

Die private Krankenversicherung

Rechenschaftsbericht 2003



Die private Krankenversicherung im Jahre 2003

Rechenschaftsbericht
Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Köln

ISSN 0505-2270

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	7

TEIL A

FRAGEN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

I. Wirtschaftliche Entwicklung

1. Geschäftsergebnisse der Mitgliedsunternehmen des Verbandes	
a) Allgemeiner Überblick	9
b) Aufbau des Verbandes	10
c) Versicherungsbestand	10
d) Beiträge	15
e) Leistungen an die Versicherten	18
f) Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen	20
g) Verwaltungs- und Abschlusskosten	22
2. Ergebnis der gesamten privaten Krankenversicherung im Bundesgebiet	22

II. Gestaltung des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes

1. Entwicklung des Krankenversicherungsrechts	23
2. Gestaltung des Versicherungsschutzes	39
3. Versicherungsaufsichtsrecht	42

III. Leistungsfragen

1. Ärzte, Zahnärzte und private Krankenversicherung	46
2. Krankenhausfragen	
a) Krankenhauspolitik und Krankenhausrecht	69
b) Vergütungsverhandlungen im Krankenhaus	78
c) Krankenhausesentgelte	79

IV. Private Pflegepflichtversicherung

1. Beiträge	89
2. Pflegegesetzgebung	90
3. Medizinische Begutachtung der Antragsteller	93
4. Recht der Versicherungsleistungen	96
5. Beziehungen zu den Leistungserbringern	100

V. Rechnungslegungs-, Solvabilitäts- und Steuerfragen

1. Rechnungslegung	103
2. Aufsicht und Solvabilität	106
3. Steuern	109

TEIL B

INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT	115
--	------------

TEIL C

**GRENZFRAGEN ZWISCHEN GESETZLICHER UND
PRIVATER KRANKENVERSICHERUNG**

I. Sozialpolitische Entwicklung im Jahre 2003	
1. Sozialgesetzgebung	119
2. Gesundheitspolitische Diskussion	130
II. Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit zu Grenzfragen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.	134

TEIL D

STATISTIK

I. Statistische Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde	137
II. Verbandsstatistik	
1. Allgemeines	137
2. Wahrscheinlichkeitstafeln	138
a) Wagnisstatistik	138
b) Auswirkung von Selbstbehalten auf die rechnungsmäßigen Kopfschäden von Krankheitskostentarifen	139
c) Ausscheidewahrscheinlichkeiten	139
3. Krankheitsartenstatistik	140
4. Rechnungsauswertungen	140
5. AIDS-Statistik	140
6. Statistik der Pflegepflichtversicherung	141
III. Bundesstatistik zur Krankenversicherung	142

ANHANG

1. Grußwort von Jochen Sanio, Präsident der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bonn.	145
2. Grußwort von Professor Dr. Dr. h. c. Bert Rürup, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaften, Technische Universität Darmstadt	149
3. Vortrag von Generaldirektor Reinhold Schulte, Verbandsvorsitzender	161
... anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 12.6.2003 in Dresden	
4. Ehrenmitglieder, Verbandsorgane, Vertretung in den Gremien des GDV, Geschäftsführung und Landesausschüsse	171
5. Mitgliederverzeichnis des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (Stand: April 2004)	203
6. Abkürzungsverzeichnis	211
7. Stichwortverzeichnis	219

Vorwort

Das Jahr 2003 wurde eingeleitet durch ein Reformgesetz, anschließend über Monate durch eine Diskussion über die Zukunft des Gesundheitssystems geprägt und endete schließlich mit einer Gesundheitsreform, die von allen politischen Parteien nur als Zwischenlösung angesehen wird. Die PKV war in unterschiedlichem Maße betroffen.

So versperrte die im Beitragssatzsicherungsgesetz festgelegte Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zum 1.1.2003 vielen freiwillig Versicherten den Weg in die PKV, weshalb im Vergleich zum Vorjahr eine Verringerung des Neuzuganges von etwa 45.000 bis 50.000 Personen zu erwarten war. Tatsächlich lag der Nettoneuzugang im ersten Halbjahr 2003 bei lediglich 82.400 Personen (Vorjahr: 107.500 Personen). Durch die Fortführung der höheren Grenze ist dies allerdings kein einmaliger Verlust, sondern die PKV verliert auf Dauer einen Teil ihrer potentiellen Kundschaft.

