 164 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist, kann ohne Mitwirkung eines Treuhänders geändert werden, wenn dies zur Fortführung des Vertrags 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.

Im Bereich der Vorschriften, die für alle Versicherungszweige gelten, wurde die Vorschrift des § 213 VVG-Reg.E. eingefügt. Danach soll die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer bei Dritten nur zulässig sein, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist, die Daten bei einer der in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 6 des Strafgesetzbuchs genannten Personen erhoben werden und die betroffene Person im Einzelfall eine Einwilligung nach § 4a des Bundesda-

tenschutzgesetzes (BDSG) erteilt hat. Die Regelung bringt gegenüber der bereits strengen derzeitigen Rechtslage eine weitere deutliche Verschärfung. Das zwingende, ausnahmslose Erfordernis einer einzelfallbezogenen Einwilligung macht die Verifizierung des Verdachts einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung oder die Feststellung, ob der Versicherungsfall bereits vor Versicherungsbeginn begonnen hat, unmöglich. Denn es wird gegenüber dem Bundesdatenschutzgesetz ein *lex specialis* geschaffen, welches die in § 28 Abs. 6 bis 9 BDSG genannten Ausnahmetatbestände vom Erfordernis einer Einwilligung nicht vorsieht. Der Versicherte kann jegliche Datenerhebung durch Verweigerung der Einwilligung konterkarieren. Die Missbrauchs- und Betrugsbekämpfung ist nicht mehr möglich. Der Versicherte darf zudem selbst nicht mehr über den Datenverarbeitungszweck und die Datenerhebungsquellen entscheiden, da § 213 WG-Reg.E. Datenquellen und Datenverarbeitungszwecke limitiert. Erhoben werden dürfen Gesundheitsdaten nur noch von

- Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB)
- Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung (§ 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB) und
- Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle (§ 203 Abs. 1 Nr. 6 StGB)

und zum Zweck der Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht. Weiterhin führt die Regelung zu einem Mehraufwand bei Unternehmen und Versicherungsnehmern sowie zur Verzögerung der Leistungsbearbeitung.

Schließlich bleibt auch das Verhältnis zu § 291a Abs. 1a SGB V in der Fassung des GKV-WSG, welcher datenschutzrechtliche Bestimmungen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der privaten Krankenversicherung enthält, offen. Sollte auch für die Datenerhebung im Rahmen der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (insbesondere des elektronischen Rezeptes) eine einzelfallbezogene, schriftliche Einwilligung erforderlich sein, ist die elektronische Gesundheitskarte in der PKV nicht mehr von Nutzen.

Dürfen Gesundheitsdaten nur noch bei einer in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 6 StGB genannten Person erhoben werden, können Gesundheitsdaten innerhalb eines Konzerns nur noch eingeschränkt und nur nach einzelfallbezogener Einwilligung ausgetauscht werden. Eine Funktionsausgliederung wird dadurch faktisch unmöglich gemacht. Weiterhin dürften Gesundheitsdaten bei einem gesetzlichen Vorversicherer zur Überprüfung einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung oder der Feststellung, ob der Versicherungsfall bereits vor Versicherungsbeginn begonnen hat, nicht mehr erhoben werden. Im Bereich der Abrechnung stationärer Leistungen dürften Krankenhausträger den PKV-Unternehmen überhaupt keine medizinischen Daten mehr zur Verfügung stellen. Der PKV-Verband und der GDV haben den Gesetzgeber auf diese Folgen hingewiesen. Mit einer Nachbesserung kann gerechnet werden.

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Zentrale Vorschrift für Versicherungsunternehmen ist § 19 Abs. 1 Nr. 2 AGG, der die Begründung, Durchführung und Beendigung sämtlicher privatrechtlichen Ver-

sicherungsverträge dem Benachteiligungsverbot aus allen in § 1 AGG genannten Gründen unterwirft.

Paragraf 20 AGG regelt die zulässigen Ausnahmen vom Benachteiligungsverbot. Nach Abs. 1 ist eine unterschiedliche Behandlung dann erlaubt, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Diese Bestimmung gilt allerdings nicht für Versicherungsunternehmen, für die mit Abs. 2 eine Spezialvorschrift geschaffen worden ist. Danach ist eine unterschiedliche Behandlung wegen des Geschlechts bei den Prämien oder Leistungen nur zulässig, wenn dessen Berücksichtigung bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung ein bestimmender Faktor ist. Insoweit dürfte sich für die PKV kein Problem ergeben, da die Statistiken nachweisbare Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dokumentieren. Die Versicherungsunternehmen sind nach § 10a Abs. 2a VAG – in der Fassung des Achten Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes sowie des Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetzes und anderer Vorschriften – verpflichtet, die entsprechenden versicherungsmathematischen und statistischen Daten zu veröffentlichen und zu aktualisieren, aus denen die Berücksichtigung des Geschlechts als Faktor der Risikobewertung abgeleitet wird. Die Versicherer müssen keine eigenen Daten veröffentlichen, der Hinweis auf von anderen Stellen veröffentlichte Angaben ist ausreichend. Das Gesetz wurde am 1. Februar 2007 vom Bundestag beschlossen, der Bundesrat stimmte Ende Februar ebenfalls zu. Ergänzt wird diese Regelung durch die Verpflichtung der Versicherer, die Verwendung von Tarifen, bei denen Prämien oder Leistungen für Männer und Frauen unterschiedlich sind, der Aufsichtsbehörde anzuzeigen. Die zu veröffentlichenden Daten sind beizufügen (§13d Nr. 10 VAG).

Wegen einer Behinderung, des Alters, der sexuellen Identität und der Religion oder Weltanschauung ist eine unterschiedliche Behandlung nur dann zulässig, wenn diese auf anerkannten Prinzipien risikoadäquater Kalkulation beruht, insbesondere auf einer versicherungsmathematisch ermittelten Risikobewertung und der Heranziehung statistischer Erhebungen. Insoweit sind also nicht allein Statistiken maßgeblich, auch wenn diese die Berechtigung einer ungleichen Behandlung am ehesten nachweisen dürften, sondern auch „anerkannte Prinzipien risikoadäquater Kalkulation“, also beispielsweise versicherungsmedizinische Erfahrungswerte oder Erkenntnisse über naturwissenschaftliche Kausalzusammenhänge. Ausschlaggebend ist in diesen Fällen, dass die Notwendigkeit für eine unterschiedliche Prämien- oder Leistungsgestaltung belegt werden kann. Eine unterschiedliche Behandlung wegen Krankheit ist nach wie vor erlaubt, da dieses Merkmal nicht zu den Diskriminierungsgründen gemäß § 1 AGG gehört.

Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft dürfen gemäß § 20 Abs. 2 Satz 2 AGG nicht zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen führen. Die Umsetzung dieser Vorgabe war allein aufgrund des AGG nicht möglich. Die Kalkulationsverordnung wurde noch nicht angepasst. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht hat insoweit einen Vorschlag erarbeitet, wonach die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft in mit geschlechtsabhängigen Prämien kalkulierten Beobachtungseinheiten durch eine alters- und geschlechtsunabhängige Erhöhung des ohne diese Leistungen bestimmten Teilkopfschadens zu decken sind. Der erforderliche Erhöhungsbetrag ist anhand der an alle bei

Gleichbehandlungsgesetz

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) ist als Artikel 1 im Gesetz zur Umsetzung europäischer Richtlinien zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung enthalten. Es ist am 18. August 2006 in Kraft getreten und soll ungerechtfertigte Benachteiligungen aus Gründen der Rasse, der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion, der Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität verhindern und beseitigen.

dem Versicherungsunternehmen in den vorgenannten Beobachtungseinheiten Versicherten erbrachten Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft zu ermitteln. Als Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft sind diejenigen Leistungen anzusehen, die in dem Zeitraum anfallen, der acht Monate vor einer Geburt beginnt und einen Monat nach einer Geburt endet.

Gemäß § 33 Abs. 4 Satz 1 AGG ist die geschlechtsneutrale Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft zunächst nur für solche Versicherungsverträge bindend, die ab dem 22. Dezember 2007 abgeschlossen werden. Satz 2 derselben Vorschrift fordert allerdings die Ausdehnung dieser Regelung auch auf den Bestand, sobald die Verträge geändert werden. Insoweit wird § 12c Abs. 1 Satz 1 VAG um eine neue Nr. 5 ergänzt, welche die Ermächtigung für das Bundesministerium der Finanzen vorsieht, die Umstellung auch der bestehenden Verträge zum 1. Januar 2008 auf die neuen Anforderungen zu verordnen.



Fachwerk an der Kaufstraße

Begriff der Behinderung

Für die Risikoprüfung von Krankenversicherungsunternehmen dürfte insbesondere die Abgrenzung zwischen Krankheit und Behinderung von Bedeutung sein. Zur Definition der Behinderung verweist die Gesetzesbegründung auf § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. Danach sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ Nach dieser Begriffsbestimmung ließen sich zum Beispiel auch chronische Krankheiten als Behinderungen qualifizieren. Insoweit hat jedoch das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 11. Juli 2006 – C-13/05 – Klarheit geschaffen: Der Entscheidung lag der Fall einer Arbeitnehmerin zugrunde, der nach achtmonatiger, krankheitsbedingter Arbeitsunterbrechung gekündigt worden war. Der Europäische Gerichtshof hat dazu klargestellt, dass

- Krankheit keine Behinderung ist (und eine krankheitsbedingte Kündigung deshalb nicht unter den Schutz des Diskriminierungsverbotes wegen Behinderung fällt) und

- der Begriff „Behinderung“ eine Vorschrift des Gemeinschaftsrechtes darstellt, die im Interesse einer einheitlichen Anwendung europaweit autonom und einheitlich auszulegen ist. Damit ist die Bezugnahme des AGG auf § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX nach Ansicht des PKV-Verbandes allenfalls noch beispielhaft.

Von Bedeutung ist ferner noch § 3 AGG, der in den Absätzen 1 und 2 zwischen unmittelbarer und mittelbarer Benachteiligung unterscheidet. Eine mittelbare Benachteiligung ist danach zulässig, wenn sie sich lediglich als Reflex einer sachlich gerechtfertigten, angemessenen und erforderlichen Ungleichbehandlung darstellt. Möglicherweise könnte auch diese Bestimmung Hilfestellung bei der Abgrenzung von Krankheit und Behinderung leisten.

Bei einer Verletzung des Benachteiligungsverbotes kann der Betroffene die Beseitigung der Beeinträchtigung verlangen beziehungsweise auf Unterlassung klagen. Der Benachteiligende ist zu Schadenersatz, beziehungsweise bei Nichtvermögensschäden zur Entschädigung in Geld, verpflichtet (vgl. § 21 AGG). Ein Anspruch auf Vertragsschluss ist nicht vorgesehen.

Wettbewerbsrichtlinien der Versicherungswirtschaft

Die vom GDV, dem PKV-Verband, dem Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute e. V. (BVK) und dem Bundesverband der Assekuranzführungskräfte e. V. (VGA) entwickelten und in überarbeiteter Fassung vorgelegten Wettbewerbsrichtlinien der Versicherungswirtschaft wurden mit Verfügung des Bundeskartellamts vom 17. Juli 2006 (§ 26 Abs. 1 GWB) anerkannt. Damit wurde auch der Beschluss des PKV-Hauptausschusses wirksam, der die überarbeiteten Wettbewerbsrichtlinien bereits am 9. März 2006 vorbehaltlich der Zustimmung des Bundeskartellamts als unverbindliche Empfehlung an die Mitgliedsunternehmen angenommen hatte. Der Text der Wettbewerbsrichtlinien ist als Anlage zu diesem Rechenschaftsbericht abgedruckt.

Anlass für die Überarbeitung war die Überzeugung des federführenden GDV, dass zum Beispiel das Ausspannverbot in der Lebens- und Krankenversicherung in der bestehenden Form kartellrechtlich nicht mehr haltbar sei. Der Vertriebsausschuss des PKV-Verbandes war jedoch dafür eingetreten, die Regelungen über die Ausspannung und das Freigabeverfahren in der PKV möglichst beizubehalten.

Im Ergebnis sind die Bestimmungen im Besonderen Teil B „Krankenversicherung“ weitgehend unverändert geblieben. So findet sich in Nr. 65 ebenso wie bisher die Aussage, dass Ausspannungen unterbleiben sollen und unzulässig sind, wenn sie mit unlauteren Mitteln oder auf unlautere Weise erfolgen. Das Verbot der Kündigungshilfe und des Wartezeitenerlasses sind mit Blick auf die Rechtsprechung und die Aufsichtspraxis entfallen.

Vollständig beibehalten wurden die Regelungen zur Behandlung von Freigabeanträgen. Unverändert hat die Freigabe also zu erfolgen, wenn der Vertrag beim ersten Versicherer zum Zeitpunkt des Ausscheidens mindestens drei Jahre bestanden hatte (Nr. 68 b). Dies gilt unabhängig davon, ob die Abwerbung unlauter war. Nach Nr. 16 sind die Vertreter von den Versicherungsunternehmen zu verpflichten, die Wettbewerbsrichtlinien zu beachten.

Die Gründe für eine weitgehende Beibehaltung der PKV-Regelungen über die Ausspannung und das Freigabeverfahren sind dem Kartellamt eingehend dargelegt worden. Dabei wies die Versicherungswirtschaft darauf hin, dass der Wechsel

Anerkennung durch das Bundeskartellamt

PKV-Bestimmungen weitgehend unverändert

Gründe für die Beibehaltung der PKV-Bestimmungen

des Versicherers gerade in der PKV auch mit Nachteilen verbunden ist. Mit dem generellen Verzicht auf gezielte Ausspannung ist keineswegs ausgeschlossen, dass Versicherte im Rahmen einer wohlüberlegten Entscheidung zu einem anderen Versicherer wechseln, wie dies vielfach geschieht.

Mitteilung des
Vorversicherers

Bedenken hatte das Bundeskartellamt zunächst gegen die Neufassung der Nr. 65 b der Wettbewerbsrichtlinien, wonach der Vermittler unlauter handelt, wenn er bei Ausfüllung des Antrages die ihm durch die Antragsteller mitgeteilten anzeigepflichtigen Umstände nicht vollständig angibt. Die Versicherungswirtschaft erläuterte dem Bundeskartellamt, dass diese Regelung den Vermittler nicht dazu verpflichtet, generell den Vorversicherer zu erfragen. Vielmehr geht es um eine Konsequenz aus der Augen- und Ohr-Rechtsprechung des BGH, wonach sich der Versicherer das Wissen des Vermittlers (auch über den Vorversicherer) zurechnen lassen muss (ständige Rechtsprechung, z. B. BGH-VersR 1988, S. 234, 1989, S. 298, 1992, S. 217).

Behandlung von Freigabe-
anträgen (Nr. 68)

Die im Teil C Nr. 68 ff. enthaltenen Bestimmungen über die Behandlung von Freigabeanträgen ermöglichen einem Versicherungsnehmer, der sich möglicherweise unüberlegt und schlecht beraten zum Wechsel entschlossen hat, eine Revision seiner Entscheidung. Vom Grundsatz „Verträge sind zu halten“ wird damit im Interesse und auf Antrag des Versicherten eine eng begrenzte Ausnahme gemacht. Aber auch die Versicherungswirtschaft hat kein Interesse an langwierigen Auseinandersetzungen über die Frage, ob eine Ausspannung mit unlauteren Mitteln erfolgt ist. Entsprechende Streitigkeiten würden dem Ansehen der PKV – vor allem in Konkurrenz zur gesetzlichen Krankenversicherung, die als Solidarversicherung von der Anwendung des Kartellrechts ausgenommen ist –, schaden. Die seit rund 60 Jahren bestehenden Freigabebestimmungen trugen entscheidend dazu bei, dass Streitigkeiten über die unlautere Ausspannung von Krankenversicherten bisher weitgehend vermieden wurden. In der Praxis haben sich diese Regelungen somit bewährt. Ein mit diesem Verfahren möglicherweise verbundener Bestandsschutz zu Gunsten des ersten Versicherungsunternehmens tritt zurück gegenüber den Vorteilen. Auch ist der Einfluss auf den Wettbewerb wegen der geringen Zahl der betroffenen Fälle kaum spürbar. Eine Wettbewerbsbeschränkung im Sinne des Artikels 81 EGV kann daher nicht eintreten. Das Bundeskartellamt hat im Anschluss an diese Erläuterungen gegen die PKV-Bestimmungen keine Bedenken mehr erhoben und die Wettbewerbsrichtlinien anerkannt.

Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts

Das Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts vom 19. Dezember 2006 ist am 22. Dezember 2006 im Bundesgesetzblatt (BGBl I, S. 3232 ff.) bekannt gemacht worden. Es dient der Umsetzung der Richtlinie 2002/92/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Dezember 2002 über Versicherungsvermittlung (ABl. EG 2003 Nr. L9, S. 3) und enthält im Wesentlichen die nachfolgend wiedergegebenen Regelungen:

- Der bislang frei zugängliche Beruf des Versicherungsvermittlers wird an eine Erlaubnis gebunden.
- Voraussetzung für die Erlaubnis sind eine angemessene Qualifikation, eine Berufshaftpflichtversicherung, geordnete Vermögensverhältnisse und der gute Leumund des Vermittlers.

Wesentliche Regelungen

- Vermittler, die ausschließlich für ein Versicherungsunternehmen tätig sind, sind von dieser Pflicht befreit, wenn das Versicherungsunternehmen die uneingeschränkte Haftung übernimmt.
- Für Vermittler von Versicherungen, die an ein Produkt gebunden sind, gibt es ein vereinfachtes Zulassungsverfahren.
- Als Beschwerde- oder Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen können privatrechtlich organisierte Einrichtungen (Ombudsmann-Stellen) anerkannt werden.

Die Versicherungswirtschaft geht davon aus, dass der Versicherungsombudsmann, Prof. Wolfgang Römer, und der Ombudsmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Arno Surminski, ihre Tätigkeit auf den Bereich der Versicherungsvermittlung ausdehnen.

- Die von den Vermittlern geforderte Sachkundeprüfung soll bei den Industrie- und Handelskammern erfolgen. Sie soll sich an der Ausbildung zum Versicherungsfachmann des Berufsbildungswerks der deutschen Versicherungswirtschaft (BWW) orientieren.

Gesetzestechisch erfolgt die Umsetzung durch Änderungen in der Gewerbeordnung, im Versicherungsvertragsgesetz und im Versicherungsaufsichtsgesetz.

Die Gewerbeordnung enthält die Regelungen über die Registrierung der Vermittler im Vermittlerregister (§ 11a GewO), die Voraussetzungen für die Zulassung als gewerbsmäßiger Versicherungsmakler oder Versicherungsvertreter durch die Industrie- und Handelskammer (IHK) (§ 34d GewO), Regelungen über den Versicherungsberater (§ 34e GewO) sowie weitere Einzelvorschriften. Gemäß § 156 GewO gelten für Gewerbetreibende, die vor dem 1. Januar 2007 Versicherungen gewerbsmäßig vermittelt haben, Übergangsregelungen. Sie dürfen bis zum 1. Januar 2009 weiter ohne Erlaubnis arbeiten. Gleiches gilt für die Pflicht zur Registrierung. Nicht aufgeschoben ist nach § 156 Abs. 2 GewO jedoch die Pflicht, eine Berufshaftpflichtversicherung zu unterhalten.



Zulassung und
Registrierung

Statue am Markt

Unter den neuen Bestimmungen im Versicherungsvertragsgesetz findet sich die Regelung, dass die Empfehlung des Maklers sich an den Bedürfnissen des Versicherungsnehmers zu orientieren hat und er verpflichtet ist, seinem Rat eine hinreichende Zahl von auf dem Markt angebotenen Versicherungsverträgen und Versicherern zugrunde zu legen, es sei denn, er weist ausdrücklich auf eine eingeschränkte Auswahl hin. Ein Versicherungsvertreter muss mitteilen, für welche Unternehmen er tätig ist (§ 42b VVG). In § 42c VVG sind die Beratungs- und Dokumentationspflichten für Vermittler geregelt. Sie richten sich nach der Schwierigkeit der angebotenen Versicherung, der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation beziehungsweise der Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrages.