Die Vorbereitung der letzten Gesundheitsreform, also des GKV-Modernisierungsgesetzes, zeigte allerdings eine positive Wirkung für die PKV: Infolge der anstehenden Leistungskürzungen entschlossen sich mehr Versicherte als erwartet, in die PKV zu wechseln. Bis zum Jahresende konnte deshalb ein Bestandszuwachs von 186.700 Personen (Vorjahr: 213.600 Personen) verzeichnet werden. Dies ist eine Tendenz, die regelmäßig vor Reformen zu beobachten ist. Daraus abzuleiten, eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze habe nur geringfügige Auswirkungen auf die PKV, wäre also verfehlt.

Im Sommer intensivierte sich die Debatte über eine grundlegende Strukturreform des Gesundheitswesens. Diskussionsgrundlage war insbesondere das Gutachten der Rürup-Kommission, in geringerem Maße auch das Gutachten der Herzog-Kommission. Seither geht die Auseinandersetzung darum, ob die Bürgerversicherung oder das Pauschalprämien-system die Lösung aller Probleme der GKV darstellt. Abgesehen von anderen zu kritisierenden Aspekten, geht jedoch keine der Alternativen auf das dringendste Problem der umlagefinanzierten GKV ein: die Alterung

der Gesellschaft. Ohne eine Vorsorge für die Zukunft wird jede neue Form der gesetzlichen Krankenversicherung früher oder später scheitern. Die Diskussion über die richtige Weichenstellung für die Fortentwicklung des Gesundheitswesens wird weiter voranschreiten. Die PKV hat sich für 2004 vorgenommen, mit eigenen Vorschlägen zur Diskussion beizutragen.

Von der EU-Kommission wurde im Jahr 2003 ein Stein ins Rollen gebracht, der in Zukunft auch Einfluss auf die private Krankenversicherung haben könnte. Ein Richtlinienvorschlag sieht vor, dass im Versicherungsbereich „Unisex-Tarife“ eingeführt werden müssen, dass also die Prämien für Männer und Frauen gleich berechnet werden müssen. Die PKV sieht hierin einen nicht zulässigen Eingriff in das deutsche soziale Sicherungssystem. Dass es unter der irischen Ratspräsidentschaft eine abschließende Behandlung geben wird, ist zu bezweifeln. Zudem mehren sich in den Mitgliedstaaten die kritischen Stimmen.

Köln, im April 2004

Reinhold Schulte
Vorsitzender

Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

Teil A

Fragen der privaten Krankenversicherung

I. Wirtschaftliche Entwicklung

1. Geschäftsergebnisse der Mitgliedsunternehmen des Verbandes

a) Allgemeiner Überblick

Die vorliegende Zusammenstellung der Ergebnisse für das Jahr 2003 beruht auf den vorläufigen Zahlenangaben der Mitgliedsunternehmen, die an der vierteljährlichen Berichterstattung an das Bundesaufsichtsamt beteiligt sind. Sie vereinigen auf sich über 99 Prozent der Gesamtbeitrags-einnahme aller Verbandsunternehmen. Diese Unternehmen übermitteln sowohl die für das Aufsichtsamt erstellten Nachweisungen an den Verband als auch zusätzliche Werte insbesondere über die Versichertenbestände und zur Gliederung von Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben. Dadurch wird der Verband in die Lage versetzt, bereits an dieser Stelle vorläufige Angaben zur Geschäftsentwicklung vorzulegen. Da diese Zahlen noch Veränderungen erfahren, wird das endgültige Geschäftsergebnis 2003 von den folgenden Werten abweichen. Erst das im Herbst 2004 erscheinende Ergänzungsheft zum Rechenschaftsbericht „Zahlenbericht 2003/2004“ enthält die endgültigen Angaben.

Vorläufiges
Zahlenmaterial

Der Bestandszuwachs in der Vollversicherung fiel im Jahr 2003 geringer aus als im Vorjahr. In der Zusatzversicherung für ambulante und stationäre Wahlleistungen ist dagegen ein höherer Zuwachs zu verzeichnen.

Bestands-
entwicklung

Wie im Vorjahr sind im Jahr 2003 in der Krankenversicherung die Leistungsausgaben geringer angestiegen als die Beitragseinnahmen. In der Pflegepflichtversicherung ist wegen der Beitragsenkung zum 1.1.2003 eine Verminderung der Beitragseinnahmen zu erkennen, bei den Leistungsausgaben dagegen eine Erhöhung.

Beitrags- und
Kostenentwicklung

Die Erhöhung der Beitragseinnahmen resultiert zum einen aus dem Bestandszuwachs und zum anderen aus Beitragsanpassungen, welche wegen der gestiegenen Leistungsausgaben und der Erhöhung der Lebenser-

wartung vorgenommen werden mussten. Die höchste Steigerung ist bei den Leistungsausgaben im Bereich der Arznei- und Verbandmittel zu verzeichnen. Überdurchschnittlich verlief die Entwicklung auch bei den allgemeinen Krankenhausleistungen, den Heil- und Hilfsmitteln und den ambulanten Arztkosten. Die Wahlleistungen für Ein- und Zweibettzimmer verzeichnen dagegen einen deutlichen Rückgang.

b) Aufbau des Verbandes

Mitglieds-
unternehmen

Im Jahr 2003 übertrug ein kleines Unternehmen seinen Bestand auf ein großes. Damit gehörten dem Verband am 1.1.2004

49 Mitgliedsunternehmen

an.

Rechtsform

Nach der Rechtsform handelt es sich um:

20 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
(mit 45,1 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme und
51,3 Prozent der Gesamtzahl an Vollversicherten)

29 Aktiengesellschaften
(mit 54,9 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme und
48,7 Prozent der Gesamtzahl an Vollversicherten).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass acht Aktiengesellschaften mit 6,7 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme und 6,4 Prozent der Gesamtzahl an Vollversicherten Konzernen angehören, deren Mütter Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit sind.

c) Versicherungsbestand

Vollversicherte
Personen

Der Bestand an vollversicherten Personen stieg im Jahr 2003 geringer an als im Vorjahr. Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der privaten Krankenversicherung. Die Zählung ergab am

31.12.2002 7.923.600 versicherte Personen
31.12.2003 8.110.400 versicherte Personen.

Es ist demnach ein Zuwachs von 186.800 Personen bzw. 2,4 Prozent zu verzeichnen (Vorjahr: 213.600 Personen bzw. 2,77 Prozent).

Wechsel zwischen
PKV und GKV

Als Saldo aus dem Wechsel zwischen PKV und GKV ergibt sich ein Wert von 207.100 Personen. Aus der GKV konnten 338.400 Personen gewonnen werden. In die GKV wanderten – weil ihr Einkommen unter die Versicherungspflichtgrenze gesunken ist – 131.300 Personen ab. Der Saldo aus dieser Wanderungsbewegung liegt höher als der gesamte Net-

tozugang zur PKV, da die Zahl der Todesfälle die Zahl der Geburten übersteigt.

In der Pflegepflichtversicherung sind neben allen privat vollversicherten Personen auch – wenn auch wenige – freiwillig GKV-Versicherte erfasst, die sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien ließen, sowie die Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für welche die PKV in der Mitversicherungsgemeinschaft „GPV“ die private Pflegepflichtversicherung eingerichtet hat. Insgesamt waren

**Pflegepflicht-
versicherung**

am 31.12.2002	8.827.100 Personen
am 31.12.2003	8.997.200 Personen

privat pflegepflichtversichert. Der Bestandszuwachs fiel hier mit 170.100 Versicherten niedriger aus als in der Vollversicherung, da es sich bei den Beständen von Post und Bahn um geschlossene Versichertenkollektive handelt, die keinen Neuzugang mehr zu verzeichnen haben und deswegen durch Tod und Stornierungen stetig zurückgehen.

Nach den Bestimmungen in § 257 Sozialgesetzbuch V zum Arbeitgeberzuschuss bei Krankenversicherung müssen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung ihren Versicherten die Möglichkeit anbieten, in einen Standardtarif überzuwechseln, der Leistungen in einem vergleichbaren Rahmen wie die gesetzliche Krankenversicherung anbietet, zu einem Beitrag, der den Höchstbeitrag in der GKV, für Beihilfeberechtigte einen der Beihilfe entsprechenden Prozentsatz davon, nicht überschreitet. Von der Möglichkeit des Wechsels können über 55-Jährige und Frührentner mit einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze Gebrauch machen. Ab Alter 65 entfällt die Einkommensbegrenzung. Grundvoraussetzung ist in allen diesen Fällen eine Vorversicherungszeit in der PKV von mindestens zehn Jahren. Hingegen können neu verbeamtete Personen, die in den normalen Beihilfetarifen nur mit Risikozuschlägen versicherbar wären, direkt in den Standardtarif wechseln. Der Bestand im Standardtarif umfasste am

Standardtarif

31.12.2002	7.919 versicherte Personen
31.12.2003	10.997 versicherte Personen.