Die Informationspflichten sind grundsätzlich vor Vertragsschluss und in Textform zu erfüllen (§ 42d Abs. 1 VVG, Ausnahme Abs. 2). Eine Verletzung der Beratungs- und Dokumentationspflichten oder eine fehlerhafte Vertragsempfehlung des Maklers, die auf einer unzureichenden Zahl von vergleichbaren Versicherungsangeboten beruht, kann Schadenersatzpflichten nach § 42e VVG auslösen. Gemäß § 42f VVG gilt der Versicherungsvertreter grundsätzlich als Bevollmächtigter zur Entgegennahme von Prämienzahlungen des Kunden.

Die Bestimmungen gelten nicht für die Vermittlung von Versicherungsverträgen über Großrisiken. Die Bestimmungen über die Beratungsgrundlage, die Bevollmächtigung zur Entgegennahme von Zahlungen und die Schlichtungsstelle gelten außerdem nicht für produktakzessorische Vermittler (Versicherung als Zusatzleistung zur Lieferung einer Ware oder der Erbringung einer Dienstleistung) (§ 42h VVG).

Im Versicherungsaufsichtsgesetz wird schließlich festgelegt, dass Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, nur mit solchen gewerbsmäßig tätigen Versicherungsvermittlern zusammen zu arbeiten, die die erforderliche Erlaubnis besitzen oder von der Erlaubnispflicht befreit sind oder der Erlaubnispflicht nicht unterliegen. Diese müssen außerdem bevollmächtigt sein, Vermögenswerte des Versicherungsnehmers oder für diesen bestimmte Vermögenswerte entgegen zu nehmen, oder eine vorgeschriebene Sicherheitsleistung nachweisen (§ 80 Abs. 1 VVG). Mit Vermittlern, die der Erlaubnispflicht nicht unterliegen oder solchen, die von ihr befreit sind und die Tätigkeit als Vermittler im Auftrag eines oder mehrerer Versicherungsunternehmen ausüben, dürfen Versicherungsunternehmen nur zusammenarbeiten, wenn die Vermittler zuverlässig sind und in geordneten Vermögensverhältnissen leben und die Versicherungsunternehmen sicher stellen, dass die Vermittler über die zur Vermittlung der jeweiligen Versicherung angemessene Qualifikation verfügen (§ 80 Abs. 2 VVG). Die erforderlichen Meldungen an die Registerbehörde (IHK) obliegen für diesen Personenkreis dem Versicherer, der die entsprechende Mitteilung „auf Veranlassung eines Versicherungsvermittlers nach § 34d Abs. 4 GewO“ macht. Eine Beendigung der Zusammenarbeit muss der IHK mitgeteilt werden (§ 80 Abs. 4 VVG). Die Versicherungsunternehmen sind zuständig für Beschwerden über die Vermittler (§ 80a VVG).

Mitglieder des Vorstands und des Aufsichtsrates, Hauptbevollmächtigte oder Liquidatoren eines Versicherungsunternehmens, die vorsätzlich oder fahrlässig gegen § 80 Abs. 1 oder 2 VVG verstoßen oder die Mitteilung nach § 80 Abs. 4 VVG nicht richtig oder nicht rechtzeitig machen, handeln ordnungswidrig und können mit einer Geldbuße von bis zu 150.000 Euro belegt werden (§ 144 Abs. 1a Nr. 3a und b VVG i.V.m. Abs. 2).

Mit Ausnahme der Ermächtigungen für die nachfolgend genannten Rechtsverordnungen, die bereits wirksam sind, tritt das Gesetz am 22. Mai 2007 in Kraft.

Zu den §§ 11a, 34d und 34e der GewO hat das Bundesministerium für Wirtschaft den Entwurf einer Verordnung über die Versicherungsvermittlung und -beratung (VersVermV) vorgelegt. In der Verordnung werden Einzelheiten über den erforderlichen Sachkundenachweis (§ 34d Abs. 2 Nr. 4 VersVermV) geregelt. Als Bestandschutzregelung ist vorgesehen, dass Personen, die seit dem 31. August 2000 selbständig oder unselbständig ununterbrochen als Versicherungsvermittler oder als Versicherungsberater tätig waren, keine Sachkundeprüfung bedürfen, wenn sie sich bis zum 1. Januar 2009 in das Vermittlerregister haben eintragen lassen (§ 1 Abs. 4 VersVermV). Nicht bestandene Prüfungen können wiederholt werden (§ 3 Abs. 7 VersVermV). Bestimmte Berufsqualifikationen stehen einer erfolgreich abgelegten Sachkundeprüfung gleich, zum Beispiel das Abschlusszeugnis als Versicherungskaufmann oder -frau (§ 4 VersVermV). Ein vor dem 1. Januar 2009 erreichter Abschluss als Versicherungsfachmann oder -frau BWV soll die gleiche Wirkung haben (§ 19 VersVermV).

Weiterhin wird das in § 34d Abs. 7 und in § 11a GewO eingeführte Registrierungsverfahren konkretisiert. Zusätzlich werden inhaltliche Anforderungen an die nach § 34d GewO erforderliche Berufshaftpflichtversicherung normiert, insbesondere die Mindestversicherungssummen (§ 9 VersVermV). Schließlich werden in der Verordnung die statusbezogenen Informationspflichten ausgestaltet und sanktioniert, die beim ersten Kundenkontakt zu erfüllen sind. Der Vermittler muss danach vor dem Beginn des Beratungsgesprächs, zum Beispiel per Visitenkarte, mitteilen, ob er als Versicherungsmakler, Versicherungsvertreter oder Versicherungsberater tätig wird (§ 11 VersVermV). Der Verordnungsentwurf enthält auch Regelungen zur Kundengeldsicherung sowie Regelungen zur Überwachung des Provisionsannahmeverbots für Versicherungsberater (§§ 12 bis 17 VersVermV).

Nach § 34d Abs. 2 Nr. 4 GewO ist Voraussetzung für die Erlaubniserteilung, dass der Antragsteller durch eine vor der IHK erfolgreich abgelegte Prüfung die notwendige Sachkunde nachweist. Bereits seit dem Frühjahr 2004 verhandelt das Berufsbildungswerk der Versicherungswirtschaft (BWV) mit dem Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK) und der Kammerorganisation über die zur Abnahme der Sachkundeprüfung erforderlichen Voraussetzungen. Im Wesentlichen soll damit erreicht werden, dass vom BWV eine den Anforderungen der IHK an die Sachkundeprüfung gerecht werdende Ausbildung fortgesetzt werden kann. Ein Einvernehmen darüber konnte im Berichtsjahr noch nicht mit allen Industrie- und Handelskammern, die darüber autonom entscheiden möchten, hergestellt werden.

Private Studentische Krankenversicherung

Im Tarif PSKV (Private Studentische Krankenversicherung), den einige Mitgliedsunternehmen mit einheitlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie einheitlichen Beiträgen und Leistungen seit Einführung der Krankenversicherungspflicht der Studenten 1975 führen, mussten die Beiträge im Jahr 2007 nicht angepasst werden. Der monatliche Beitrag in diesem Tarif beträgt daher wie im Vorjahr für Versicherte bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres 82,30 Euro, für die 25- bis 29-Jährigen 103,60 Euro und für die 30- bis 34-Jährigen 134,30 Euro. Im Tarif PSKV Spezial (neue Bundesländer) beträgt der Beitrag für Versicherte bis zum vollendeten 24. Lebensjahr 69,90 Euro, für die 25- bis 29-Jährigen 88,10 Euro und für die 30- bis 34-Jährigen 105,70 Euro. Die Beiträge für Kinder betragen im

Inkrafttreten

Versicherungsvermittlungs-
verordnung

Registrierungsverfahren

Offene Fragen

Tarif PSKV 61,90 Euro und im Tarif PSKV Spezial 52,60 Euro. Für das Neugeschäft seit dem 1. April 2002 sind dies alles Nettobeiträge, zu denen noch ein unternehmensindividueller Kostenzuschlag kommt. Durch das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (BGBl. I 2006, S. 3439) ist der Vergütungsabschlag bei der Honorierung von Privatbehandlung in den neuen Ländern ab 1. Januar 2007 entfallen. Da dieser Vergütungsabschlag der Grund für die Differenzierung zwischen PSKV und PSKV Spezial ist, gleichen sich die Tarife bei der nächsten Beitragsanpassung an.



Ruine im Schlosspark
an der Ilm

Beihilfe und freie Heilfürsorge

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

Im Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bundesdisziplingesetzes, des Bundesbeamtengesetzes und weiterer Gesetze (Bundesrats-Drucksache 3454/06) wird § 79a in das Bundesbeamtengesetz eingefügt. Er enthält die gesetzliche Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung, die wiederum die Beihilfe regeln soll. Hintergrund ist ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, das die bisherigen Bundesbeihilfavorschriften als verfassungswidrig erachtet hat, da diese nur als Verwaltungsvorschriften erlassen worden sind, gleichwohl aber eine so starke Außenwirkung auf die Beihilfeberechtigten haben, dass eine gesetzliche Regelung notwendig ist. Gleich nach Inkrafttreten des Gesetzes soll die Rechtsverordnung über die Beihilfavorschriften wirksam werden. Bis zum 1. April 2007 ist das Gesetz noch nicht verabschiedet worden.

Mit Rundschreiben vom 30. Januar 2007 informierte das Bundesministerium des Innern über Urteile von Verwaltungsgerichten, die die Arzneimittelregelung in § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Beihilfavorschriften des Bundes (die an die Regelung der GKV angelehnt ist) für nicht wirksam halten. Der Bund wendet diese Arzneimittelregelung weiter an; er hat gegen die Urteile Rechtsmittel eingelegt.

Durch eine Änderung des Landesbeamtengesetzes (Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein 2006, S. 31) hat das Land Schleswig-Holstein auch eine Ermächtigungsgrundlage zum Erlass von Beihilfavorschriften geschaffen. Die darauf beruhende Beihilfeverordnung vom 16. Mai 2006 wurde im Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein vom 24. Mai 2006, S. 85 ff., veröffentlicht. Wesentliche Punkte der Beihilfeverordnung des Landes Schleswig-Holstein sind:

Beihilfe des Bundes

Beihilfe des Landes
Schleswig-Holstein

- Es werden künftig keine Abzüge mehr für Arznei- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten anlässlich eines Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalts vorgenommen; der Pauschalbetrag nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 Beihilfeverordnung (20 Euro) entfällt. Stattdessen wird bei dem beihilfeberechtigten Antragsteller gemäß § 16 Beihilfeverordnung die errechnete Beihilfe je Kalenderjahr, in welchem die Aufwendungen entstanden sind, um einen Selbstbehalt gekürzt, der nach sozialen Gesichtspunkten festgelegt ist:

1. A2 bis A6.....	50 Euro
2. A7 bis A9.....	100 Euro
3. A10 und A11	150 Euro
4. A12 bis A15, B1, C1 und C2, W1 und W2, R1, H1, H2 und H3.....	200 Euro
5. A16, B2 und B3, C3, W3, R2 und R3, H4.....	300 Euro
6. B4 bis B7, C4, R4 bis R7	400 Euro
7. höhere Besoldungsgruppen.....	500 Euro

- Bei Teilzeitbeschäftigung werden die Beiträge im gleichen Verhältnis wie die verminderte Arbeitszeit zur regelmäßigen Arbeitszeit vermindert.
- Die Selbstbehalte vermindern sich bei Versorgungsempfängern auf 70 Prozent.
- Die Beiträge reduzieren sich für jedes im Familienzuschlag berücksichtigte Kind um 25 Euro.
- Der Selbstbehalt beträgt mindestens 50 Euro (Mindestselbstbehalt). Bei der Stufe 1 wird kein Mindestselbstbehalt einbehalten.
- Für Anwärter, bei Elternzeit ohne Besoldung und bei Alleinerziehenden in einer Beurlaubung ohne Besoldung zur Kinderbetreuung entfällt der Selbstbehalt. Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit sowie bei Vorsorgemaßnahmen unterliegen nicht dem Selbstbehalt.
- Die Mindestsumme der geltend gemachten Aufwendungen für einen Beihilfeantrag beträgt 100 Euro.
- Sehhilfen sind eingeschränkt beihilfefähig (Pauschalierung je Einstärkengläser oder Mehrstärkengläser) einschließlich der Fassungen (Festbetrag für die Fassung 20 Euro).
- Implantationen im Kieferbereich sind eingeschränkt beihilfefähig (bis zu zwei Implantate je Kieferhälfte, Pauschalierung je beihilfefähigen Implantat, Honorar 480 Euro, Material- und Laborkosten 500 Euro).
- Aufwendungen für Behandlungen außerhalb der Mitgliedstaaten der EU anlässlich privater Reisen sind grundsätzlich nicht mehr beihilfefähig (§ 8 Abs. 4 Nr. 8 Beihilfeverordnung).
- Schutzimpfungen aufgrund privater Reisen außerhalb der Mitgliedstaaten der EU sind nicht beihilfefähig.
- Die Lebenspartner von Beihilfeberechtigten, die sich in einer nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz eingetragenen Lebenspartnerschaft befinden, sind zukünftig berücksichtigungsfähig.
- Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen freiwilliger Mitglieder der GKV gibt es eine Übergangsregelung in § 18 Abs. 4 Beihilfeverordnung.

- Die Senkung des Bemessungssatzes um 20 Prozent für Beamte, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss von mindestens 41 Euro gewährt wird, entfällt (§ 14 Abs. 5 der Beihilfavorschriften des Bundes wurde nicht übernommen).

Die Landesverordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für die Beamten des Einsatzdienstes der Feuerwehr und des Polizeivollzugsdienstes im Land Schleswig-Holstein (Heilfürsorgeverordnung – HFVO) wurde im Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein vom 15. Juni 2006, Seite 114, verkündet. In den meisten Leistungsbereichen wird auf die entsprechenden Vorschriften im SGB V verwiesen, so dass die Heilfürsorge an die Leistungen der GKV angeglichen wurde.

Der Freistaat Bayern hat in Artikel 86a Bayerisches Beamtenengesetz durch das Gesetz zur Änderung des Bayerischen Beamtengesetzes und weiterer dienstlicher Vorschriften eine Ermächtigungsgrundlage für die Beihilfavorschriften geschaffen. Das Gesetz regelt die Grundzüge des Beihilfesystems. Die Ausgestaltung erfolgt durch die Beihilferechtsverordnung. Das Gesetz wurde im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt vom 8. Dezember 2006, Seite 987 ff., verkündet.

Nach Artikel 86a sind nach Anwendung der persönlichen Bemessungssätze folgende Eigenbeteiligungen bei stationären Wahlleistungen vorzusehen:

- Wahlärztliche Leistungen: 25 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus
- Wahlleistung Zweibettzimmer: 7,50 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus, höchstens für 30 Tage im Kalenderjahr.

Für bestimmte weitere Aufwendungen ist die festgesetzte Beihilfe in der Regel um Eigenbeteiligungen zu kürzen. Die festgesetzte Beihilfe ist um

- 6 Euro je Rechnungsbeleg bei ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen, psychotherapeutischen Leistungen sowie bei Leistungen von Heilpraktikern
- 3 Euro je verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukt,

jedoch nicht mehr als die tatsächlich gewährte Beihilfe zu mindern. Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent, für chronisch Kranke beträgt sie grundsätzlich 1 Prozent der Jahresdienst- beziehungsweise Jahresversorgungsbezüge.

Die neue Beihilferechtsverordnung des Freistaats Bayern ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten und wurde im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt 2007 auf Seite 15 ff. veröffentlicht. Sie enthält unter anderem folgende Regelungen:

- Keine Änderung bei der Einkommensgrenze für Ehegatten (§ 7)
- Keine Änderung bei der beihilfefähigen Höhe bei Material- und Laborkosten für Zahnersatz von 40 Prozent (§ 14)
- Keine Änderung bezüglich der Beihilfefähigkeit von Sehhilfen (§ 22)
- Bei der Beihilfefähigkeit für Familien- und Haushaltshilfen eine Verweisung auf § 38 SGB V in Bezug auf die Höhe der Kosten (§ 25)
- Eine Änderung des beihilfefähigen Zuschusses für Unterkunft und Verpflegung bei Kuren auf 26 Euro pro Tag für höchstens 21 Tage (alle drei Jahre) (§ 30)

Die Bayerische Beihilfeverordnung enthält im Vergleich zu den Beihilfavorschriften des Bundes kaum Änderungen bei den Leistungen. Die einzelnen Leistungsbe- reiche sind in eigene Abschnitte beziehungsweise Paragraphen gefasst, so dass

sich die Struktur der Beihilfeverordnung gegenüber den Beihilfavorschriften des Bundes erheblich geändert hat. Die Beihilfeverordnung wird dadurch aber übersichtlicher.



Im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) vom 15. Dezember 2006 wurde auf Seite 596 ff. die 21. Verordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung verkündet.

- Die Beihilfe NRW übernimmt inhaltlich die Regelung des Bundes zur Beihilfefähigkeit von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 4 Abs. 1 Nr. 7), die an § 31 SGB V angelehnt ist.
- Die Vorschriften zu Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen werden geändert (§§ 6 bis 7).
- Die Voraussetzungen für die Übernahme einer künstlichen Befruchtung durch die Beihilfe werden in § 8 Abs. 3 und 4 geregelt, wobei die Regelung des § 27a SGB V übernommen wurde. Hinsichtlich der Zuordnung der Aufwendungen für die ICSI- und die IVF-Behandlung wird auf das Kostenteilungsprinzip verwiesen.
- Die Verordnung ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten.

Im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen vom 22. Dezember 2006, Seite 816 ff., hat das Land Ausführungsbestimmungen verkündet, die sich im Wesentlichen auf die Änderungen der Beihilfavorschriften beziehen.

In den Ausführungsbestimmungen befindet sich unter anderem:

- In Nr. 3 eine Änderung der Ausführungsbestimmung zum Zahnersatz
- In Nr. 7 eine zusätzliche Indikation, die die Beihilfefähigkeit der extracorporalen Stoßwellentherapie begründet (Fersensporn)
- In Nr. 9 die Bestimmung, dass nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel nur noch bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen beihilfefähig sind
- In Nr. 24 die Ausführungsbestimmung zur Regelung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zur künstlichen Befruchtung, die auf das Kostenteilungsprinzip hinweist

Das Steueränderungsgesetz 2007 ist mit einer Regelung über die Herabsetzung des Höchstalters für die Kindergeldberechtigung im Bundesgesetzblatt vom 24. Juli 2006, Seite 1652, verkündet worden. Für die Beihilfe ist Artikel 1 Nr. 11 maßgebend.



Torbogen im Marstall

Dort wird die Altersgrenze für die Gewährung von Kindergeld beziehungsweise kinderbedingten Steuerfreibeträgen auf die Zeit vor Vollendung des 25. Lebensjahres abgesenkt. Die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei der Beihilfe knüpft an den Bezug von Kindergeld an, so dass bei Inkrafttreten des Gesetzes grundsätzlich auch die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei der Beihilfe mit dem 25. Lebensjahr wegfällt. Darüber hinaus gibt es eine Übergangsregelung in Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe b (§ 52 Abs. 40 EStG). Dort steht, dass für Kinder, die im Veranlagungszeitraum 2006 das 24. Lebensjahr vollendeten, der Wegfall des Kindergeldes erst mit der Vollendung des 26. Lebensjahres wirksam wird und für Kinder, die 2006 das 25. oder 26. Lebensjahr vollendeten, das Kindergeld wie bisher mit Vollendung des 27. Lebensjahres wegfällt. Das bedeutet: Kinder mit einem Geburtsjahr bis 1981 bekommen weiter bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, Kinder mit dem Geburtsjahr 1982 bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres und Kinder mit einem Geburtsjahr ab 1983 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres Kindergeld.