Von diesen 10.997 Versicherten waren 3.729 Personen beihilfeberechtigt. Im Bereich der Nichtbeihilfeberechtigten stieg der Bestand um 2.762 Personen, bei den Beihilfeberechtigten um 256 Personen. Von den Beihilfeberechtigten sind 1.916 Personen mit erhöhtem Risiko, die allerdings keinen Risikozuschlag zahlen. Die Kappung auf den Höchstbeitrag griff bei 723 Beihilfeberechtigten und bei 199 Nichtbeihilfeberechtigten.

12,4 Prozent der Vollversicherten, das sind 1.007.000 Personen, hatten nur die Regelleistung im Krankenhaus versichert. Die übrigen 87,6 Prozent, das sind 7.103.400 Personen (Vorjahr: 87,9 Prozent, 6.967.800 Personen), hatten zusätzlich eine Versicherung für die Wahlleistungen

**Versicherung
für Krankenhaus-
Wahlleistungen**

Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus abgeschlossen.

Zusatzversicherte Personen

Zusatzversicherte Personen sind solche, die eine Krankheitsvollversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse und ergänzend bei der PKV z.B. eine Versicherung für die von der GKV nicht übernommenen Kosten der ambulanten oder stationären privatärztlichen Behandlung und /oder die Mehrkosten der besseren Unterbringung im Krankenhaus, eine Krankentagegeldversicherung, eine Krankentagegeldversicherung zur Ergänzung des Krankengeldes der GKV oder auch eine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben. Nicht zur Zusatzversicherung zählt die Auslandsreisekrankenversicherung.

Insgesamt wurden im Bereich der Zusatzversicherung von den Unternehmen am

31.12.2002	14,161 Mio. versicherte Personen
31.12.2003	14,679 Mio. versicherte Personen

gezählt. In diesen Daten ist allerdings eine sehr große Zahl an Doppelzählungen enthalten, da hier auch Versicherte mitgezählt werden, die ihren Grundschutz in der PKV bei einem anderen Unternehmen oder in der Gruppenversicherung abgeschlossen haben. Auch wenn Versicherte verschiedene Teile ihrer Zusatzversicherung bei verschiedenen Unternehmen platziert haben, ergeben sich Doppelzählungen. Die tatsächliche Zahl der gesetzlich Versicherten, die eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben, muss deswegen aus Werten des Mikrozensus abgeleitet werden, wo dieser Bereich allerdings nicht mehr zu den pflichtmäßig zu beantwortenden Fragen gehört. Am 31.12.2003 dürften rund 7,9 Mio. Personen eine private Zusatzversicherung in einem oder mehreren Bereichen abgeschlossen haben.

– siehe auch Schaubild I –

Richtet man den Blick auf einzelne Tarifarten, so ergibt sich ein genaueres Bild, da hier Doppelzählungen durch die Natur des Versicherungsschutzes kaum vorkommen.

Krankentagegeldversicherung

In der Krankentagegeldversicherung gab es am

31.12.2002	2.942.200 versicherte Personen
31.12.2003	3.118.800 versicherte Personen.

Der Bestand stieg damit um 176.600 Personen (Vorjahr: 160.700) bzw. 6,0 Prozent.