§ 32 Abs. 5 EStG bleibt bis auf die neuen Altersgrenzen unverändert, was bedeutet, dass eine Gewährung von Kindergeld über die neuen Altersgrenzen im bisherigen Umfang bei Ableistung von Wehrdienst- oder Zivildienst möglich ist.

Darüber hinaus gibt es folgende Bestandsschutzregelungen:

Darüber hinaus gibt es folgende Bestandsschutzregelungen:

- Der Bund hat eine Übergangsregelung für studierende Kinder im Gemeinsamen Ministerialblatt 2006 auf Seite 902 angekündigt. Danach sollen im Wintersemester 2006/2007 an einer Fachhoch- oder Hochschule eingeschriebene berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, zuzüglich Zeiten eines Wehr- oder Zivildienstes, als berücksichtigungsfähige Angehörige gelten. Allerdings wird die Höhe des Beihilfebemessungssatzes des Beihilfeberechtigten nicht von der Übergangsregelung erfasst. Es wird so zum Beispiel möglich sein, dass ein Beihilfeberechtigter 50 Prozent Beihilfe erhält, auch wenn er noch zwei berücksichtigungsfähige Kinder hat (von denen eines unter die genannte Übergangsregelung fällt).
- Die Bayerische Beihilfeverordnung enthält in § 3 eine Übergangsregelung für bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschrieben sind, so dass diese nicht von der Senkung des Höchstalters für den Familienzuschlag betroffen sind.
- In den Ausführungsbestimmungen des Landes Nordrhein-Westfalen (Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen vom 22. Dezember 2006, S. 816)

befindet sich unter Nr. 2 eine Übergangsregelung für die Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe von studierenden Kindern, die im Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben.

- Das Haushaltsbegleitgesetz 2007 des Landes Niedersachsen (Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt vom 21. Dezember 2006, S. 597 ff.) enthält ebenfalls eine Übergangsregelung für Kinder, die bei der Beihilfe berücksichtigungsfähig sind und am 31. Dezember 2006 an einer Hochschule eingeschrieben waren.
- Durch eine Änderung der Ausführungsvorschriften zur Beihilfeverordnung, die im Amtsblatt des Saarlandes vom 1. Februar 2007, Seite 220, veröffentlicht wurde, hat auch das Saarland eine Übergangsregelung für bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder geschaffen, die im Wintersemester 2006/2007 als Studierende eingeschrieben sind.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für Angestellte der Länder

Zum 1. November 2006 trat der neue Tarifvertrag der Länder (TV-L) in Kraft.

Die neue Tarifregelung über die Entgeltfortzahlung für die Bediensteten der Länder hat folgende Bestandsschutzklausel: Die Personen, deren Arbeitsverhältnis vor dem 1. Juli 1994 begonnen hat und weiterhin fortbesteht und die bisher nach § 71 Bundesangestellten-Tarifvertrag (BAT) Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bis zur 26. Woche der Arbeitsunfähigkeit haben, behalten diesen Anspruch, wenn sie bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Sie haben aber keinen Anspruch auf einen Kranken(tagegeld)zuschuss. Daher besteht für diesen Personenkreis aufgrund des TV-L kein besonderer Anpassungsbedarf.

Alle anderen Beschäftigten der Länder haben nach dem TV-L einen Entgeltfortzahlungsanspruch bis zur sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit und erhalten danach einen Kranken(tage)geldzuschuss – je nach Beschäftigungszeit – längstens bis zur 39. Woche der Arbeitsunfähigkeit.

In einer Protokollerklärung zu § 13 TVÜ-Länder wird den Angestellten, die bis zum Inkrafttreten des TV-L einen Beihilfeanspruch hatten, dieser Beihilfeanspruch auch weiter zugesichert.

BGH zur Anpassung des Versicherungsschutzes nach Änderung oder Wegfall der Beihilfeberechtigung

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich in seinem Urteil vom 20. Dezember 2006 (IV ZR 175/05 = VersR 2007, 196) mit der Anpassung des Versicherungsschutzes nach Änderung oder Wegfall der Beihilfeberechtigung auseinandergesetzt. Er hat insoweit festgestellt, dass für die begehrte Aufstockung des Versicherungsschutzes das aktuelle Lebensalter der versicherten Person und nicht deren Eintrittsalter zugrunde zu legen ist.

Der 1940 geborene Kläger war als Angestellter im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt. Er unterhielt seit 1972 bei dem beklagten Krankenversicherer für sich und seine Ehefrau eine anteilige Krankheitskostenvollversicherung. 2003 wurde er unter Fortfall des Beihilfeanspruchs verrentet. Er beantragte daraufhin die Aufstockung des Versicherungsschutzes auf vollständige Abdeckung des Krankheits-

Regelung zur Entgeltfortzahlung (§ 13 TVÜ-Länder)

Beihilfe für Angestellte

Sachverhalt

kostenrisikos unter Zugrundelegung seines Eintrittsalters, was der Versicherer ablehnte.

Das Oberlandesgericht Hamburg (Urteil vom 19. Juli 2005, 9 U 28/05 = VersR 2005, 1382) hatte als Berufungsgericht die darauf gerichtete Feststellungsklage abgewiesen. Ein Beihilfeberechtigter könne gemäß § 178e Satz 2 VVG nach Änderung oder Entfallen des Beihilfeanspruchs nur eine Anpassung ohne erneute Wartezeiten oder Risikoprüfung verlangen. Das Lebensalter sei nicht Teil einer solchen Risikoprüfung. Würde auch für den Aufstockungsanteil das ursprüngliche Eintrittsalter zugrunde gelegt, erlangte der Kläger durch die Gutschrift nicht erworbener Alterungsrückstellungen einen ungerechtfertigten Vorteil, was gegen das Gleichbehandlungsgebot nach §§ 11 Abs. 2, 12 Abs. 4 VAG verstoße. Zudem müssten die übrigen Versicherungsnehmer zugunsten des Klägers die fehlenden Alterungsrückstellungen aus gemeinsamen Mitteln aufbringen. Die Maßgeblichkeit des jeweiligen Lebensalters ergebe sich zu dem aus §§ 10, 11 Kalkulationsverordnung.

Entscheidungsgründe

Dieser Bewertung hat sich der BGH vollumfänglich angeschlossen und führt ergänzend aus, dass das Lebensalter des Versicherungsnehmers nicht Bestandteil der erneuten Risikoprüfung sei, die § 178e VVG dem Versicherer verwehre. Denn das Alter des Versicherten stelle ein generell-abstraktes Risiko dar und sei dem Versicherer zudem bereits bekannt. Es erfordere daher im Fall der Vertragsanpassung keine (erneute) Prüfung. Dieses Ergebnis werde durch einen systematischen Vergleich mit § 178f Abs. 1 Satz 1 VVG bestätigt, wonach dem Versicherungsnehmer bei einem Tarifwechsel nur solche Alterungsrückstellungen gutzubringen seien, zu denen er in der Vergangenheit für den bislang versicherten Leistungsanspruch durch die von ihm gezahlten Prämien beigetragen habe. Dem daraus ersichtlichen System würde es zuwiderlaufen, wenn der Versicherer im Anwendungsbereich des § 178e VVG gehalten wäre, die Prämie für den angepassten Versicherungsschutz unter Zugrundelegung rein fiktiver Alterungsrückstellungen zu kalkulieren. Solche finanziellen Vorteile eines Versicherungsnehmers könnten auch nicht mit solchen des Versicherers „aufgerechnet“ werden, die diesem durch an das Kollektiv gefallene Alterungsrückstellungen entstehen, da Stornogewinne in der Prämienkalkulation von vornherein Berücksichtigung fänden. Schließlich bedeute § 178e VVG einen Eingriff in die vertragliche Entschließungsfreiheit des Versicherers und sei daher restriktiv auszulegen.

4.3 Rechnungslegungs-, Solvabilitäts- und Steuerfragen

Rechnungslegung

Das International Accounting Standards Board (IASB, Direktorium für internationale Rechnungslegungsvorschriften) befasst sich gegenwärtig mit dem Projekt „Versicherungsverträge – Insurance Contracts (Phase II)“. Ein Diskussionspapier hierzu wird voraussichtlich im zweiten Quartal 2007 veröffentlicht werden und mit allen Interessengruppen besprochen. Die Debatte soll in einen Entwurf (Exposure Draft) münden, dessen Veröffentlichung im September 2008 geplant ist. Der endgültige Standard (Final Standard) könnte im September 2009 veröffentlicht werden. Zur Anwendung käme der Standard dann erstmals Anfang 2010.

Das IASB hat bislang folgende vorläufigen Entscheidungen getroffen:

- Die Definition „Versicherungsvertrag“ gemäß den internationalen Rechnungslegungsstandards (International Financial Reporting Standards, IFRS), hier speziell gemäß IFRS 4 (vgl. Rechenschaftsbericht 2004, S. 99-100) wird voraussichtlich beibehalten werden.
- Bei der Bewertung geht das IASB grundsätzlich von einem Current Exit Value (laufender Übernahmewert) aus. Dieser Wert ist der Betrag, den ein Versicherer an ein anderes Unternehmen für die Übernahme seiner gegenwärtigen Verpflichtungen zu zahlen hätte. Offen ist derzeit noch, ob dieser Wert identisch mit dem Fair Value (Marktpreis) ist.
- Wenn ein Current Exit Value nicht beobachtet werden kann, soll der Barwert der zukünftigen risikogewichteten vertraglichen Zahlungsströme erwartungsgetreu geschätzt werden.
- Eine Diskontierung der versicherungstechnischen Verpflichtungen ist vorgesehen.
- Die versicherungstechnischen Verpflichtungen sollen eine Risikomarge (Risk Margin), die Marktteilnehmer für die Übernahme der Verpflichtungen fordern würden, und eine separate Gewinnmarge (Profit Margin) für die Erbringung sonstiger Dienstleistungen umfassen.
- Das IASB beabsichtigt nicht, detaillierte Schätzmethoden für den Mittelzufluss (Cashflow) oder zur Bestimmung von Risiko- und Gewinnmargen zu entwickeln. Das IASB wird voraussichtlich allerdings Hinweise geben, welche Anforderungen derartige Verfahren erfüllen müssen.
- Die Aufspaltung von Versicherungsverträgen in eine Risiko- und eine Einlagekomponente (Unbundling) soll nur dann erfolgen, wenn die Aufspaltung willkürfrei möglich ist.
- Die Abschlusskosten sollen als Aufwand erfasst werden, wenn sie entstehen.
- Die Rechte der Versicherungsnehmer auf Gewinnbeteiligung führen dann zu einer Verbindlichkeit, wenn der Versicherer zum gegenwärtigen Zeitpunkt oder zukünftig eine uneingeschränkte Verpflichtung zur Übertragung ökonomischer Vorteile auf den Versicherungsnehmer hat. Andernfalls handelt es sich um eine eigene Komponente des Eigenkapitals.

Solvency II (vgl. S. 137ff.) beziehungsweise die damit einhergehenden Überlegungen zur Bewertung von den in den versicherungstechnischen Rückstellungen abgebildeten wirtschaftlichen Lasten könnten auch Auswirkungen auf die Diskussion im Bereich der Bilanzrechtsmodernisierung und der steuerrechtlichen Bilanzierung haben. Die bisherigen Entwicklungen auf europäischer Ebene zeigen, dass die Bewertung der Rückstellungen innerhalb des voraussichtlichen Berechnungskonzeptes von Solvency II tendenziell zu geringeren Rückstellungshöhen führen würde, als es nach den aktuell geltenden handelsrechtlichen Bewertungsvorschriften der Fall ist (vgl. S. 137f.). Die Reservepolitik könnte dadurch grundsätzlich ins Blickfeld geraten. Daher erfordert der Solvency-II-Prozess, besonders unter der Berücksichtigung der Entwicklungen bei den internationalen Rechnungslegungsstandards, eine Auseinandersetzung mit den möglichen Aus-

Vorläufige Entscheidungen
des IASB bezüglich
Versicherungsverträge

Infokasten: IASB und IFRS

1973 wurde das International Accounting Standards Committee (IASC) als privatrechtlicher Verein nationaler Verbände von Rechnungslegern und Wirtschaftsprüfern mit Sitz in London gegründet. Seine Aufgabe war die Ausarbeitung von internationalen Rechnungslegungsstandards. Im Jahr 2001 erfolgte eine Umstrukturierung des IASC und die Umbenennung in IASB (International Accounting Standards Board). Sämtliche bis dato vom IASC verabschiedeten International Accounting Standards (IAS) behielten zunächst ihre Gültigkeit und werden nach und nach modifiziert oder vom IASB durch neue Standards ersetzt. Die neuen, vom IASB entwickelten Rechnungslegungsstandards heißen nunmehr International Financial Reporting Standards (IFRS).

Zusammenhang zwischen
IFRS und Solvency II

wirkungen von risiko- und marktwertnahen Bewertungsverfahren auf die (nationale) handels- und steuerrechtliche Gewinnermittlung. Bei der Beurteilung von eventuell bestehenden Wechselwirkungen und Zusammenhängen zwischen den IFRS einerseits und den Solvency-II-Überlegungen andererseits ist zu beachten, dass beide Projekte noch fließende Prozesse sind.

VVG-Reform Zeitwertbilanzierung

Die Bundesregierung hat am 11. Oktober 2006 den Regierungsentwurf zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vorgelegt. Auf die ursprünglich vorgesehene Zeitwertbilanzierung hat das Bundesministerium der Justiz verzichtet. Damit konnten komplexe handels- und steuerrechtliche Fragestellungen und ein erheblicher Verwaltungsaufwand für die Versicherungsunternehmen vermieden werden. Stattdessen ist eine „Anhangangabenlösung“ vorgesehen. Diese ist sehr detailliert und verlangt gemäß § 54 RechVersV bezüglich aller Bilanzpositionen die Angaben von Zeitwerten. Diese Regelung soll für alle Versicherungsunternehmen gelten. Zudem sind die Gesamtsumme der Anschaffungskosten der in die Überschussbeteiligung einzubeziehenden Kapitalanlagen, die Gesamtsumme des beizulegenden Zeitwerts selbiger Kapitalanlagen und der sich daraus ergebende Saldo anzugeben.

Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz (BilMoG)

Das Bundesministerium der Justiz plant die Modernisierung des Handelsbilanzrechts unter dem Arbeitstitel „Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz (BilMoG)“. Der in diesem Zusammenhang bereits lange angekündigte Referentenentwurf wird voraussichtlich im Mai 2007 veröffentlicht werden. Kern des Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes soll eine Annäherung der Vorschriften des deutschen Handelsgesetzbuches (HGB) an die internationalen Rechnungslegungsstandards (IFRS) sein.

Modifikationen im Kennzahlen-Katalog

Nachdem der Kennzahlenkatalog zuletzt im Januar 2002 redaktionell überarbeitet worden war, wurden im Jahr 2006 inhaltliche Korrekturen vorgenommen. Die Notwendigkeit einer inhaltlichen Überarbeitung ergab sich, da zunehmend Gewinnabführungsverträge in Konzernen existieren. Diese Praxis der Gewinnabführung beeinflusst die Kennzahlen A1 Eigenkapitalquote und A5 Überschussverwendungsquote. Mit der bisherigen Definition ergibt sich bei diesen beiden Quoten eine Verzerrung zwischen Unternehmen, die einen Gewinnabführungsvertrag haben, und solchen Unternehmen, die Dividendenausschüttungen vornehmen. Um diese Verzerrung zukünftig zu vermeiden, beinhaltet nun das Rohergebnis nach Steuern noch die Gewinnabführungen. Dies zeigt sich auch im Nenner der Überschussverwendungsquote, in den nun die Position II.10 der Gewinn- und Verlustrechnung hinzuaddiert ist. Im Gegenzug wird bei der Eigenkapitalquote der Zähler, das heißt das Eigenkapital, vermindert um die bereits angekündigten, aber noch nicht vollzogenen Dividendenausschüttungen.

Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement

Verordnung über die Berichterstattung gegenüber der BaFin

Die Verordnung über die Berichterstattung von Versicherungsunternehmen gegenüber der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) ist neu gefasst und im Bundesgesetzblatt 2006 I, S. 621 ff., veröffentlicht worden. Die Neufassung dient in erster Linie einer Verschärfung des Meldewesens. Insofern sind einige Nachweisungen entfallen. Teilweise wurden die Anmerkungen zu den Nachweisungen überarbeitet.

Beleihung von Medicator

Mit dem Inkrafttreten der so genannten Beleihungsverordnung ist im Mai 2006 das Verfahren zur Schaffung eines privaten Sicherungsfonds für die PKV abgeschlossen worden. Die Medicator AG steht zur Betreuung von Versicherten bereit, deren

Unternehmen in wirtschaftliche Schieflage gerät. Dass diese Auffanglösung zum Tragen kommen muss, ist allerdings nicht absehbar: Die BaFin hat bestätigt, dass die PKV-Unternehmen alle BaFin-„Stresstests“ bestanden haben. Alle Mitglieder des PKV-Verbands gehören kraft Satzung auch der Medicator AG an, deren Aktienkapital im Alleinbesitz des Verbands ist. Darüber hinaus steht die Medicator AG auch für Krankenversicherer außerhalb des Verbands offen, die sich durch Beitrittserklärung anschließen können. In der den Versicherten bei Vertragsabschluss auszuhändigenden Verbraucherinformation müssen die Krankenversicherer auf ihre Zugehörigkeit zum Sicherungsfonds hinweisen. Sollte nun wider Erwarten doch ein Krankenversicherer zahlungsunfähig werden, kann die BaFin den gefährdeten Bestand auf die Medicator AG übertragen. Medicator würde dann wahlweise die Verträge selbst verwalten oder sie auf die Krankenversicherungsunternehmen übertragen. Für die Versicherten bliebe in jedem Fall eine ständige Betreuung gewährleistet: von dem Einzug der Beiträge und der Auszahlung der Versicherungsleistungen über die Prüfung von Rechnungen und die Beratung zu Behandlungsmethoden bis zur Entgegennahme von Anzeigen über Krankenhausaufenthalte oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.



*Carl August Denkmal am
Platz der Demokratie*

Solvency II ist ein Legislativprojekt der Europäischen Union (EU) und wird voraussichtlich im Jahr 2010 zu einer grundlegenden Reform der Versicherungsaufsicht führen. Das derzeitige Solvenzsystem Solvency I basiert auf einer relativ einfachen und eher pauschalen Berechnung der Eigenmittelanforderungen. Das tatsächliche ökonomische Risikoprofil eines Versicherers kann damit aber nicht immer angemessen abgebildet werden. Der Ansatz von Solvency II ist daher risikoorientierter. Vereinfacht dargestellt sollte unter Solvency II folgender ökonomischer Grundsatz gelten: Je höher das von einem Versicherungsunternehmen eingegangene Risiko ist, desto mehr Eigenmittel zur Risikobedeckung müssen vorgehalten werden. Auch wenn Solvency II zunächst vor allem das Risikomanagement betrifft und dort eine Angleichung von betriebswirtschaftlich internem und aufsichtsrechtlich gefordertem externem Risikomanagement bewirkt, ergeben sich in vielfältiger Weise Auswirkungen auch auf andere Bereiche im Versicherungsunternehmen. Die genauen Auswirkungen werden davon abhängen, wie die konkrete Ausgestaltung von Solvency II aussehen wird. Zurzeit sind nur die Konturen des neuen Aufsichtssystems zu erkennen. Der Vorschlag der Europäischen Kommission für die neue Solvenzaufsicht im Versicherungsbereich ist für Juli 2007 vorgesehen.