1.953.000 versicherte Personen (Vorjahr: 1.898.400) hatten neben der Krankentagegeldversicherung auch eine Vollversicherung in dem glei-

Versicherte Personen

Insgesamt in Mio. Versicherte

Zusatzversicherte Vollversicherte

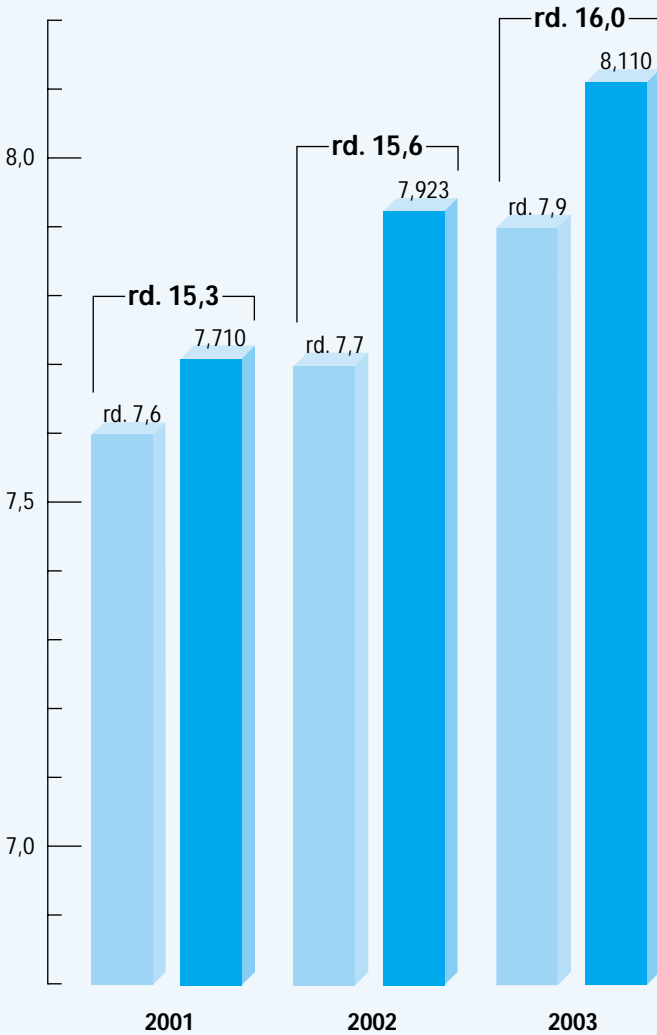


Schaubild I

chen PKV-Versicherungsunternehmen abgeschlossen. 1.165.800 Personen hatten das Krankentagegeld zusätzlich zu anderweitigem Versicherungsschutz – meist in der GKV – versichert. Rund 35 Prozent der Vollversicherten waren Selbständige oder Freiberufler; die übrigen 65 Prozent waren Angestellte, deren Verträge in etwa 90 Prozent aller Fälle Leistungen von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an vorsahen.

Pflegezusatzversicherung

Der Bestand in der Pflegezusatzversicherung betrug am

31.12.2002	690.000 versicherte Personen
31.12.2003	749.600 versicherte Personen.

Damit erhöhte sich der Bestand um 59.600 versicherte Personen oder 8,6 Prozent.

Versicherung der Wahlleistungen

Der Bestand an GKV-Versicherten, die zusätzlich bei der PKV Wahlleistungen im Krankenhaus versichert haben, hat sich nach einer Stagnation in den Vorjahren wieder deutlich erhöht. Er betrug am

31.12.2002	4.472.900 versicherte Personen
31.12.2003	4.693.500 versicherte Personen

und stieg damit um 220.600 versicherte Personen oder 4,9 Prozent.

Ambulante Zusatzversicherung

Mit den Leistungseinschränkungen bei der GKV haben die ambulanten Zusatzversicherungen an Bedeutung gewonnen. Gezählt wurden die Personen, welche eine ambulante Zusatzversicherung unter Einschluss von (oder nur mit) Zahnleistungen abgeschlossen haben. Hier betrug der Bestand am

31.12.2002	4.792.600 versicherte Personen
31.12.2003	5.083.700 versicherte Personen.

Der Zugang stellt sich damit auf 291.100 Versicherte bzw. 6,1 Prozent.

Versicherung gegen Einmalbeitrag

Die Unternehmen führen in der Einzel- und in der Gruppenversicherung neben den bisher aufgeführten Versicherungen mit laufender Beitragszahlung noch Verträge gegen Einmalbeitrag. Es handelt sich hierbei überwiegend um kurzfristige Versicherungen wie für Auslandsreisen, daneben auch um längerfristige, aber von vornherein zeitlich begrenzte, wie z.B. Restschuldversicherungen.