Solvency II-Entwicklungen

Die Arbeiten der Europäischen Kommission werden durch quantitative Auswirkungsstudien ergänzt. Diese Quantitative Impact Studies (QIS) werden vom Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors (CEIOPS), dem Zusammenschluss der Aufsichtsbehörden für Versicherungsunternehmen und Pensionsfonds in der EU, derzeit mit den Marktteilnehmern durchgeführt. Im Laufe des Jahres 2008 soll die Rahmenrichtlinie für Solvency II durch den Europäischen Rat und das EU-Parlament verabschiedet werden.

Arbeitskreis „Aufsichtsmodell“

Der PKV-Arbeitskreis „Aufsichtsmodell“ hat die Arbeiten am (voraussichtlich) Solvency II-kompatiblen Standardmodell (Standardformel) für die Krankenversicherer Ende 2005 abgeschlossen. In Probe- und Sensitivitätsberechnungen wurde die Praktikabilität der Standardformel überprüft. Dabei zeigte sich, dass die Branche die neuen Anforderungen, die mit Hilfe des Standardmodells berechnet werden, beim aktuellen Marktzinsniveau erfüllt. Den Diskussionsbeitrag für einen Solvency II-kompatiblen Standardansatz (Säule I), Modellbeschreibung (Version 1.0 vom 1. Dezember 2005) hat der Arbeitskreis gemeinsam mit dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) Ende 2005 veröffentlicht.

Quantitative Ergebnisse

Dominantes Risiko in diesem Modell ist bei der Mehrzahl aller Krankenversicherer das Kapitalanlagerisiko (G1) mit Anteilen am gesamten Solvenzmittelbedarf (Solvency Capital Requirement, SCR) von 50 bis 82 Prozent. Das Kalkulationsrisiko (K) weist am Gesamt-SCR Anteile von 7 bis 39 Prozent auf. Das operative Risiko (G2) ist mit Anteilen von 6 bis 11 Prozent eher von untergeordneter Bedeutung, aber dennoch spürbar. Bei allen Unternehmen dominiert das Zinsänderungsrisiko mit Anteilen von 42 bis 75 Prozent das Kapitalanlagerisiko. Das Aktienrisiko ist bei allen Unternehmen mit Werten von 13 bis 39 Prozent bemerkbar. Die weiteren vier Komponenten des Kapitalanlagerisikos, das heißt das Immobilien-, das Kredit-/Bonitäts-, das Währungs- und das Konzentrationsrisiko sind eher von untergeordneter Bedeutung. Bei den Testunternehmen dominiert in der Regel die Schwankung der Risikoergebnisse mit Werten von 46 bis 69 Prozent das Kalkulationsrisiko. Die Schwankung der Kostenergebnisse macht sich mit Anteilen zwischen 25 und 49 Prozent bemerkbar. Der Beitrag des Epidemie- und Kumulrisikos am Kalkulationsrisiko beträgt 5 bis 9 Prozent.

Mögliche Implikationen

Welche Auswirkungen für die Unternehmenspolitik könnten sich aus dem deutschen Standardansatz ergeben? Um diese Frage zu beantworten, werden zunächst die Risikotreiber zusammengefasst. Folgende Hauptrisikotreiber können für den Standardansatz differenziert nach Risikoklassen identifiziert werden:

- Für das Kalkulationsrisiko sind die Risikotreiber die Höhe der Schwankungen des Risiko- und des Kostenergebnisses. Je höher die Risiko- und die Kostenergebnisse schwanken, desto höher wird der Betrag der erforderlichen Solvenzmittel beziehungsweise desto niedriger wird die Bedeckungsquote.
- Innerhalb des Kapitalanlagerisikos sind die Hauptrisikotreiber die modifizierte Restlaufzeit (Duration) der Rentenpapiere und die Aktienquote. Je größer die modifizierte Restlaufzeit der Aktivseite ist, desto größer ist das Zinsanstiegsrisiko, aber desto niedriger ist das Zinssenkungsrisiko. Im Sinne des Modells erweist sich eine mittlere Duration der Rentenpapiere für den Bedeckungsgrad als stabilisierend.

Das Standardmodell kann kein alleiniges Tool sein

Es stellt sich die Frage, ob das Standardmodell mit einem Zeithorizont von einem Jahr ein alleiniges unternehmensindividuelles und strategisches (Risiko-)Steuerungstool sein könnte. Die Antwort ergibt sich schon direkt aus der Frage (Standardmodell versus individuell und einjähriger Zeithorizont versus strategisch). Der Vorteil des PKV-Standardansatzes ist ein praktikabler Kompromiss zwischen

Genauigkeit und Komplexität. Das Modell ist jedoch insgesamt zu pauschal und zu konservativ und der von der EU-Kommission vorgegebene Risikozeitraum von einem Jahr ist zu kurz, um beispielsweise das langfristig höhere Ertragspotenzial von Aktien risikoadäquat zu modellieren, so dass mit Hilfe des Standardansatzes kein optimales Kapitalanlageportfolio abgeleitet werden kann. Das Modell kann durch den einjährigen Zeithorizont somit keine primäre Steuerungswirkung für die langfristige und strategische Unternehmenspolitik haben. Das Modell muss allerdings als Nebenbedingung in das Optimierungsproblem im Rahmen der Unternehmensstrategie eingehen.

Die Überlegungen des deutschen Standardmodells für Solvency II zeigen, dass die Solvabilitätsanforderung nach Solvency II im Vergleich zu Solvency I volatiler sein wird. Die privaten Krankenversicherer werden zukünftig stärker an ihrem individuellen und ökonomischen Risikoprofil gemessen. Dabei werden volatilere Kapitalanlagen und Risiko- sowie Kostenergebnisse höhere Eigenmittel erfordern. Das Standardmodell ist allerdings kein alleiniges Steuerungsinstrument. Solvency II lässt sich nicht auf die Berechnung von Kapitalanforderungen mit dem Standardmodell reduzieren, sondern eröffnet insbesondere auf Basis von internen Risikomodellen Chancen einer besseren, wertorientierten und risikobasierten Steuerung des Versicherungsunternehmens.

Zwischenfazit zu Solvency II



*Bauhaus Museum
am Theaterplatz*

Auswirkungsstudien zu Solvency II

Die erste quantitative Auswirkungsstudie (Quantitative Impact Study, QIS 1) und die folgenden QIS sollen den politischen Entscheidungsträgern der EU die voraussichtlichen quantitativen Auswirkungen des Solvency II-Projektes aufzeigen. Die Unternehmen, die an den QIS teilnehmen, erhalten frühzeitige Informationen über aktuelle Entwicklungen im Solvency II-Projekt und können mögliche Methoden von Solvency II aktiv mitentwickeln und einüben. Die Auswirkungen auf die Unternehmen können so frühzeitig eingeschätzt und quantifiziert werden.

Die Bewertungsgrundsätze von Solvency II für versicherungstechnische Rückstellungen sollten möglichst kompatibel mit den Grundsätzen der internationalen

Rechnungslegungsstandards (IAS/IFRS) sein. Allerdings sollten die Unternehmen in der EU, die nicht nach den internationalen Standards bilanzieren, durch Solvency II nicht veranlasst sein, auf IFRS umzustellen. Diesen Unternehmen sollte weiterhin die HGB-Bilanz als Ausgangsbasis für die Bewertung der Alterungsrückstellung dienen. Dies entspricht auch der Methodik des deutschen Diskussionsbeitrages für einen Solvency II-kompatiblen Standardansatz 2005.

Zwölf PKV-Unternehmen nahmen an der QIS 1 teil. Die prinzipienbasierte Testbeschreibung der QIS 1 ermöglichte den Testteilnehmern die Anwendung einer Fülle von QIS 1-kompatiblen Verfahren. Durch die prinzipienbasierte Beschreibung konnten die teilnehmenden Unternehmen das Verfahren anwenden, das ihren unternehmensindividuellen Besonderheiten und den Einschätzungen des Managements am besten entsprach. Grundsätzlich wandten die Teilnehmer der QIS 1 zwei unterschiedliche Berechnungsmethoden an:

Methode a): Berechnung der Erwartungswerrückstellung über komplexe Bilanzprojektionen mit Hilfe von internen Risikomodellen. Diese Methode wandten vier Teilnehmer an.

Methode b): Berechnung der Alterungsrückstellung mit geänderten Rechnungsgrundlagen. Diese Methode wandten sechs Teilnehmer an.

Bei den Berechnungen gab es unterschiedliche Ansätze, zum Beispiel hinsichtlich der Berücksichtigung von Beitragsanpassungen und der Überschussbeteiligung. Zwei Teilnehmer führten Quantilberechnungen durch.

Für die Teilnehmer ergaben sich heterogene Ergebnisse, die aus den unterschiedlichen Berechnungsverfahren und aus den unterschiedlichen Bestandszusammensetzungen resultierten. Als gemeinsamer Maßstab für die Beurteilung der quantitativen Ergebnisse wurde die Relation der best-estimate-Erwartungswerrückstellung (nach QIS 1) zur Alterungsrückstellung inklusive Rückstellung für Beitragsrückerstattung (nach HGB) verwendet. In der Regel lag diese Relation zwischen 0,6 und 0,85.

Insgesamt sind die QIS 1-Ergebnisse für die PKV nur eingeschränkt aussagekräftig, da die verwendeten Berechnungsverfahren innerhalb der QIS 1 eher prinzipienbasiert waren und somit zu kaum vergleichbaren Ergebnissen zwischen den teilnehmenden Unternehmen führten. Zudem wurde ein plötzliches Absinken des Marktzinses unterhalb des Rechnungszinses als der Hauptrisikofaktor für die PKV noch nicht in die Bewertung miteinbezogen.

CEIOPS führte vom 1. Mai bis 31. Juli 2006 EU-weit eine zweite quantitative Studie zu den voraussichtlichen Auswirkungen von Solvency II durch.

Die Anforderungen der nationalen Testanleitung (vgl. www.bafin.de/cgi-bin/bafin.pl?verz=0801020300&sprache=0&filter=&ntick=0) konnten alle 16 Teilnehmer erfüllen. Unter den Testteilnehmern befinden sich 4 kleinere, 9 mittelgroße und 3 große Krankenversicherer. Dabei handelte es sich sowohl um VVaGs, als auch um AGs. Der Marktanteil der teilnehmenden Unternehmen liegt bei 64 Prozent nach Bruttoprämien beziehungsweise bei 67 Prozent nach HGB-Rückstellungen.

Die erforderlichen Solvenzmittel (Solvency Capital Requirements, SCR) sind vor Anwendung der Diversifikationsformel wie folgt auf die Teilanforderungen der einzelnen Hauptrisikokategorien zurückzuführen:

Risikokategorie	PKV
Marktänderungsrisiko	85 Prozent
Kreditrisiko	7 Prozent
Operationales Risiko	12 Prozent
Versicherungstechnisches Risiko	8 Prozent
Diversifikationseffekt	-12 Prozent

R06/4301

Bei der Bewertung und der Interpretation der Ergebnisse sollte beachtet werden, dass die ausgewiesenen Werte zwischen den einzelnen Unternehmen eine große Streuung besitzen können und keine hohe Datenqualität aufweisen. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass das entwickelte QIS 2-Testprogramm prinzipienbasiert war und somit den Teilnehmern einen erheblichen Spielraum bezüglich der Anwendung der aktuariellen Schätzverfahren ließ.

Die QIS 3 wird voraussichtlich in der Zeit vom 1. April bis 29. Juni 2007 stattfinden. Vor, während und nach der QIS 3 wird die so genannte „Standardformel“ für Solvency II sukzessive weiterentwickelt. Während der QIS 3 werden die zukünftige Eigen-/Solvencymitteldefinition, Gruppenaspekte, Approximationen für kleinere und jüngere Versicherungsunternehmen in der EU und eine fortentwickelte Kalibration der Marktrisiken getestet. Daneben sollen die Überlegungen zur Mindestkapitalanforderung (Minimum Capital Requirement, MCR) und zur absoluten Mindestkapitalanforderung (Absolute Minimum Capital Requirement, AMCR) konkretisiert werden. Es ist wichtig, dass dem besonderen Sicherheitszuschlag der PKV (§ 7 KalV), der Möglichkeit der Anpassung aller technischen Rechnungsgrundlagen, der zukünftigen Überschussbeteiligung und den Besonderheiten der kleineren und jungen Unternehmen auch bei den weiteren Solvency II-Überlegungen ökonomisch Rechnung getragen wird.

Steuern

Auf der Grundlage der Ergebnisse einer Arbeitsgruppe, in der auch der PKV-Verband vertreten ist, hat der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) den Berechnungsbogen zur Ermittlung der steuerlich abziehbaren Beitragsrückerstattung gemäß § 21 Abs. 1 KStG überarbeitet. Dabei wurden insbesondere neue Erkenntnisse und Rechtsänderungen seit Einführung dieses Paragraphen berücksichtigt. Eine Abstimmung mit den Finanzbehörden über einzelne Fragen des Berechnungsbogens ist vorgesehen.

Im Jahr 2006 sind mehrere Steuergesetze verabschiedet worden, von denen hier nur einige erwähnt werden:

Haushaltsbegleitgesetz 2006

Das Gesetz (vgl. BGBl. I 2006, S. 1402 ff.) sieht unter anderem eine Erhöhung der Versicherungssteuer und Umsatzsteuer zum 1. Januar 2007 von 16 auf 19 Prozent vor. Der ermäßigte Steuersatz von 7 Prozent wird beibehalten. Für Arzneimittel gilt weiterhin der Regelsteuersatz, der nunmehr 19 Prozent beträgt.

Ausblick auf die QIS 3

Berechnungsbogen zur Ermittlung der steuerlich abziehbaren Beitragsrückerstattung

Steueränderungsgesetz 2007

Das Gesetz (vgl. BGBl. I 2006, S. 1652 ff.) enthält unter anderem die Einführung einer so genannten Reichensteuer, eine Absenkung des Sparerfreibetrags, eine Beschränkung der Entfernungspauschale für Aufwendungen für Wege zwischen Wohnung und Arbeitsstätte sowie Einschränkungen für häusliche Arbeitszimmer.

Jahressteuergesetz 2007

Mit diesem Gesetz (vgl. BGBl. I 2006, S. 2878 ff.) werden zahlreiche Änderungen des Steuerrechts auf verschiedenen Gebieten umgesetzt, unter anderem bei der privaten und betrieblichen Altersvorsorge.

Weitere Einzelheiten zu den 2006 in Kraft getretenen Steuergesetzen finden sich in der Berichterstattung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Berichterstattung des GDV

4.4 Sonstiges

Datenschutz

Das Bundesverfassungsgericht hat im Rahmen einer im Wesentlichen erfolgreichen Verfassungsbeschwerde mit Beschluss vom 23. Oktober 2006 (1 BvR 2027/02) die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen für die Wirksamkeit einer Schweigepflichtentbindungserklärung konkretisiert. Der Entscheidung lag eine pauschale, nicht auf den Einzelfall bezogene Einwilligungserklärung zur Überprüfung der Leistungspflicht im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsversicherung zugrunde. Ihr Inhalt war im Wesentlichen deckungsgleich mit der derzeit in der PKV verwendeten Schweigepflichtentbindungserklärung.

Das Bundesverfassungsgericht führt aus, dass zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer ein erhebliches Ungleichgewicht bei Vertragsschluss bestehe; Wettbewerb über die datenschutzrechtlichen Konditionen im Versicherungsfall finde nicht statt. Wegen ihres existenziellen Charakters könne der Versicherungsnehmer einer Berufsunfähigkeitsversicherung nicht auf die Möglichkeit verwiesen werden, um des Selbstschutzes willen einen Vertragsschluss zu unterlassen oder die Leistungsfreiheit des Versicherers hinzunehmen. Unter diesen Voraussetzungen könne der Versicherte seinen informationellen Selbstschutz nicht eigenverantwortlich und selbständig sicherstellen. Zwar komme auch dem Interesse des Versicherers an Offenbarung der für die Beurteilung der Leistungspflicht relevanten tatsächlichen Umstände erhebliches Gewicht zu.

Es sei daher grundsätzlich verfassungsrechtlich unbedenklich, wenn der Versicherer eine pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung verwende. Er müsse allerdings dem Versicherten eine Alternative einräumen, die erforderlichen Informationen bereitzustellen. Dies könne zum Beispiel dadurch geschehen, dass der Versicherungsnehmer über jede Erhebung von Gesundheitsdaten informiert werde oder der Versicherte im Versicherungsantrag wählen könne, ob er eine pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung abgebe oder sich für das Verfahren der Einzeleinwilligung entscheide. Im letzteren Fall begegne es keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn der Versicherte die dadurch entstehenden Kosten und die durch die Verzögerung der Antragsbearbeitung entstehenden Nachteile zu tragen habe. Da die Wertungen des Bundesverfassungsgerichts auch auf die Verwendung der Schweigepflichtentbindungserklärung in der PKV ausstrahlen,

BVerfG zur Wirksamkeit einer Schweigepflichtentbindungserklärung

Pauschale Schweigepflichtentbindung grundsätzlich unbedenklich

wird diese auf Grundlage der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes modifiziert werden.

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts erfordert eine erneute Überarbeitung der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung, nachdem die letzte Überarbeitung im Herbst 2006 im Wesentlichen abgeschlossen war.

Die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung ist in der Diskussion, seit Prof. Hans-Peter Schwintowski 2004 im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) ein Gutachten zur Einwilligungserklärung erstellte. Eine Arbeitsgruppe der GDV-Datenschutzkommission, der auch ein Vertreter der PKV-Verbandsgeschäftsführung angehört, führte seinerzeit Gespräche mit den Datenschutzaufsichtsbehörden und Verbraucherschutzverbänden über die Einwilligungsklausel. Eine konzertierte Fassung der Einwilligungserklärung konnte dabei nicht erreicht werden.



2007 wird die elektronische Gesundheitskarte in sieben Regionen einem ersten Feldtest unterzogen (S. 41 ff.). Im Rahmen des Tests ist die Verarbeitung von personenbezogenen Daten der Testteilnehmer erforderlich. Der PKV-Verband hat unter Beteiligung einiger seiner Mitgliedsunternehmen hierfür eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung sowie ein Merkblatt zur Verarbeitung personenbezogener Daten verfasst. Die Erklärung beziehungsweise das Merkblatt wird als unverbindliches Muster den an den Tests beteiligten Versicherern zur Verfügung gestellt. Aufgrund des engen Zeitrahmens wurde Abstand davon genommen, die Einwilligungserklärung und das Merkblatt mit den Datenschutzbehörden abzustimmen. Der oben dargestellte Beschluss des Bundesverfassungsgerichts hat keine Auswirkungen auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, da die relevanten Verfahrensabläufe garantieren, dass eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten ohne Wissen des Versicherten nicht durchgeführt werden kann. Der Versicherte kann daher seinen informationellen Selbstschutz jederzeit eigenverantwortlich und selbständig sicherstellen.

Neufassung der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung für die Tests der elektronischen Gesundheitskarte

Wettbewerbsrecht

Im Berichtsjahr verbreiteten einige gesetzliche Krankenkassen unzutreffende Tatsachen über die PKV. In mindestens zwei Fällen stellte sich dies als wettbewerbsrechtlich unzulässig heraus.

Ein gesetzlicher Krankenversicherer warb beispielsweise mit stabilen Altersbeiträgen in der GKV, während in der PKV „die Beiträge dem Alter und dem persönlichen Krankheitsbild angepasst“ würden. Der Versicherungsschutz sei in der PKV „unwägbare“ und könne sich im Falle von geringeren Einnahmen zum „finanziellen Klotz am Bein“ entwickeln. Nach Intervention des Verbandes hat der gesetzliche Krankenversicherer Abstand von diesen irreführenden, herabsetzenden und damit wettbewerbswidrigen Behauptungen genommen. Des Weiteren behauptete eine Betriebskrankenkasse auf ihrer Homepage, „Beitragsvorteile in der privaten Krankenversicherung, die bei jungen und gesunden Beschäftigten solange bestehen, wie diese ledig oder noch ohne Kinder sind, können sich schnell ins Gegenteil verkehren, wenn sich diese Voraussetzungen ändern.“ Weiterhin würden die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Verunsicherung freiwillig gesetzlich Versicherter wegen Beitragssteigerungen „ausnutzen“, um neue Mitglieder zu werben. Dies bedeutete eine irreführende und die Geschäftspraktiken der privaten Krankenversicherer pauschal herabsetzende Behauptung. Nachdem der PKV-Verband seine wettbewerbsrechtlichen Einwände dargelegt hatte, wurden die Behauptungen aus dem Internetauftritt entfernt.



Anhang



Ehrenmitglieder des Verbandes

Generaldirektor i.R. Heinrich Frommknecht

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

Generaldirektor i.R. Peter Greisler

ehemaliger Vorsitzender des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz

I. Verbandsorgane

(Stand: April 2007)

I.1 Hauptausschuss und Vorstand

Hauptausschuss, bestehend aus von der Mitgliederversammlung gewählten Mitgliedern...

1. **Reinhold Schulte**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
2. **Dr. Josef Beutelmann**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
3. **Günter Dibbern**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
4. **Uwe Laue**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz
5. **Dr. Ulrich Rumm**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
6. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
7. **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
8. **Wolfgang Fauter**
Vorsitzender des Vorstandes des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

9. **Gerhard Glatz** (seit 31.5.2006)
Sprecher des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
10. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
11. **Christian Hofer**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“
12. **Bernd Jansen**
Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
13. **Fritz Horst Melsheimer**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung aG, Hamburg
14. **Gernot Schlösser**
Vorsitzender des Vorstandes der AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Wiesbaden
15. **Dr. Herbert Schmitz**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
16. **Wolfgang Stertenbrink** (seit 31.5.2006)
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

...und kooptiertem Mitglied

17. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Württembergische Krankenversicherung AG, Stuttgart, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Willi Alfter** (bis 30.9.2006)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln
- **Robert Baresel** (bis 31.3.2007)
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESSELLSCHAFT, Saarbrücken

- **Dr. Günther Bauer** (bis 31.8.2006)
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
- **Hans-Joachim Krauß** (bis 3.1.2007)
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“

Vorstand

1. **Reinhold Schulte**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
2. **Dr. Josef Beutelmann**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
3. **Günter Dibbern**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
4. **Uwe Laue**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz
5. **Dr. Ulrich Rumm**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
6. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
stellvertr. Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
7. **Dr. Volker Leienbach**
geschäftsführendes Vorstandsmitglied
Verbandsdirektor, Köln
4. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Dr. Hans Olav Herøy** (seit 31.5.2006)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamten-Krankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken
6. **Marlies Hirschberg-Tafel**
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
7. **Dr. Helmut Hofmeier**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und der ASSTEL Krankenversicherung AG, Köln
8. **Bernd Jansen**
Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
9. **Wilfried Johannßen**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
10. **Klaus Michel**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
11. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
12. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstandsmitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
13. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
14. **Dr. Joachim von Rieth**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
15. **Alfons Schön**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER KRANKENVERSICHERUNG AG, Nürnberg
16. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz

I.2 Sonderausschüsse

Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
2. **Christian Hofer**
stellvertr. Vorsitzender
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“
3. **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Volker Altenähr** (bis 30.9.2006)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
- **Dr. Günther Bauer** (bis 31.8.2006)
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
- **Hans-Joachim Krauß** (bis 3.1.2007)
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“

Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht

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

1. **Günter Dibbern**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
2. **Wilfried Johannßen**
stellvertr. Vorsitzender
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
3. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
4. **Jörg Bork**
Vorstandsmitglied der R + V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
5. **Dr. Andreas Eurich**
stv. Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
11. **Thomas List**
Direktor der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
12. **Karl-Josef Maiwald** (seit 28.9.2006)
Abteilungsleiter der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz
13. **Dr. Jochen Messemer**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
14. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
15. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken
16. **Ulrich Stenger**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
17. **Karl-Bernd Telger**
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München



Steinerne Brücke

6. **Gerhard Glatz**
Sprecher des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
7. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Württembergische Krankenversicherung AG, Stuttgart, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“
8. **Marlies Hirschberg-Tafel**
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
9. **Dr. Ulrich Knemeyer**
Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover
10. **Michael Kurtenbach**
stv. Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
18. **Heinz Wilhelm Teuscher**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln
19. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedenes Mitglied:

- **Hans-Joachim Krauß** (bis 3.1.2007)
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“

Ausschuss Private Pflegepflichtversicherung

1. **Bernd Jansen**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
2. **Klaus Abt**
Chefmathematiker der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
3. **Helfried Beer**
Prokurist der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken
4. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Christian Hofer**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“
6. **Michael Kurtenbach**
stv. Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
7. **Karl-Josef Maiwald**
Abteilungsleiter der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz
8. **Thomas Michels**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
9. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
10. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstandsmitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
11. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
12. **Dr. Joachim von Rieth** (seit 7.3.2007)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Martin Hehl** (bis 7.3.2007)
Abteilungsleiter der Central Krankenversicherung AG, Köln
- **Hans-Joachim Krauß** (bis 3.1.2007)
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“

Rechtsausschuss der PKV

1. **Wolfgang Reif**
Vorsitzender
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken
2. **Dr. Horst Ayasse**
Prokurist der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
3. **Erik Cloppenburg**
Prokurist der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
4. **Dr. Ulrich Eberhardt** (seit 28.9.2006)
Prokurist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
5. **Christina Feldhaus**
Prokuristin der AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
6. **Ursula Gramulla**
Prokuristin der Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
7. **Bernhard Kalis**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
8. **Diethelm Lahnstein**
stv. Direktor der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
9. **Dr. Volker Marko**
Prokurist der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
10. **Georg Rott**
Abteilungsleiter der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz
11. **Dr. Torsten Schulte** (seit 7.3.2007)
Prokurist der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
12. **Heinz-Walter Stintmann**
Prokurist der Central Krankenversicherung AG, Köln
13. **Gerhard W. Stry**
Abteilungsleiter der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
14. **Karl-Bernd Telger**
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedenes Mitglied:

- **Dr. Andreas Schaaf** (bis Januar 2007)
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Wiesbaden

Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Rolf Bauer**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln

2. **Alexander Brams**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER KRANKENVERSICHERUNG AG, Nürnberg
3. **Gerhard Glatz**
Sprecher des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
4. **Georg Hake**
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Vechta
5. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken
7. **Christian Hofer**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“
8. **Bernd Jansen**
Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
9. **Wilfried Johannßen**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
10. **Michael Kurtenbach** (seit 7.3.2007)
stv. Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
11. **Thomas Michels**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
12. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Michael Petmecky**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
14. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstandsmitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
15. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
16. **Dr. Joachim von Rieth**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
17. **Eberhard Sautter**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung aG, Hamburg, und HanseMerkur Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
18. **Manfred Schnieders**
Vorstandsmitglied der CONCORDIA Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, Hannover

19. **Dr. Markus Warg** (seit 28.9.2006)
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
20. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Dr. Günther Bauer** (bis 31.8.2006)
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
- **Dr. Walter Klein** (bis 31.7.2006)
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Dr. Herbert Schmitz** (bis 7.3.2007)
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln

Haushaltsausschuss

1. **Klaus Henkel**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
2. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
3. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
4. **Dr. Ulrich Rumm**
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

Vertriebsausschuss der PKV

1. **Dr. Josef Beutelmann**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Gerhard Bilsing** (seit 28.9.2006)
Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversicherung AG, München
3. **Reiner Dittrich**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
4. **Dr. Karsten Eichmann** (seit 7.3.2007)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
5. **Jens O. Geldmacher** (seit 7.3.2007)
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
6. **Stefan Gronbach** (seit 7.3.2007)
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Wolfgang Hanssmann**
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Wiesbaden
8. **Werner Heinrichs**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

9. **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
10. **Jürgen Lang**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
11. **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz
12. **Peter Ludwig**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung aG, Hamburg
13. **Dr. Rainer Reitzler** (seit 7.3.2007)
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
14. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
15. **Peter Scheffczyk** (seit 28.9.2006)
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
16. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg.
5. **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz
6. **Klaus Henkel**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
7. **Dr. Ulrich Knemeyer**
Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover
8. **Ulrich Leitermann**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
9. **Jürgen Meisch**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
10. **Fritz Horst Melsheimer**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur Krankenversicherung aG, Hamburg
11. **Ulrich Müller**
Versicherungskammer Bayern, München
12. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstandsmitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
13. **Alf N. Schlegel**
stv. Vorstandsmitglied der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim

Ausgeschiedene Mitglieder:

- **Klaus John** (bis 31.7.2006)
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
- **Johannes Kreutz** (bis 31.8.2006)
Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversicherungs-AG, München
- **Alexander Mante** (bis 28.2.2007)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und Vorstandsmitglied der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
- **Hartmut Mellinger** (bis 31.1.2007)
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Dieter Wagner** (bis 31.12.2006)
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

Ausschuss „Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern“

1. **Dr. Ulrich Rumm**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
2. **Stephan Beifuß**
Direktor der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
3. **Dr. Andreas Eurich**
stv. Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
4. **Thomas Flemming**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover

Ausschuss Basistarif

(gegründet am 7. März 2007)

1. **Dr. Josef Beutelmann**
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale-Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
3. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
4. **Günter Dibbern**
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche-Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
5. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Württembergische Krankenversicherung AG, Stuttgart, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken
7. **Marlies Hirschberg-Tafel**
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

8. **Christian Hofer**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“
9. **Bernd Jansen**
Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
10. **Wilfried Johannßen**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
11. **Bernhard Kalis**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln
12. **Hans-Joachim Krauß**
(ehem. DBV-Winterthur)
13. **Klaus Michel**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
18. **Dr. Joachim von Rieth**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
19. **Eberhard Sautter**
Vorstandsmitglied der HanseMercur Krankenversicherung aG, Hamburg, und HanseMercur-Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
20. **Gernot Schlösser**
Vorsitzender des Vorstandes der AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Wiesbaden
21. **Karl-Bernd Telger**
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
22. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz
23. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg



*Dom und Steinernen Brücke
im Mondlicht*

14. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
15. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstandsmitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf
16. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken
17. **Heinz-Werner Richter**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

Rechnungsprüfer

- Georg Hake**
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Vechta
- Gerhard Glatz**
Sprecher des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg

I.3 PKV-Vertreter in den Gremien des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Präsidium des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

- **Reinhold Schulte**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Dr. Josef Beutelmann**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal

Präsidialausschuss des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Mitglieder des Hauptausschusses des Ver- bandes der privaten Krankenversicherung e.V.

- **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesell-
schaft, Köln
- **Dr. Josef Beutelmann** (Wahlmitglied)
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Günter Dibbern**
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
und der VICTORIA Krankenversicherung AG,
Düsseldorf
- **Bernd Jansen**
Vorsitzender des Vorstandes der INTER Kran-
kenversicherung aG, Mannheim, und Vorstands-
mitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der
Polizei VVaG, Frankfurt
- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka
Krankenversicherungsverein auf Gegenseitig-
keit, Koblenz
- **Dr. Ulrich Rumm** (Wahlmitglied)
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München
- **Gernot Schlösser**
Vorsitzender des Vorstandes der AXA Kran-
kenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
und Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden
- **Reinhold Schulte** (Mitglied des Präsidiums)
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund

- **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes der Landeskran-
kenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Weiteres Mitglied:

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

Vertreter der PKV in Ausschüssen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Rechnungslegungsausschuss der Versicherungswirtschaft

- **Dr. Andreas Eurich**
stv. Vorstandsmitglied der Barmenia Kranken-
versicherung a.G., Wuppertal
- **Ulrich Leitermann**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversi-
cherung a.G., Dortmund

Steuerausschuss

- **Dr. Andreas Eurich**
stv. Vorstandsmitglied der Barmenia Kranken-
versicherung a.G., Wuppertal
- **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied der Debeka Krankenversi-
cherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz

Vertriebsausschuss der Versicherungswirtschaft

- **Dr. Josef Beutelmann**
Sprecher der PKV
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Michael Johnigg**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversi-
cherung a.G., Dortmund
- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka
Krankenversicherungsverein auf Gegenseitig-
keit, Koblenz
- **Reinhold Schulte**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund

Ausschuss Betriebswirtschaft und Informationstechnologie

- **Rolf Bauer**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesell-
schaft, Köln

- **Bernd Jansen**
Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
- **Michael Petmecky**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund

Kapitalanlagenausschuss

- **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz

Rechtsausschuss der Versicherungswirtschaft

- **Bernhard Kalis**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln



*Blick auf das Stadttor
von der Steinernen Brücke*

1.4 Geschäftsführung

Verbandsdirektor

- **Dr. Volker Leienbach**

Stellvertr. Verbandsdirektorin

- **Assessorin Sybille Sahmer**

2. Stellvertr. Verbandsdirektorin

(Mathematik, Statistik, EDV)

- **Dipl.-Math. Helga Riedel**

2. Stellvertr. Verbandsdirektor

(Sozialpolitik, Leiter WIP)

- **Dipl.-Volkswirt Christian Weber**

Geschäftsführer – Zentrale Dienste

- **Dipl.-Volkswirt Klaus Detlef Dietz**

Geschäftsführer – Leistung

- **Dr. Joachim Patt**

Pressesprecherin

- **Dipl.-Volkswirtin Ulrike Pott**

Ltd. Verbandsarzt

- **Prof. Dr. med. Jürgen Fritze**

Abteilungsleiter

- **Assessor Andreas Besche**
- **Dipl.-Kfm. Wolfgang Hüdig**
- **Assessor Jürgen Miebach**
- **Dipl.-Betriebswirtin (BA) Jutta Wilms**

Referatsleiter

- **Dipl.-Ökonom Christof Angele**
(Büro Bayern und Baden-Württemberg)
- **Dipl.-Math. Jürgen Mnich**
- **Dipl.-Math. Markus Neth**
- **Assessorin Isabella Osterbrink**
- **Assessorin Barbara Schmitz**
(Büro Berlin)

Referenten

- **Dipl.-Politologe Oliver Bauer**
(Büro Berlin – Pressereferent)
- **Assessorin Annabritta Biederbick**
- **Stephan Caspary**
(Büro Berlin – Pressereferent)
- **Dipl.-Kfm. Matthias Dondrup**
- **Holger Eich**
- **Timm Genett, M.A.**
(Büro Berlin)
- **Dipl.-Päd. Anke Glasmacher**
(Büro Berlin – Pressereferentin)
- **Dipl.-Russ. Sabine Heche**
(Pressereferentin)

- **Dipl.-Betriebswirt (FH) Markus Hessel**
- **Assessor Arne Huneke**
(Büro Ombudsmann)
- **Assessorin Maike Lamping, LL.M.**
(Büro Ombudsmann)
- **Assessor René Neumann**
- **Dr. Thomas Philipp**
- **Dipl.-Kfm. Sascha Raithel**
- **Dipl.-Volkswirtin Claudia Reuter**
- **Dipl.-Volkswirt Willi Roos**
- **Assessor Nikolai Sauer**
(Büro Ombudsmann)
- **Dipl.-Kfm. (FH) Jochen Scholl**
(Büro Berlin)
- **Dr. Frank Schulze Ehring**
- **Dipl.-Stat. Ilse-Luise Voges**
- **Assessorin Judith Vollmer**
(Büro Ombudsmann)
- **Jens Wegner, M.A.**
(Büro Berlin – Pressereferent)

Wissenschaftliche Mitarbeiter

- **Dr. Torsten Keßler**
- **Dr. Frank Niehaus (WIP)**
- **Dr. Frank Wild (WIP)**

Revision Pflegepflichtversicherung

- **Dipl.-Kfm. Jürgen Hamm**
(Revisionsleiter)
- **Dipl.-Kfm. Michael Kreher**
(Revisionsleiter)
- **Assessor Dirk Cramer**
- **Assessor Christoph Cremer**
- **Assessor Jan Groot**
- **Dipl.-Kfm. Frank Herold**
- **Dipl.-Volkswirt Benedikt Schult**
- **Assessorin Silvia Schwegmann**
- **Dipl.-Kff. Meltem Uzunlar**

Verbandsbüro

Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln (Bayenthal)
Telefon: 0221 / 3 76 62-0 · Telefax: 0221 / 3 76 62-10
Postanschrift: Postfach 51 10 40, 50946 Köln
Internet: <http://www.pkv.de>
E-Mail: info@pkv.de

Büro Berlin

Friedrichstraße 191, 10117 Berlin
Telefon: 030 / 20 45 89 - 0 · Telefax: 030 / 20 45 89 - 31
E-Mail: berlin@pkv.de

Büro Bayern und Baden-Württemberg

Bahnhofstraße 33 B, 82194 Gröbenzell
Telefon: 08142 / 66 73 88 · Telefax: 08142 / 66 75 16
E-Mail: muenchen@pkv.de

I.5. Landesausschüsse

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Baden-Württemberg

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

Vorstand: Ulrich Stenger
(ordentl. Vorstandsmitglied der Süddeutsche)¹
Manfred Benzinger, Prokurist
(Süddeutsche, Telefon: 0711 / 57 78-0,
Telefax: -7 77)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Bayern

Wargauer Straße 30 (Bayerische Beamten-
krankenkasse), 81539 München
Postanschrift: Maximilianstraße 53,
81537 München

Vorstand: Wolfgang Reif
(ordentl. Vorstandsmitglied der Bayerische
Beamtenkrankenkasse und der UNION)
Hermann Ramsauer, Abteilungsleiter
– zuständig für Krankenhaus-Fragen –
(Bayerische Beamtenkrankenkasse, Telefon:
089 / 21 60-23 00, Telefax: -83 79)
Herbert Kneps, Prokurist
– zuständig für Arzt-Fragen –
(Allianz Private Kranken,
Telefon: 089 / 67 85-52 44, Telefax: -53 90)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Berlin

Stresemannstraße 111 (DKV)
10963 Berlin

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

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Brandenburg

Stresemannstraße 111 (DKV)
10963 Berlin

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

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Bremen

Remberti-Ring 11a (Landeskrankenhilfe)
28195 Bremen

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow
(Vorstandsvorsitzender der Landeskrankenhilfe)
Gottfried Glaser-Gallion, Prokurist
(Landeskrankenhilfe, Telefon: 04131 / 7 25-207,
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)
Monika Möhlig-Doetsch, 1. Handlungsbevoll-
mächtigte (SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Hessen

Frankfurter Straße 50 (DBV)
65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65178 Wiesbaden

Vorstand: N.N.
Dr. Achim Kramer, Prokurist
(DBV, Telefon: 0611 / 3 63-49 46, Telefax: -45 04)
Thomas Kosch
(DBV, Telefon: 0611 / 3 63-41 13, Telefax: -45 04)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Mecklenburg-Vorpommern

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

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

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Niedersachsen

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

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow
(Vorstandsvorsitzender der Landeskrankenhilfe)
Gottfried Glaser-Gallion, Prokurist
(Landeskrankenhilfe, Telefon: 04131 / 7 25-207,
Telefax: 40 34 02)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Nordrhein-Westfalen

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

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

¹ Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Rheinland-Pfalz

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

Vorstand: Roland Weber

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

Vorstand: Wolfgang Lohmann

Thomas List (Direktor der INTER)
Hans Stumpf, Prokurist
(INTER, Telefon: 0621 / 4 27-3 48, Telefax: -9 44)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen-Anhalt

Ruhrallee 92 – 94 (Continentale)
44139 Dortmund

Vorstand: Wolfgang Lohmann

Klaus Böcker, Handlungsbevollmächtigter
(Continentale, Telefon: 0231 / 9 19-23 82,
Telefax: -30 74)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Saarland

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

Vorstand: Dr. Hans Olav Herøy

(ordentl. Vorstandsmitglied der Bayer. Beam-
tenkrankenkasse AG und der Union)
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 Schleswig-Holstein

Kapstadtring 5 – 8 (SIGNAL)
22297 Hamburg
Postanschrift: 22289 Hamburg

Vorstand: Dr. Karl-Josef Bierth

(ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL)
Monika Möhlig-Doetsch, 1. Handlungsbevoll-
mächtigte (SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen

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

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Thüringen

Fritz-Schäffer-Straße 9 (Allianz Private
Kranken), 81737 München
Korrespondenzanschrift: 80291 München
(Allianz Private Kranken)

Vorstand: Wolfgang Lohmann

Herbert Kneps, Prokurist
(Allianz Private Kranken,
Telefon: 089 / 67 85-52 44, Telefax: -53 90)



Regensburger Dom

I.6 Mitgliedsunternehmen

(Stand: April 2007)



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



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Moorgärten 12 - 14, 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
Prinzregentenplatz 9, 81675 München
Postanschrift: Postfach 86 01 29, 81628 München
Tel.: (089) 41 24-02 / Fax: (089) 41 24-25 25
www.arag.de
service@arag.de



ASSTEL Krankenversicherung AG
Wiener Platz 4, 51065 Köln
Postanschrift: 51175 Köln
Tel.: (0221) 96 77-6 77 / Fax: (0221) 96 77-1 00
www.asstel.de
info@asstel.de



AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Colonia-Allee 10 - 20, 51067 Köln
Postanschrift: 50592 Köln
Tel.: (0180) 3 55 66 22 / Fax: (0221) 1 48-3 62 02
www.axa-kranken.de
service@axa-kranken.de



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



Finanzgruppe

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



Bayerische Beamten Versicherungen
BBV Krankenversicherung AG

BBV-Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München
Postanschrift: 81732 München
Tel.: (089) 67 87-0 / Fax: (089) 67 87-91 50
www.bbv.de
Krankenversicherung@bbv.de



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



CONCORDIA
Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

CONCORDIA Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft
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

DBV-winterthur

DBV-Winterthur Krankenversicherung AG
Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65178 Wiesbaden
Tel.: (0611) 3 63-0 / Fax: (0611) 3 63-40 15
www.dbv.de
info@dbv-winterthur.de



Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit
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.**
Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: (040) 35 99-0 / Fax: (040) 35 99-22 81
www.deutscherring.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 Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**
Aachener Straße 300, 50933 Köln
Postanschrift: 50594 Köln
Tel.: (0221) 5 78-0 / Fax: (0221) 5 78-36 94
www.dkv.com
kunden-center@dkv.com



**DÜSSELDORFER VERSICHERUNG
Krankenversicherungsverein a.G.**
Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Tel.: (0211) 35 59 00-0 / Fax: (0211) 35 59 00-20
www.duesselder-versicherung.de
service@duesselder-versicherung.de

ENVIVAS Krankenversicherung AG

Gut versichert. Besser Zusatzversichert.