Auslandsreisekrankenversicherung

Im Laufe des Jahres 2003 wurde von

26,595 Mio. Personen

eine Auslandsreisekrankenversicherung abgeschlossen (Vorjahr: 26,824 Mio. Personen). Damit hatten 229.000 Personen weniger als im Vorjahr eine solche Versicherung abgeschlossen. Bei der Auslandsreisekrankenversicherung handelt es sich einerseits um kurzfristige, tageweise Versicherung nur des Urlaubs, zum zweiten um Jahrespolizen, welche für die Auslandsaufenthalte während des ganzen Jahres gelten und die zum Teil auch automatisch verlängert werden, und zum dritten um Auslandsreisekrankenversicherungen, die zusammen mit dem Erwerb gewisser Kreditkarten abgeschlossen werden.

Etwa ein Fünftel der Mitgliedsunternehmen bieten Restschuldversicherungen an. Mit einer Restschuldversicherung werden insbesondere Kreditgeschäfte, vor allem Abzahlungsgeschäfte, abgesichert.

Restschuld-
versicherung

Es wurden im Jahr 2003

54.600 Neuabschlüsse

gezählt gegenüber 143.900 im Vorjahr.

d) Beiträge

Im Jahr 2003 belief sich das Beitragsaufkommen der Mitgliedsunternehmen (einschl. Nebenleistungen, aber ohne Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung) auf schätzungsweise

Beitrageinnahmen

rd. 22,89 Mrd. Euro in der Krankenversicherung
rd. 1,85 Mrd. Euro in der Pflegepflichtversicherung
rd. 24,74 Mrd. Euro insgesamt.

In der Krankenversicherung beträgt der Mehrbeitrag gegenüber dem Vorjahr (21.096,6 Mio. Euro) über 1.790 Mio. Euro bzw. 8,4 Prozent. Die Zunahme beruht z.T. auf der Erhöhung des Gesamtversicherungsbestandes. Außerdem waren im Berichtsjahr wie schon in den Vorjahren Beitragsanpassungen zu verzeichnen, die ebenfalls zur Erhöhung des Beitragsaufkommens beitrugen.

In der Pflegepflichtversicherung liegt eine Verminderung um 6,8 Prozent vor. Der Grund hierfür liegt in Beitragsenkungen zum 1.1.2003.

Insgesamt ergibt sich daraus eine Steigerung der Beitragseinnahmen um 7,2 Prozent.

Auf die fünf Versicherungsarten entfielen in den letzten drei Jahren folgende Beiträge:

Aufgliederung nach
Versicherungsarten

	in Mio. Euro		
	2003	2002	2001
Krankheitsvollversicherung	rd. 17.530	15.891,4	14.681,9
Krankentagegeldversicherung	rd. 1.030	976,5	935,8
Krankenhaustagegeldversicherung	rd. 760	754,7	768,5
Sonstige selbständige Teil-(Zusatz-)versicherung	rd. 3.100	2.989,1	2.914,1
Pflegepflichtversicherung	rd. 1.850	1.985,2	1.955,1
Beihilfeablöseversicherung	rd. 200	191,7	173,3
Restschuld-/Lohnfortzahlungsversicherung	rd. 10	15,8	26,3
Auslandskrankenversicherung	rd. 260	277,4	263,3