ENVIVAS Krankenversicherung AG
Gereonswall 68, 50670 Köln
Tel.: (01802) 58 96 32 / FAX: (0221) 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de

EUROPA VERSICHERUNGEN

**EUROPA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**
Piusstraße 137, 50931 Köln
Postanschrift: 50595 Köln
Tel.: (0221) 57 37-01 / Fax: (0221) 57 37-2 01
www.europa.de
info@europa.de



FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG
Friedrich-Ebert-Anlage 3, 60327 Frankfurt
Postanschrift: Postfach 11 07 52, 60042 Frankfurt
Tel.: (069) 9 74 66-0 / Fax: (069) 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de


Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
 Postanschrift: 50598 Köln
 Tel.: (0221) 30 90-0 / Fax: (0221) 30 90-30 99
 www.gothaer.de
 info@gothaer.de


HALLESCHER

Private Krankenversicherung

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

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


HanseMerkur Krankenversicherung aG

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

HanseMerkur Speziale Krankenversicherung AG

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


HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

Willi-Hussong-Straße 2, 96447 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: Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim
 Tel.: (0621) 4 27-4 27 / Fax: (0621) 4 27-9 44
 www.inter.de
 info@inter.de


KarstadtQuelle Krankenversicherung AG

Karl-Martell-Straße 60, 90431 Fürth
 Postanschrift: Nürnberger Straße 91 - 95,
 90758 Fürth
 Tel.: (0911) 1 48-01 / Fax: (0911) 1 48-17 00
 www.kqv.de
 info@kqv.de

Kranken- und Sterbekasse „Mathilde“ Hainstadt VVaG

Ernst-Ludwig-Straße 5, 63512 Hainburg
 Postanschrift: Postfach 45 00, 63509 Hainburg
 Tel.: (06182) 47 29 / Fax: kein Fax
 mathilde@tuc-kunden.de

Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

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


Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

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

LIGA

KRANKENVERSICHERUNG KATHOLISCHER PRIESTER VVaG REGENSBURG

LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG Regensburg

Dr.-Theobald-Schrems-Str. 3, 93055 Regensburg
 Postanschrift: 93042 Regensburg
 Tel.: (0941) 40 95-2 01 / Fax: (0941) 40 95-2 09
 www.liga-krankenversicherung.de
 service@ligakranken.de


LVM Krankenversicherungs-AG

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



Mannheimer Krankenversicherung AG
Augusta-Anlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Tel.: (0621) 4 57-0 / Fax: (0621) 4 57-42 43
www.mannheimer.de
service@mannheimer.de



Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG
Berckhusenstraße 146, 30625 Hannover
Postanschrift: Postfach 61 04 80, 30604 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
Benrather Schlossallee 33, 40597 Düsseldorf
Postanschrift: Postfach 18 03 63, 40570 Düsseldorf
Tel.: (0211) 99 63-0 / Fax: (0211) 99 63-1 63
www.familienfuersorge.de
info@familienfuersorge.de



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



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



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

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



ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese Rottenburg-Stuttgart
– Kranken- und Sterbekasse (KSK) – V.V.a.G.
Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart
Tel.: (0711) 60 07 38 / Fax: (0711) 6 07 44 12
www.stmartinusvwag.de
info@stmartinusvwag.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
AKTIENGESELLSCHAFT**

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 07-15 74
www.universa.de
info@universa.de

VICTORIA

Ein Unternehmen der
ERGO Versicherungsgruppe.

**VICTORIA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**

Victoriaplatz 2, Eingang Fischerstraße 2,
40477 Düsseldorf
Postanschrift: 40198 Düsseldorf
Tel.: [0211] 4 77-0 / Fax: [0211] 4 77-43 56
www.victoria.de
krankenversicherung@victoria.de



**Volksfürsorge Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**

Besenbinderhof 43, 20097 Hamburg
Postanschrift: 20084 Hamburg
Tel.: [040] 28 65-0 / Fax: [040] 28 65-25 15
www.volksfuersorge.de
info@volksfuersorge.de



**Württembergische Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**

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

**Außerordentliches
Mitgliedsunternehmen:**



**Vereinigte Versicherungsgesellschaft
von Deutschland**

Friedrich-Bergius-Straße 9, 65203 Wiesbaden
Tel.: [0611] 238-0 / FAX: [0611] 238-107
www.combinedeurope.com/germany/
infowd@de.combined.com

Verbundene Einrichtungen:



Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Hauptverwaltung
Rödelheimer Straße 51, 60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53,
60606 Frankfurt/Main
Tel.: [069] 2 47 03-111 / Fax: [069] 2 47 03-199
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de



Postbeamtenkrankenkasse

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

II. Wettbewerbsrichtlinien der Versicherungswirtschaft

Die Verbände der Versicherungswirtschaft, nämlich der

- Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

haben mit den Verbänden des Versicherungsaufwendendienstes, nämlich dem

- Bundesverband der Assekuranzführungskräfte e. V. (VGA)
- Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute e. V. (BVK)

zur/zum

- Förderung der Sicherstellung des Leistungswettbewerbs zwischen den Versicherern und zwischen den Vermittlern
- Förderung und Sicherstellung eines lauterer Geschäftsgebarens
- Schutz des Verbrauchers vor unlauterem Wettbewerbsverhalten
- Gewährleistung der Qualität der Vermittlung und Beratung

die folgenden Richtlinien formuliert.

Diese Richtlinien beruhen auf den Anschauungen der beteiligten Wirtschaftskreise und geben darüber Auskunft, was im Vorsorge- und Versicherungsbereich als gute Sitten gilt. Sie konkretisieren somit das allgemeine Wettbewerbsrecht für Versicherungsunternehmen und Versicherungsvermittler.

Als Versicherungsvermittler gelten Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler. Als Versicherungsvertreter gelten die selbstständigen Vertreter im Sinne der §§ 84, 92 HGB und die Angestellten im Außendienst.

ALLGEMEINER TEIL

A. Allgemeine Grundsätze des Wettbewerbs

1. Fairer Leistungswettbewerb/Datenschutz

Der Wettbewerb in der Versicherungswirtschaft beruht auf dem Leistungsprinzip und darf nur sachlich mit ehrlichen und anständigen Mitteln geführt werden.

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind einzuhalten.

2. Sicherung des Vertrauens in die Versicherungswirtschaft und Wahrung der guten kaufmännischen Sitten

Da die Versicherungswirtschaft auf Vertrauen angewiesen ist, muss im Wettbewerb alles vermieden werden, was geeignet sein könnte, dieses

Vertrauen zu stören, insbesondere einen falschen Eindruck über Leistung und Gegenleistung hervorzurufen.

Die Versicherungsunternehmen und die Vermittler haben untereinander sowie gegenüber Dritten, insbesondere gegenüber dem Verbraucher, darauf zu achten, dass die guten kaufmännischen Sitten und damit das Ansehen der gesamten Versicherungswirtschaft und des einzelnen Berufsangehörigen gewahrt bleiben.

3. Verbot der Verunglimpfung

Im Wettbewerb haben unwahre oder herabsetzende Äußerungen über andere Versicherungsunternehmen, Versicherungsvermittler oder Konkurrenzprodukte zu unterbleiben.

Wer im Wettbewerb solche oder andere unrichtige Behauptungen, die Konkurrenzunternehmen oder -vermittler schädigen können, aufstellt oder verbreitet, kann sich nicht nur Unterlassungs- und Schadenersatzansprüchen aussetzen, sondern auch strafbar machen.

4. Verantwortlichkeit der Vorstände

Die Vorstände der Versicherungsunternehmen sind für die Führung des Wettbewerbs verantwortlich. Ihnen obliegt damit auch die Aufsicht über die Werbung der Vertreter, insbesondere über Inhalt und Gestaltung der Werbemittel.

B. Grundsätze für die Zusammenarbeit mit Versicherungsvermittlern

5. Gebot der Zuverlässigkeit, der Vertrauenswürdigkeit und der fachlichen Eignung

Versicherungsvermittler müssen die erforderliche Zuverlässigkeit, Vertrauenswürdigkeit und die notwendigen Fachkenntnisse besitzen. Hinsichtlich der Zuverlässigkeit wird insbesondere auf die jeweils gültigen Anordnungen der Aufsichtsbehörde sowie die Richtlinien der Auskunftsstelle über den Versicherungs-/Bausparkassenaufwendendienst und Versicherungsmakler in Deutschland e. V. (AVAD) verwiesen. Die notwendigen Fachkenntnisse können hauptberufliche Vermittler z. B. durch die Qualifikation zum „Versicherungsfachmann/-fachfrau (BWV)“ nachweisen. Darüber hinaus sind die weiteren rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten.

1. Pflichten bei der Anwerbung von Vermittlern

6. Anwerbung von Vertretern

Bei der Anwerbung von Vertretern dürfen keine irreführenden Angaben gemacht, insbesondere keine günstigeren Vertragsbedingungen, Verdienst- oder Aufstiegsmöglichkeiten vorgespiegelt werden als tatsächlich geboten werden oder geboten werden können. Die in Aussicht gestellten Möglichkeiten sollen jedem Bewerber bei normalen Leistungen, nicht nur in Einzelfällen unter

besonders günstigen Voraussetzungen, erreichbar sein.

Bei der Anwerbung sind Aussagen wie „Fachkenntnisse nicht erforderlich“ ohne Hinweis auf eine sorgfältige Einarbeitung unzulässig. Außerdem muss erkennbar sein, ob hauptberufliche oder nebenberufliche Vertreter gesucht werden.

Eine Anwerbung von Vertretern liegt auch vor, wenn dritte Personen um Bekanntgabe geeigneter Bewerber gebeten werden.

7. Nicht belegt

8. Abwerbung von Vertretern

Es ist unzulässig, Vertreter durch unlautere Mittel abzuwerben. Unlauter ist insbesondere:

- die Verleitung zu einer vertragswidrigen Übernahme einer zusätzlichen Vertretung;
- eine planmäßige Abwerbung, die eine nachhaltige Schädigung eines Mitbewerbers bezweckt oder eine Existenzgefährdung des Mitbewerbers billigend in Kauf nimmt;
- die Herabsetzung eines Mitbewerbers oder seiner Konkurrenzprodukte zum Zwecke der Abwerbung;
- die Abwerbung mit unwahren Äußerungen.

9. Auskunftserteilung und Führungszeugnis

Mit hauptberuflichen Vermittlern darf – vorbehaltlich weitergehender gesetzlicher Anforderungen – grundsätzlich erst zusammengearbeitet werden, wenn

- a) eine Auskunft bei der AVAD eingeholt ist;
- b) ein lückenloser Lebenslauf und ein Führungszeugnis neuen Datums im Original vorliegt;
- c) ein Auszug aus dem Gewerbezentralregister neuen Datums im Original vorliegt;
- d) sich hiernach unter Berücksichtigung der einschlägigen Bestimmungen der Aufsichtsbehörde und der Auskünfte der AVAD keine Bedenken gegen die Verpflichtung ergeben;
- e) eine Registrierung erfolgt ist, sofern eine solche gesetzlich vorgeschrieben ist.

Das Gleiche gilt, wenn ein nebenberuflicher Vermittler künftig hauptberuflich tätig werden soll.

Soweit die angeforderten Nachweise auch nach Setzung einer Frist von sechs Wochen nicht vorgelegt werden, sollte eine bereits im Vertrauen auf die Vorlage eingegangene Zusammenarbeit beendet werden.

Bei mehrstufigen Vermittlungsverhältnissen haben die Versicherungsunternehmen mit den mit ihnen unmittelbar zusammenarbeitenden Vermittlern zu vereinbaren, dass diese die Zuverlässigkeit sämtlicher nachgeordneter Vertriebsmitarbeiter gemäß vorstehenden Anforderungen überprüfen.

Bei nebenberuflichen Vermittlern, deren Tätigkeit erheblich wird, ist nach pflichtgemäßem Ermessen zu prüfen, ob die Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses verlangt werden soll.

10. Verbot des Abschlusses von Vertreterverträgen mit Mitgliedern der Vorstände der Versicherungsunternehmen

Es ist unzulässig, Vertreterverträge mit Mitgliedern des Vorstandes von Versicherungsunternehmen abzuschließen.

11. Verbot des Abschlusses von Vertreterverträgen mit Versicherungsmaklern

Die Verbindung der Tätigkeiten von Versicherungsmakler und Versicherungsvertreter bringt die Gefahr von Interessenkollisionen und einer Täuschung der Versicherungsnehmer mit sich. Die Tätigkeiten sind deshalb ihrer Aufgabenstellung nach miteinander unvereinbar. Dieser Unvereinbarkeit widerspricht es, Vertreterverträge mit Versicherungsmaklern oder mit juristischen Personen oder Personenvereinigungen abzuschließen, auf die Versicherungsmakler – unmittelbar oder mittelbar – einen maßgeblichen Einfluss ausüben.

12. Verbot des Abschlusses von Vertreterverträgen mit Angehörigen der rechts- und steuerberatenden Berufe

Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Rechtsbeistände, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigte, vereidigte Buchprüfer, beratende Ingenieure, Lohnsteuerhilfevereine und andere Personen, bei denen ein rechtliches Hindernis der Übernahme der Vermittlertätigkeit entgegensteht, dürfen nicht als Vertreter verpflichtet oder als Gelegenheitsvermittler gewonnen werden; Provisionen dürfen ihnen nicht in Aussicht gestellt oder gezahlt werden. Dasselbe gilt für Maßnahmen, die lediglich eine Umgehung dieses Verbotes bewirken sollen, z. B. durch Verpflichtung der Ehegatten von Angehörigen der genannten Berufe.

13. Nicht belegt

14. Keine öffentlichen Provisionszusagen an Anschriftenvermittler

Es ist unzulässig, öffentlich für den Nachweis von Versicherungsinteressenten eine Vergütung zuzusagen. Den Versicherungsunternehmen ist jedoch das Ansprechen des eigenen Versicherungsnehmerkreises und die Zusage an die Mitglieder dieses Kreises, für den Anschriftennachweis bei Zustandekommen eines Versicherungsvertrages eine geringe Vergütung zu zahlen, gestattet.

15. Nicht belegt

16. Verpflichtung auf diese Wettbewerbsrichtlinien

Diese Richtlinien sind den Vermittlern in zweckentsprechender Form zur Kenntnis zu bringen. Die Vertreter sind zu verpflichten, sie in ihrer jeweiligen Fassung zu beachten.

II. Pflichten bei der Bewerbung eines hauptberuflichen Vermittlers

17. Angaben über persönliche und berufliche Verhältnisse

Wer sich um eine hauptberufliche Tätigkeit als Versicherungsvermittler bewirbt (Bewerber),

muss über seine persönlichen und beruflichen Verhältnisse, soweit diese für das Vermittlungsverhältnis von Interesse sind, vollständige und wahre Angaben machen.

Juristische Personen oder Personengesellschaften sowie die nicht unter ihrem bürgerlichen Namen auftretenden Personen müssen bei der Bewerbung um eine Vermittlungstätigkeit sowohl die sämtlichen Firmeninhaber bzw. Gesellschafter als auch die sämtlichen mit der Geschäftsführung betrauten Personen namhaft machen und auch über deren persönliche und berufliche Verhältnisse, soweit diese für das Vermittlungsverhältnis von Interesse sind, vollständige und wahre Angaben machen.

18. Nachweis der beruflichen Tätigkeit

Die Bewerber müssen ihre bisherige berufliche Tätigkeit lückenlos nachweisen.

19. Anderweitige vertragliche Bindungen

Bewerber, die schon als selbstständige Vertreter eines oder mehrerer anderer Versicherungsunternehmen oder Vermittler tätig sind, müssen außerdem eine Erklärung darüber abgeben, für welche Versicherungsunternehmen sie bereits tätig sind und ob ihnen die Übernahme der erstrebten weiteren Vertretung vertraglich gestattet ist.

Bewerber, deren Familienangehörige für andere Versicherungsunternehmen oder Vermittler tätig sind und mit dem Bewerber in Wohn- oder Bürogemeinschaft leben, müssen dem Versicherungsunternehmen oder Vermittler hierüber aufaufgefordert Auskunft geben.

20. Nicht belegt

21. Nicht belegt

C. Grundsätze für das Verhalten im Wettbewerb

I. Wahrheit und Klarheit im Wettbewerb

22. Allgemeine Anforderungen an die Werbung

Die Werbung, insbesondere durch Werbeschriften, Werbeanzeigen oder sonstige Werbemittel, muss eindeutig, klar verständlich und wahrheitsgetreu sein; Übertreibungen sind zu vermeiden. Es ist unzulässig, etwas, das in der Versicherungswirtschaft selbstverständlich ist, als Besonderheit eines Unternehmens herauszustellen.

Dies gilt auch für die Angaben der Vermittler über ihre persönlichen und beruflichen Verhältnisse, insbesondere über die ihnen übertragenen Befugnisse.

In allen Werbemedien sollen Monat und Jahr des Erscheinens soweit möglich angegeben werden.

23. Täuschungsverbot

Es ist unzulässig, Versicherungsinteressenten, Versicherungsnehmer oder Versicherte über die Prämienverpflichtungen, Obliegenheiten, Leis-

tungsansprüche oder andere wesentliche Bedingungen des Versicherungsvertrages zu täuschen oder in einem erkennbaren Irrtum zu halten. Insbesondere darf weder mündlich noch schriftlich behauptet oder der Anschein erweckt werden, dass ein uneingeschränkter Versicherungsschutz geboten wird, wenn die Versicherungsbedingungen oder Tarife Einschränkungen irgendwelcher Art vorsehen.

Tarifliche Höchstleistungen dürfen nur in Zusammenhang mit den in den Bedingungen festgelegten Voraussetzungen genannt werden.

Wer sich im Wettbewerb fremder Äußerungen (z. B. aus den Medien) bedient, macht sich diese zu eigen und ist für sie wie für eigene Äußerungen verantwortlich.

Die Versicherungsnehmer müssen auf alle Vertragsänderungen, die ihre Rechte und Pflichten berühren, in unmissverständlicher Form hingewiesen werden. Ihre Zustimmung darf nicht durch Täuschung oder Ausnutzung eines Irrtums erlangt werden.

Es ist unzulässig, mit Schlagworten wie „Konkurrenzlose Versicherung“, „Versicherung zu Selbstkosten“, „Versicherung unter Selbstkosten“, „Kostenlose Versicherung“ oder „Kostenlose Vermittlung“ zu werben.

Vertreter dürfen nicht als Makler auftreten; Makler dürfen nicht als Vertreter auftreten.

24. Firmenwahrheit

Die Firmierung der Versicherungsunternehmen und der selbstständigen Vermittler soll den Geschäftsgegenstand klar, vollständig und richtig erkennen lassen. Die Firmierung von Einzelkaufleuten muss insbesondere einen Hinweis auf die Eintragung im Handelsregister als Kaufmann/-frau enthalten. Unzulässig ist eine Firmierung, die über die wirtschaftliche Funktion, insbesondere die Vermittlereigenschaft, täuschen kann.

Soweit Versicherungsvermittler z. B. Bezeichnungen wie „Versicherungsdienst“, „Versicherungsstelle“ bzw. „Versicherungskanzlei“ führen, ist ein klarstellender Vermittlerzusatz erforderlich.

25. Anonymer Wettbewerb

Versicherungsvertragsunterlagen müssen die Firma und Anschrift des Versicherungsunternehmens (Risikoträger) durch den Druck oder in sonstiger Weise deutlich an leicht auffindbarer Stelle erkennen lassen. Hinweise auf die Konzernzugehörigkeit können zusätzlich aufgenommen werden.

Vertreter müssen die Firma des von ihnen vertretenen Versicherungsunternehmens nennen und sich jederzeit, z. B. durch einen Ausweis oder eine Visitenkarte, als Vertreter dieses Versicherungsunternehmens legitimieren können. Makler müssen im Wettbewerb bei der Vermittlung von konkreten Versicherungsangeboten den jeweiligen Risikoträger nennen.

Selbstständige Vermittler müssen im Schriftverkehr darüber hinaus ihre Firma bzw. ihren

bürgerlichen Namen mit mindestens einem voll ausgeschriebenen Vornamen angeben. In Versicherungsvertragsunterlagen muss die Firma bzw. der Name der selbstständigen Vertreter gegenüber der Firma des vertretenen Versicherungsunternehmens untergeordnet werden. In Werbemedien darf der Name bzw. die Firma des Vertreters gegenüber dem Namen des Unternehmens nicht im Vordergrund stehen.

26. Titel und Berufsbezeichnung

Es ist unzulässig, Titel oder Berufsbezeichnungen zu verleihen oder zu führen, sofern hierdurch ein falscher Eindruck über die Aufgaben, Zuständigkeiten, Vollmachten oder fachliche Qualifikationen hervorgerufen werden könnte.

Die Vertreter dürfen im Geschäftsverkehr nur die ihnen aufgrund des Vertretungsverhältnisses ausdrücklich verliehenen Titel führen.

Titel und Amts- oder Berufsbezeichnungen aus einer früheren Tätigkeit dürfen im Geschäftsverkehr nur geführt werden, wenn sie als solche erkennbar sind und nicht in der Absicht gebraucht werden, sich hierdurch einen sachlich ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil zu verschaffen.

Vermittler, die irreführende Titel oder Bezeichnungen führen, und Versicherungsunternehmen, die ein solches Verhalten dulden, müssen den hierdurch erweckten falschen Anschein in seinen Folgen gegen sich gelten lassen.

27. Redaktionelle Werbung

Redaktionelle Werbung ist ohne Kennzeichnung als Anzeige unzulässig. Dies gilt auch für fachliche Veröffentlichungen, die zu Wettbewerbszwecken verwendet werden. Diese sind außerdem sachlich zu halten.

II. Belästigende / Bezug nehmende Werbung

28. Belästigende Werbung

Unlauter handelt, wer Versicherungsinteressenten oder Versicherungsnehmer unzumutbar belästigt.

29. Werbung mit der eigenen Leistung/Vergleichende Werbung

Die Werbung soll sich auf das Hervorkehren der eigenen Leistung in sachlicher und positiver Form beschränken.

Vergleichende Werbung ist darüber hinaus nur in den vom allgemeinen Wettbewerbsrecht gezogenen Grenzen zulässig. Sie muss wahr, sachlich und vollständig sein, darf für den Vergleich wesentliche Tatsachen nicht unterdrücken und hat Leistungs- und Beitragsunterschiede in sachlicher Form und Aufmachung anhand nachprüfbarer Tatsachen darzustellen.

Der Verbraucher darf durch die vergleichende Werbung nicht irreführt werden. Die Möglichkeit einer solchen Irreführung besteht angesichts der sehr unterschiedlichen Produktgestaltung der einzelnen Unternehmen und damit verbundenen Bedingungs- und Tarifvielfalt in der Versicherungswirtschaft in besonderem Maße. Deshalb darf in

der Werbung, insbesondere in Werbeschriften, Werbeanzeigen oder sonstigen Werbemedien, auf Tarife, Bedingungen oder Kosten von anderen Versicherungsunternehmen, auf Durchschnittsdaten der Versicherungswirtschaft und auf fremde Leistungs- und Beitragsvergleiche nur Bezug genommen werden, wenn die Voraussetzungen für einen echten Leistungs- bzw. Beitragsvergleich objektiv gegeben sind. Aus den gleichen Gründen ist bei Hinweisen auf die Rechtsform der Versicherungsunternehmen sowie auf deren Organisationsaufbau und dadurch bedingte Kosten besonders darauf zu achten, dass die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind.

30. Nicht belegt

31. Hinweise auf versicherungsfremde Bindungen

Es ist unzulässig, sich Empfehlungen von Behörden, Körperschaften, Berufs- oder Wirtschaftsorganisationen oder sonstigen Stellen außerhalb der Versicherungswirtschaft durch Täuschung oder in einer sonst gegen die guten Sitten verstößenden Weise zu beschaffen und sie zu verwenden, sich auf Empfehlungen mit irreführendem Inhalt zu berufen oder bei der Verwendung von Empfehlungen den Eindruck zu erwecken, als bestehe eine Erwartung oder ein Zwang der empfehlenden Stelle zu einem Versicherungsabschluss. Der Hinweis auf versicherungsfremde Bindungen eines Versicherungsunternehmens politischer, berufsständischer, gewerkschaftlicher, religiöser oder ähnlicher Art ist nur zulässig, wenn die behauptete Bindung nachweisbar besteht.

III. Verbot der Ausnutzung fremden Ansehens

32. Keine Werbung mit Persönlichkeiten des politischen Lebens

Mit Persönlichkeiten aus dem politischen Leben sollte bei gleichzeitiger Ausnutzung staatlicher Autorität nicht geworben werden.

33. Veranlassung von Dank- und Empfehlungsschreiben

Unzulässig ist es, Versicherungsnehmer, Versicherte, Geschädigte oder deren Angehörige zu Danksagungen und Empfehlungsschreiben zu veranlassen.

34. Veröffentlichung von Gutachten

Gutachten, Zertifizierungen oder ähnliche Bewertungen sollen zu Werbezwecken nur veröffentlicht oder erwähnt werden, wenn sie von wissenschaftlich oder sachlich hierzu berufenen Personen erstellt worden sind. Gleichzeitig sind Name, Beruf und Anschrift des Sachverständigen oder des Verfassers bzw. die Quelle anzugeben.

35. Nicht belegt

36. Keine Werbung mit der Versicherungsaufsicht

Es ist unzulässig, mit dem Bestehen der Versicherungsaufsicht als Besonderheit eines Unternehmens zu werben.

IV. Versicherungsberatung

37. Zulässigkeitsvoraussetzungen

Die Vermittler dürfen in Versicherungsangelegenheiten nur dann beraten, wenn zwischen ihrer Beratung und der Versicherungsvermittlung ein unmittelbarer Zusammenhang besteht. Dieser ist nur gegeben, wenn die Vermittler die Versicherungsinteressenten, Versicherungsnehmer oder Versicherten im Rahmen ihrer Vermittlertätigkeit über den Abschluss eines neuen oder die Ausführung eines bestehenden Versicherungsvertrages beraten.

Soweit die Versicherungsberatung zulässig ist, muss für alle Beteiligten stets offenkundig sein, dass sie durch geschäftlich interessierte Vermittler namentlich genannter Versicherungsunternehmen erfolgt. Die Vermittler dürfen sich nicht „Versicherungsberater“ oder „Versicherungstreuhänder“ nennen oder ähnliche Bezeichnungen bzw. Abkürzungen verwenden. Auch Doppelbezeichnungen wie „Versicherungsberater und -vermittler“ sind nicht zulässig.

Die vorstehenden Grundsätze gelten entsprechend für die Beratung in Steuerangelegenheiten.

Versicherungsberater ist und darf sich nur nennen, wer nach Artikel 1 § 1 Absatz 1 Rechtsberatungsgesetz vom zuständigen Amtsgerichts- oder Landgerichtspräsidenten seines zuständigen Wohnsitzes als Versicherungsberater zugelassen ist. Ein zugelassener Versicherungsberater darf keine Versicherungsverträge vermitteln.

38. Werbung mit Hinweisen auf die Versicherungsberatung

Die Vertreter dürfen nicht mit besonderen Hinweisen auf die mit der Ausübung ihres Berufes naturgemäß verbundene Beratung werben. Hiermit würde nämlich die falsche Vorstellung erweckt, es werde mit der Beratung etwas Besonderes angeboten, was von anderen Vertretern nicht erwartet werden kann.

39. Beratung in Sozialversicherungsfragen

Im Bereich der Personenversicherung darf in sozialversicherungsrechtlichen Fragen nur beraten werden, wenn die Beratung mit einem angestrebten Versicherungsabschluss unmittelbar zusammenhängt. Bei werbenden Hinweisen auf eine sozialversicherungsrechtliche Beratung muss der unmittelbare Zusammenhang der angekündigten Beratung mit dem angestrebten Abschluss von Versicherungsverträgen deutlich werden. Es darf nicht der Eindruck erweckt werden, als werde die Beratung im Auftrag eines Sozialversicherungsträgers, einer berufsständischen Kammer oder einer sonstigen amtlichen oder halbamtlichen Stelle erteilt.

V. Besonderheiten und Verbote

40. Vergabe und Annahme von Zuwendungen

Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen und Vermittler dürfen anderen Personen keine Zuwendungen, Geschenke oder sonstige Vorteile für

diese oder für einen Dritten anbieten, versprechen oder gewähren, die geeignet sind, geschäftliche Entscheidungen in unlauterer Weise zu beeinflussen.

Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen und Vermittler dürfen keine Zuwendungen, Geschenke oder sonstige Vorteile für sich oder für einen Dritten fordern, sich versprechen lassen oder annehmen, die geeignet sind, geschäftliche Entscheidungen in unlauterer Weise zu beeinflussen.

41. Verbot von Sondervergütungen (u. a. Provisionsabgabe) und Begünstigungsverträge

Auch nach Wegfall von Rabattgesetz und Zugabeverordnung am 25. Juli 2001 gelten die Anordnungen des Reichsaufsichtsamtes für das Versicherungswesen vom 8.3.1934 (Ranz. Nr. 58) und 5.6.1934 (Ranz. Nr. 129) sowie die Verordnung des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen vom 17.8.1982 (BGBl. I, S. 1243) über Sondervergütungen und Begünstigungsverträge weiter.

42. Gewährung von Darlehen

Bei der Gewährung von Darlehen durch Versicherungsunternehmen sind Versicherungsverträge zu beachten, die bei anderen Versicherungsunternehmen im Zeitpunkt der Darlehensgewährung bestehen. Mit diesem Grundsatz steht es nicht im Widerspruch, wenn das Darlehen gewährend oder ein ihm nahestehendes Versicherungsunternehmen verlangt, dass es an den bestehenden Versicherungsverträgen des Darlehensnehmers angemessen beteiligt wird. Unlauter ist es hingegen, wenn ein Darlehensnehmer gezwungen wird, von dem besitzenden Versicherungsunternehmen die vorzeitige Aufhebung eines noch auf längere Zeit bestehenden Versicherungsvertrages zu verlangen. Im Zusammenhang mit solchen Darlehensgeschäften sind keine Versicherungsabschlüsse mit Dritten (z. B. Mietern, Lieferanten, Abnehmern oder Arbeitnehmern) anzustreben. Dem Darlehen gewährenden Versicherungsunternehmen ist es nicht verwehrt, zu seiner Sicherheit einen vollen Versicherungsschutz zu verlangen.

Wird zur Sicherung eines Darlehens ein Lebensversicherungsvertrag geschlossen, so darf die Versicherungssumme das Darlehen nicht in sittenwidriger Weise übersteigen. Deshalb sollte die Versicherungssumme nicht höher als das Darlehen nebst Zinsen für ein Jahr sein. Unter dieses Verbot fallen nicht

- a) langfristige, nach Geschäftsplänen der Lebensversicherungsunternehmen erfolgende Darlehensgeschäfte, bei denen entweder das Lebensversicherungsunternehmen selbst der Darlehensgeber ist oder bei denen aktuariell festgelegt ist, in welcher Weise das Darlehen beschafft und unter welchen Bedingungen es gegeben wird;
- b) im Grundbuch gesicherte Darlehen an Versicherungsnehmer seitens ihres Lebensversicherungsunternehmens.

43. Unzulässigkeit der Ausspannung

Es ist unzulässig, in fremde Versicherungsbestände mit unlauteren Mitteln einzudringen.

44. Zeitschriftenversicherung

Die Vermittlung und der Abschluss von Versicherungsverträgen darf mit der Lieferung periodischer Druckschriften nur nach Maßgabe der aufsichtsbehördlichen Anordnungen verbunden werden.

45. Nicht belegt

46. Nicht belegt

47. Erhebung von Nebenkosten

Versicherungsunternehmen und Vermittler dürfen nur die vertraglich vereinbarten Nebenkosten erheben.

BESONDERER TEIL**A. Lebensversicherung****I. Ausspannung von Versicherungen****48. Unzulässigkeit der Ausspannung**

Eine Ausspannung liegt vor, wenn ein Versicherungsunternehmen oder der für das Unternehmen Handelnde in der Absicht, eine Versicherung abzuschließen oder zu vermitteln, vorsätzlich jemanden dazu veranlasst, ein anderwärts bestehendes Versicherungsverhältnis vorzeitig zu lösen. Da die Ausspannung in der Lebensversicherung für die versicherten Personen in der Regel mit Nachteilen verbunden ist, soll diese unterbleiben. Die Ausspannung mit unlauteren Mitteln oder auf unlaute Weise ist unzulässig. Eine unzulässige Ausspannung liegt insbesondere vor, wenn eine nach den Umständen erforderliche Aufklärung über die mit der Vertragsbeendigung verbundenen Nachteile unterblieben ist.

49. Nicht belegt

50. Nicht belegt

51. Verfahren in Ausspannungsfällen

Behauptet ein Versicherungsunternehmen unter Darlegung eines bestimmten Sachverhalts eine unzulässige Ausspannung oder einen Ausspannungsversuch, soll das von dieser Behauptung betroffene Versicherungsunternehmen dazu binnen Monatsfrist nach Aufforderung eingehend Stellung nehmen. Einigen sich die Versicherungsunternehmen nicht, soll unter Einschaltung des GDV eine gütliche Beilegung versucht werden, bevor ein ordentliches Gericht angerufen wird.

52. Rückgängigmachung der Ausspannung

Ist eine unzulässige Ausspannung erfolgt, soll das zweite Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Unzweckmäßigkeit der Aufgabe der Versicherung das Anerbieten machen, die neue Versicherung bis zur Höhe der ausgespannten Summe aufzuheben und den dafür gezahlten Beitrag abzüglich des geschäftsplanmäßigen Risikobeitrages zu erstatten.

II. Besondere Vorschriften für die Werbung**53. Angaben zur Überschussbeteiligung**

Die Darstellung und Erläuterung zur Überschussbeteiligung muss im Einklang mit den aufsichtsbehördlichen Anordnungen und Verwaltungsgrundsätzen stehen.

54.- 63. Nicht belegt

B Krankenversicherung**I. Ausspannung von Versicherungen****64. Werbung von Versicherungsverträgen**

Aufgabe der Werbung ist es in erster Linie, dafür zu sorgen, dass unversicherte oder nicht ausreichend versicherte Wagnisse Versicherungsschutz erhalten.

65. Unzulässigkeit der Ausspannung

Eine Ausspannung liegt vor, wenn ein Versicherungsunternehmen oder der für das Unternehmen Handelnde in der Absicht, eine Versicherung abzuschließen oder zu vermitteln, vorsätzlich jemanden dazu veranlasst, ein anderwärts bestehendes Versicherungsverhältnis vorzeitig zu lösen. Da die Ausspannung in der Krankenversicherung für die versicherten Personen in der Regel mit Nachteilen verbunden ist, soll diese unterbleiben.

Die Ausspannung mit unlauteren Mitteln oder auf unlautere Weise ist unzulässig. Eine unzulässige Ausspannung liegt insbesondere vor, wenn gegen nachstehende Bestimmungen verstoßen wird:

a) Aufklärung über die mit der Vertragsbeendigung verbundenen Nachteile

Beabsichtigt ein Versicherter, zu einem anderen Versicherungsunternehmen zu wechseln, so ist der Antragsteller auch auf mögliche Nachteile (insbesondere höheres Eintrittsalter, Wartezeiten, Risikozuschläge, Verlust von gesetzlichem Beitragszuschlag und Alterungsrückstellung) hinzuweisen. Außerdem wird auf die im Antrag enthaltene diesbezügliche Aufklärung verwiesen.

b) Verschweigen anzeigepflichtiger Tatbestände seitens des Vermittlers

Der Vermittler handelt unlauter, wenn er bei Ausfüllung des Antrages die ihm durch den Antragsteller mitgeteilten anzeigepflichtigen Umstände nicht vollständig angibt.

66. Nicht belegt

67. Nicht belegt

II. Behandlung von Freigabeanträgen**68. Verpflichtung zur Freigabe**

Wird eine Krankenversicherung beim ersten Versicherungsunternehmen gekündigt, um eine gleichartige bzw. gleichwertige Versicherung (vgl. Nr. 69 Abs. 1) bei einem zweiten Versicherungsunternehmen abzuschließen, so gilt Folgendes:

a) Hat die Versicherung beim ersten Versicherungsunternehmen zum Zeitpunkt des Ausscheidens des Versicherten noch nicht drei Jahre bestanden, so ist das zweite Versicherungsunternehmen zur Freigabe verpflichtet, wenn

aa) der Versicherungsvertrag bei ihm unter Verletzung der Bestimmungen gegen den unlauteren Wettbewerb zustande gekommen ist und

bb) ein schriftlicher Freigabeantrag des Versicherten vorgelegt wird, worin dieser das erste Versicherungsunternehmen mit der Führung von Freigabeverhandlungen beauftragt. Aus dem Freigabeantrag muss der Tatbestand eines Verstoßes gemäß Nr. 68 Abs. 1 a) aa) ersichtlich sein.

b) Hat die Versicherung beim ersten Versicherungsunternehmen zum Zeitpunkt des Ausscheidens des Versicherten mindestens drei Jahre bestanden, so ist das zweite Versicherungsunternehmen zur Freigabe unabhängig von der Sach- und Rechtslage verpflichtet, wenn der Versicherte im Freigabeantrag die schriftliche Erklärung abgibt, dass er seine bisherige Versicherung fortsetzen will.