– siehe auch Schaubild II –

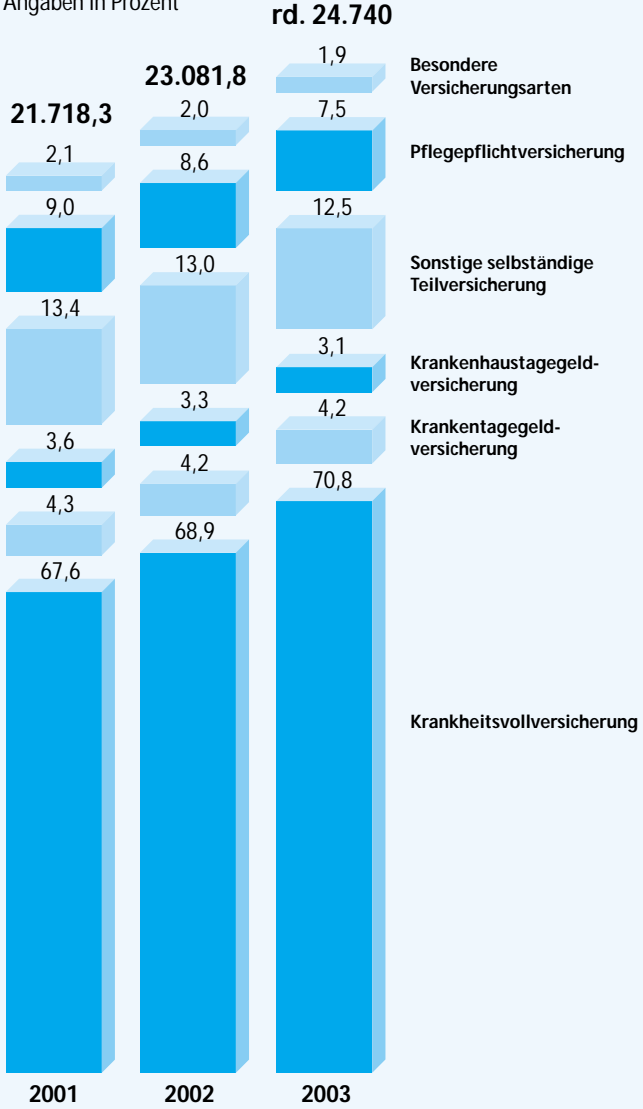
Prozentuale Veränderung

Die Veränderungsprozentsätze gegenüber dem entsprechenden Beitragsaufkommen 2002 betragen in der

Krankheitsvollversicherung	+ 10,3 Prozent
Krankentagegeldversicherung	+ 5,4 Prozent
Krankenhaustagegeldversicherung	+ 1,5 Prozent
Sonstige selbständige Teil-(Zusatz-)versicherung	+ 2,6 Prozent
Pflegepflichtversicherung	– 6,8 Prozent
Beihilfeablöseversicherung	+ 5,6 Prozent
Restschuld-/Lohnfortzahlungsversicherung	± 0 Prozent
Auslandskrankenversicherung	– 5,8 Prozent

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten

Insgesamt in Mio. €
Angaben in Prozent



In der Krankenversicherung war der größte Anstieg in der Krankheitsvollversicherung zu verzeichnen. Hier machten sich neben dem Bestandszuwachs auch die wegen der Leistungssteigerung notwendig gewordenen Beitragsanpassungen bemerkbar. In der Erhöhung der Beitragseinnahmen in der Krankentagegeldversicherung schlägt sich vor allem der Bestandszuwachs nieder. Wegen der geringen Gehaltssteigerungen dürften Aufstockungen des Versicherungsschutzes eine geringe Rolle gespielt haben. Die Sonstige selbständige Teilversicherung verzeichnet trotz deutlichem Zuwachs in der Krankheitskosten-Zusatzversicherung einen relativ geringen Anstieg. Nachdem im letzten Jahr die Beitragseinnahme in der Krankenhaustagegeldversicherung gesunken war, ist im Jahr 2003 wieder ein Anstieg zu verzeichnen.

Anteil der Versicherungsarten

In Schaubild II (S. 17) ist der Anteil aller Versicherungsarten dargestellt. Betrachtet man nur die Krankenversicherung, so lag hier der Anteil der Hauptversicherungsart der PKV, der Krankheitsvollversicherung, an der Beitragseinnahme bei 76,6 Prozent. Die Sonstige selbständige Teilversicherung war mit 13,5 Prozent und die Krankentagegeldversicherung mit 4,5 Prozent am Gesamtbeitragsaufkommen beteiligt. Den kleinsten Bereich machte außerhalb der besonderen Versicherungsarten mit 3,3 Prozent die Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung aus.

Einmalbeiträge aus der RfB

Auch die Mittel, die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) entnommen und der Alterungsrückstellung zugeführt werden, um Beitragsanpassungen für den Bestand zu mildern, werden zur Beitragseinnahme gezählt. In der folgenden Tabelle ist die Verteilung der Einmalbeiträge aus der RfB auf die einzelnen Versicherungsarten dargestellt:

	in Mio. Euro
Krankheitsvollversicherung	rd. 1.000
Krankentagegeldversicherung	rd. 20
Krankenhaustagegeldversicherung	rd. 10
Sonstige selbständige Teil- (Zusatz-) versicherung	rd. 160
Pflegepflichtversicherung	rd. 740
Insgesamt	rd. 1.930

In den besonderen Versicherungsarten wurden keine Beträge zur Limitierung eingesetzt.