Auf die Frist ist eine bei dem ersten Versicherungsunternehmen dem Versicherungsvertrag unmittelbar vorangegangene Versicherung im Vertrag eines anderen oder eine Anwartschaftsversicherung anzurechnen.

Diese Regelungen gelten für beim ersten Versicherungsunternehmen mitversicherte Personen auch, soweit eine Teilkündigung erfolgt ist.

Sie finden auf Kollektivrahmenverträge Anwendung, die nicht einem vorübergehenden Zweck dienen, wenn der Versicherte beim ersten Versicherungsunternehmen in einem Einzel- oder Kollektivrahmenvertrag versichert war. Dasselbe gilt für Sammelinkassoverträge.

69. Umfang der Freigabe

Nach der Freigabeverpflichtung gemäß Nr. 68 sind aufzuheben:

a) Krankheitskosten-Vollversicherungen,

b) Teilversicherungen, soweit beim ersten Versicherungsunternehmen ein gleichartiger bzw. bei der Krankenhaustagegeld- und/oder Krankentagegeldversicherung ein gleichwertiger Versicherungsschutz bestand. Als gleichartig gegenüber einer Krankenhauskostenversicherung gilt auch eine Krankenhaustagegeldversicherung.

70. Verfahren der Freigabe

Der Freigabeantrag muss innerhalb von vier Monaten nach Eingang der Kündigung beim ersten Versicherungsunternehmen dem zweiten Versicherungsunternehmen zugegangen sein. Um den Versicherten vor der Abgabe gegensätzlicher Erklärungen zu bewahren, ist es dem zweiten Versicherungsunternehmen nicht gestattet, ihn zur Rücknahme des Freigabeantrages zu veranlassen.

Das zweite Versicherungsunternehmen hat binnen eines Monats nach Zugang des Freigabeantrages seine Entscheidung bekannt zu geben. Liegen

die Voraussetzungen zur Freigabe vor, so hat es innerhalb derselben Frist die Versicherung rückwirkend ab Beginn aufzuheben. Gezahlte Beiträge und Gebühren sind dem Versicherungsnehmer ohne Abzug - abgesehen von der Verrechnung gewährter Versicherungsleistungen - zurückzugewähren.

Das zweite Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, ein etwa eingeleitetes Mahnverfahren sofort nach Eingang des Freigabeantrages bis zum Abschluss der Freigabeverhandlungen ruhen zu lassen.

Wird die Freigabe mit Recht verweigert, so muss das erste Versicherungsunternehmen eine form- und fristgerechte Kündigung des Versicherungsnehmers gegen sich gelten lassen, die vor Stellung des Freigabeantrages ausgesprochen worden ist.

Wird dem Freigabeantrag erst zu einem Zeitpunkt stattgegeben, nachdem der Vertrag mit dem ersten Versicherungsunternehmen infolge der Kündigung bereits beendet ist, so ist dieses verpflichtet, die bisherige Versicherung wiederherzustellen.

III. Aufgeschobener technischer Beginn

71. Verträge mit aufgeschobenem technischen Beginn

In der Krankenversicherung sind Verträge unzulässig, wenn die Versicherung erst später als sechs Monate nach Vertragsabschluss beginnen soll.

SCHLUSSBESTIMMUNGEN

72. Nicht belegt

73. Verfahren

Meinungsverschiedenheiten bei der Anwendung dieser Richtlinien sollen gütlich beigelegt werden. Soweit erforderlich, stellen die beteiligten Verbände ihre Dienste hierfür zur Verfügung.

74. Besonderheiten der Transportversicherung

Wegen der traditionellen Eigenarten in der Struktur des Transportversicherungsmarktes lassen sich einzelne Vorschriften der Richtlinien nicht ohne Berücksichtigung dieser Struktur praktizieren. Aus dem gleichen Grund wurde davon abgesehen, diesen allgemeinen Richtlinien spezielle Vorschriften für die Transportversicherung anzufügen.

75. Nicht belegt

76. Geltung

Diese Wettbewerbsrichtlinien gelten ab 1. September 2006

III. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
AG	Aktiengesellschaft
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALG II	Arbeitslosengeld II
AMCR	Absolute Minimum Capital Requirement
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
AWVG	Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung
Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAT	Bundesangestelltenvertrag
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBL	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BKK	Betriebskrankenkasse
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BPfIV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung)
BRI	Begutachtungsrichtlinien der gesetzlichen Pflegekassen
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVK	Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute e. V.
BWW	Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CDU	Christlich Demokratische Union
CEA	Comité Européen des Assurances
CEIOPS	Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors
cm	Zentimeter
CSU	Christlich Soziale Union
DAV	Deutscher Apothekerverband e. V.
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
DRS	Deutscher Rechnungslegungs-Standard
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen in der GKV
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EG	Europäische Gemeinschaft
eGK	elektronische Gesundheitskarte
E-HIC	European health insurance card (Europäische Krankenversicherungskarte)
EStG	Einkommensteuergesetz
etc.	et cetera

EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
EWU	Europäischer Wirtschaftsraum
f.	folgende (Seite)
FA	Funktionsabschnitt
FDP	Freie Demokratische Partei
ff.	folgende (Seiten)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte GmbH
GewO	Gewerbeordnung
GG	Grundgesetz
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
GPV	Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung nach dem PflegeVG vom 26. März 1994 für die Mitglieder der Postbeamten-Krankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkung
HGB	Handelsgesetzbuch
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HOZ	Honorarordnung der Zahnärzte
IAA	International Actuarial Association
IAS	International Accounting Standards
IASB	International Accounting Standards Board
IASC	International Accounting Standards Committee
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICSI	intracytoplasmatische Spermieninjektion
IFRS	International Financial Reporting Standards
IHK	Industrie- und Handelskammer
IKK	Innungskrankenkasse
i.S.	im Sinne
IT	Informationstechnik
IV	Integrierte Versorgung
IVF	In-vitro-Fertilisation
i.V.m.	in Verbindung mit
KaV	Kalkulationsverordnung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGaA	Kommanditgesellschaft auf Aktien
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KStG	Körperschaftsteuergesetz
KVLG	Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LBFW	Landesbasisfallwert
MB/KK	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung
MB/PPV	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die private Pflegepflichtversicherung
MCR	Minimum Capital Requirement

MdB	Mitglied des Bundestages
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
Mio	Millionen
ml	Milliliter
mm	Millimeter
Mrd	Milliarden
Nr(n)	Nummer(n)
NRW	Nordrhein-Westfalen
OLG	Oberlandesgericht
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
pdf	Portable Document Format
PfLEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PKV Publik	vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. herausgegebene Zeitschrift
PKV-Verband	Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
Prof.	Professor
PSKV	Private Studentische Krankenversicherung
PVB	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen mit Beihilfeberechtigung im Pflegefall
PVN	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen ohne Beihilfeberechtigung
QIS	Quantitative Impact Studies (quantitative Auswirkungsstudie)
QS	Qualitätssicherung
R	Rundschreiben
rd.	rund
RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
RSA	Risikostrukturausgleich
S.	Seite(n)
s.	siehe
SCR	Solvency Capital Requirement(s) (erforderliche Solvenzmittel)
SGB	Sozialgesetzbuch
s. o.	siehe oben
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPV	Soziale Pflegeversicherung
StGB	Strafgesetzbuch
TEP	Totalendoprothese
TNM-Klassifikation	Stadieneinteilung von malignen Tumoren
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
VersVermV	Verordnung über die Versicherungsvermittlung
VGA	Bundesverband der Assekuranzführungskräfte e. V.
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
WaG; V.V.a.G.	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VG	Versicherungsvertragsgesetz
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
www	World Wide Web
z. B.	zum Beispiel
ZNS	Zentrales Nervensystem

IV. Stichwortverzeichnis

	Seite
A AIDS-Prävention	38 f.
Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz	120 ff.
Alterungsrückstellungen	21
Alterungsrückstellungen (Portabilität)	28, 107 f.
Ambulante Leistungen	57 ff.
Anwartschaftsversicherung	82, 108 f., 112
Anzeigenkampagne	32 f.
Aufwendungen	20 ff.
Alterungsrückstellungen	21
Leistungen an die Versicherten	20
Veränderung der Leistungsausgaben	21
Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	22
Ausbildungsfonds	67 ff.
Ausgründungen	78 f.
Auslandsreisekrankenversicherung	16
B „Berliner Erklärung“	33
Basistarif	28, 36, 102 ff.
Beihilfe und freie Heilfürsorge	128 ff.
Beitragseinnahmen	17 ff.
Anteil der Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2006	19
Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen	19
Unabgegrenzte Beitragseinnahmen	17 f.
Besondere Versicherungsformen	16
Bestandsentwicklung	10 ff.
Bezugsgröße	95 f.
C CEA (Comité Européen des Assurances)	37
D Datenschutz	142 f.
derprivatpatient.de	34 f.
DRG	69 f.
E Ehrenmitglieder des Verbandes	147
Ein- und Zweibettzimmerzuschläge	79 ff.
Einheitliche Bewertungsmaßstab	47
Elektronische Gesundheitskarte	39 ff., 113
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für Angestellte der Länder	133
EU-Initiative zu Gesundheitsdienstleistungen im Binnenmarkt	37
G Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	47 ff.
Beschlüsse des Konsultationsausschusses bei der BÄK	48 ff.
Diagnostische Fluoreszenzendoskopie	53
Kernspintomografische Leistungen	53 ff.
Stereotaktisch fraktionierte Strahlentherapie	48 ff.
Urologische Leistungen	50 ff.
Wegfall des „Ost-Abschlags“	48
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	55 ff.
Novellierung der GOZ	55 ff.
gematik	40 ff.
Gemeinsamer Bundesausschuss	73

	Seite
Gerichtsurteile	
BGH: Anpassung des Versicherungsschutzes nach Änderung oder Wegfall der Beihilfeberechtigung	133 f.
BSG: Kostenerstattung im Ausland (EWR)	85
BSG: Kündigungsrecht bei Versicherungspflicht in der SPV	85
BSG: Wartungskosten für Treppenlifter	85 f.
BVerfG: Wirksamkeit einer Schweigepflichtentbindungserklärung	142
Geschäftsführung	156
Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)	74
Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitssuchende	113
Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts	124 ff.
Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung	<i>Siehe GKV-WSG</i>
Gesundheitsfonds	25
Gesundheitspolitische Diskussion	25 ff.
Gesundheitsreform	25 ff., 97 ff.
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	<i>Siehe GKV-WSG</i>
GKV-WSG	25 ff., 74 ff., 83 ff., 97 ff.
H Hauptausschuss	147 f.
Haushaltsbegleitgesetz	114
HIV-/AIDS-Prävention	38 f.
I IASB	135
IFRS	135
Integrierte Versorgung	59 f.
Internationale Zusammenarbeit	37
J Jahresarbeitsentgeltgrenze	95
Jahressteuergesetz 2007	142
K Kompression	36
Krankenhaus-Datenbank des Verbandes	81
Krankenhausgesetze der Länder	71 f.
Krankenhausplanung	70 f.
Krankenhaustagegeldversicherung	16
Krankentagegeldversicherung	12, 16
Krankheitsvollversicherung	10 ff.
L Landesausschüsse	157 f.
Landeseinheitliche Basisfallwerte	62 ff.
M MEDICPROOF	88 f.
Mediendokumentation	34
Medienpartnerschaft	33 f.
Medikalisierung	36
Mehrumsatz	36
Mitgliedsunternehmen	159 ff.
Mitgliedsunternehmen (Anzahl)	9 f.
P Pflegeversicherung	14
Pflegezusatzversicherung	16
Pflicht zur Versicherung	29 f., 100 f.
PKV-Vertreter in den Gremien des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	154 f.

Portabilität der Alterungsrückstellungen	28, 107 f.
Pressearbeit des PKV-Verbandes	31 ff.
Private Pflegepflichtversicherung	82 ff.
Änderung der Musterbedingungen (MB/PPV)	86
Begutachtungsergebnisse	90 f.
Beiträge	82
Beziehungen zu den Leistungserbringern	86 ff.
Gesetzgebung zur Pflegeversicherung	82 ff.
Härtefälle	91 f.
MEDICPROOF	88 f.
Private Studentische Krankenversicherung	127 f.
Publikationen des PKV-Verbandes	177 ff.
Q Qualitätssicherung in der stationären Versorgung	73 f.
R Rechengrößen 2007	95 ff.
Rechnungslegung	134 ff.
Rechtsform der PKV Unternehmen	10
S Solvabilität	136 ff.
Solvency II	135 f., 137 ff.
Sonderausschüsse	148 ff.
Standardtarif	13, 101 f.
Stationäre Leistungen	60 ff.
Steueränderungsgesetz 2007	132 f., 142
Steuerfinanzierung der Krankenversicherung	26
Steuern	141 f.
T Telematik	39 ff.
V Verbandsorgane	147 ff.
Vereinbarung mit universitären Zentren	57 ff.
Versicherungsbestand	10 ff.
Versicherungsfreiheit für Angestellte	98 f.
Versicherungsvertragsgesetz	115 ff.
Vorstand	148
W Wahlarztvertrag	60 ff.
Wahltarife in der GKV	111
Wartemoratorium	29, 98
Wechselrecht	107 f.
Wettbewerbsrecht	144
Wettbewerbsrichtlinien der Versicherungswirtschaft	123 f., 164 ff.
Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	35 ff.
Z Zusatzversicherungen	14 ff.
Zuschüsse zum PKV-Beitrag	99

V. Publikationen des PKV-Verbandes

„PKV Publik“

Verbandszeitschrift; erscheint neunmal jährlich

„Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung“

erscheint jährlich im Juni

„Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung“

erscheint jährlich im Oktober

„Kennzahlenkatalog der privaten Krankenversicherung“

„Reformieren, nicht zerschlagen“

PKV-Reformkonzept Krankenversicherung

„Eine kritische Auseinandersetzung mit der Bürgerversicherung“

mit Fallbeispielen zur Be- und Entlastung durch eine Bürgerversicherung

„Eine kritische Auseinandersetzung mit der Gesundheitsprämie“

„Die niederländische Gesundheitsreform 2006 aus deutscher Sicht“

„Gründung und Betrieb von Privatkliniken durch Plankrankenhäuser?“

Zwei Rechtsgutachten

„PKV-Info“

Broschürenreihe zu aktuellen Themen:

- Private Zusatzversicherung - Ergänzung zum gesetzlichen Versicherungsschutz
- Lohnt der Wechsel innerhalb der PKV?
- Auslandsreise-Krankenversicherung
- Bleibt Ihre Krankenversicherung im Alter bezahlbar?
- Die Card für Privatversicherte
- Die Gebührenordnung für Ärzte – Ein kleiner Leitfaden
- Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?
- Die Entscheidung: Privat oder gesetzlich?
- Private Krankenversicherung als Alternative für Studenten
- Aktiv gegen die Kostenspirale
- GKV-versicherte Beamte: Erleichterter Wechsel in die PKV
- Dauernde Öffnung der privaten Krankenversicherung für Beamtenanfänger
- Der Standardtarif
- Sicherheit im Pflegefall - Die private Pflegepflichtversicherung
- Sicherheit im Pflegefall - Die private Zusatzversicherung

„Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht“

PKV-Dokumentationsreihe

- Heft 1: „Zur Krankenversicherung der Studenten“
von Prof. Dr. Rupert Scholz / Prof. Dr. Josef Isensee, März 1973 (vergriffen)
- Heft 2: „Zur Reform des Krankenhauswesens“
von Dipl.-Volkswirt Karl Brandecker, Januar 1974 (vergriffen)
- Heft 3: „Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Walter Leisner, Oktober 1974 (vergriffen)
- Heft 4: „Zum Privatliquidationsrecht der leitenden Krankenhausärzte“
von Prof. Dr. Wolfgang Gitter, Mai 1975
- Heft 5: „Zum Beitragszuschuß“
von Bundesrichter Dr. Helmut Heinze, November 1976 (vergriffen)
- Heft 6: „Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung“
von Prof. Dr. Isensee, Oktober 1980
- Heft 7: „Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Bernd von Maydell, März 1982
- Heft 8: „Zur Selbstbeteiligung der Versicherten“
von Dipl.-Volkswirt Thomas Ruf, Dezember 1982
- Heft 9: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“
von Direktor a. D. Hans Töns, November 1983
- Heft 10: „Gedanken zur privaten Krankenversicherung“
von Dr. Heinz Bach, Dezember 1984
- Heft 11: „Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht“
von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, November 1985
- Heft 12: „Teilkostenerstattung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse“
von Direktor a. D. Hans Töns, April 1987
- Heft 13: „Zur Reform des Krankenversicherungssystems“
von Heinrich Frommknecht, August 1990
- Heft 14: „Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Rupert Scholz, April 1991
- Heft 15: „Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems
durch eine Organisationsreform“
von Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg, Januar 1992
- Heft 16: „Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV“
von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, Oktober 1992
- Heft 17: „Möglichkeiten zum Ausbau der sozialrechtlichen Qualitätskontrolle
des die gesetzliche Krankenversicherung substituierenden privaten Krankenversicherungsschutzes
im Hinblick auf die Liberalisierung des europäischen Versicherungsmarktes“
von Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter, Juli 1993
- Heft 18: „Zum Umgang mit Knappheit in der medizinischen Versorgung“
von Prof. Dr. Michael Arnold, Juli 1995
- Heft 19: „Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten“
Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission, März 1997

- Heft 20: „Herausforderungen – Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges von den Anfängen bis zur Gegenwart“ von Prof. Dr. Peter Koch/Dr. Christoph Uleer, Juni 1997
- Heft 21: „Die Zukunft der Krankenversicherung“, November 1997
- Heft 22: „Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung“ von Dr. Jan Boetius/Dr. Hans-Olaf Wiesemann, September 1998
- Heft 23: „Perspektiven der PKV in Europa“, April 1999
- Heft 24: „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“ von Prof. Dr. Bernd Hof, Januar 2001 (vergriffen)
- Heft 25: „Zu den Wechseloptionen der PKV“ von Josef Beutelmann/Prof. Dr. Ulrich Meyer/Prof. Dr. Rupert Scholz, Dezember 2001
- Heft 26: „Reden zur Reformperiode der privaten Krankenversicherung“ von Peter Greisler, Juni 2002 (vergriffen)
- 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 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

„Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“

Kurzfassung

„Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)“

Kurzfassung

„Beihilfavorschriften des Bundes nebst Durchführungshinweisen“

Musterbedingungen

- für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (MB/KK 94)
- für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 94)
- für die Pflegekrankenversicherung (MB/PV 94)
- für die Ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 94)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung
 - Bedingungsteil – (MB/PPV 96)

„Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Standardtarif“

„Satzung, Verbandsorgane, Organisation“

Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV – WIP

**„Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung.
Ausgabensteigerung oder Erosion der Beitragsgrundlage bei besonderer
Berücksichtigung der Krankenversicherung der Rentner“**

von Dr. Frank Schulze Ehring, Dezember 2004.

**„Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in die gesetzliche
Krankenversicherung“**

von Dr. Frank Wild, August 2005.

**„Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten
zum Gesundheitswesen“**

von Dr. Frank Niehaus und Christian Weber, September 2005.

**„Alter und steigende Lebenserwartung - Eine Analyse der Auswirkungen auf
die Gesundheitsausgaben“**

von Dr. Frank Niehaus, Dezember 2006

Soweit nicht vergriffen, erhalten Sie die Publikationen beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Postfach 51 10 40, 50946 Köln.