e) Leistungen an die Versicherten

Krankenversicherung

Die ausgezahlten Versicherungsleistungen (einschl. Schadenregulierungskosten) stiegen in der Krankenversicherung um ca. 600 Mio. Euro bzw. rund 4,1 Prozent auf rund 15.320 Mio. Euro. Der Anstieg der Versicherungsleistungen für Krankheitskosten (ohne Tagegelder, Pflegezusatzversicherung und besondere Versicherungsarten) liegt insgesamt bei

3,4 Prozent, rechnet man den Bestandszuwachs heraus noch bei 1,3 Prozent. Mit der höchsten Steigerungsrate ragt dabei der Bereich Arzneien und Verbandmittel wie in den Vorjahren weit über die anderen Leistungsbereiche heraus. Deutlich überproportional verlief auch die Entwicklung bei allgemeinen Krankenhausleistungen, bei den Heil- und Hilfsmitteln und bei Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein deutlicher Rückgang ist bei den Wahlleistungen Ein- und Zweibettzimmer zu verzeichnen. Im Einzelnen ist die Veränderung der Leistungsausgaben bereinigt um den Bestandszuwachs in der folgenden Tabelle dargestellt:

Arztkosten ambulant	+ 2,2 Prozent
Zahnbehandlung und -ersatz	+ 0,9 Prozent
davon	
Zahnbehandlung	– 2,2 Prozent
Zahnersatz	+ 2,9 Prozent
Kieferorthopädie	+ 4,5 Prozent
Krankenhäuser	– 1,7 Prozent
davon	
allgemeine	
Krankenhausleistungen	+ 3,6 Prozent
Wahlleistung Unterbringung	– 25,5 Prozent
Wahlleistung Arzt	– 1,5 Prozent
Arzneien und Verbandmittel	+ 5,8 Prozent
Heil- und Hilfsmittel	+ 4,2 Prozent
davon	
Heilmittel	+ 3,2 Prozent
Hilfsmittel	+ 5,3 Prozent
Gesamt	+ 1,3 Prozent

Hinzu kommt die Pflegepflichtversicherung. Hier stiegen die Leistungsausgaben deutlich um 20 Mio. Euro bzw. 4,8 Prozent auf 520 Mio. Euro. Diese Ausgabensteigerung – obwohl sich die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz nicht erhöht haben – zeigt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen zunimmt.

Pflegepflicht-
versicherung

Insgesamt sind damit die ausgezahlten Versicherungsleistungen um 4,1 Prozent bzw. rund 620 Mio. Euro auf rund 15,84 Mrd. Euro angestiegen.

Versicherungs-
leistungen insgesamt

Von den gesamten Leistungsausgaben entfielen 55,3 Prozent auf den ambulanten Bereich (einschl. Zahn), 31,0 Prozent auf den stationären Bereich, 8,2 Prozent auf Tagegelder einschließlich Pflegezusatzversicherung und 3,3 Prozent auf die Pflegepflichtversicherung.

– siehe auch Schaubild III –

Ergänzend zu den ausgezahlten Versicherungsleistungen erhielten die Versicherten Beitragsrückerstattung. Diese erfolgt einerseits als Auszahlung an die Versicherten, welche keine Rechnungen eingereicht haben, und zum anderen, indem bei Beitragsanpassungen Mittel zur Ab-

Beitrags-
rückerstattung

milderung der Beitragserhöhungen eingesetzt werden. Die ausgezahlte Beitragsrückerstattung dürfte mit rund 700 Mio. Euro im Vergleich zum Vorjahr (862,5 Mio. Euro) niedriger ausfallen. Die bei Beitragsanpassungen eingesetzten Mittel liegen in der Krankenversicherung deutlich niedriger als im Vorjahr, d.h. bei 1,19 Mrd. Euro (Vorjahr: 1.744,0 Mio. Euro). In der Pflegepflichtversicherung wurden anlässlich der zum 1.1.2003 erfolgten Beitragsanpassung wieder Mittel zur Umlage- und damit Beitragssenkung eingesetzt. Dazu wurden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung 740 Mio. Euro entnommen.

Alterungs-
rückstellung

Aus den Beitragseinnahmen und den Kapitalerträgen werden umfangreiche Mittel der Alterungsrückstellung zugeführt, um für die mit dem Alter steigenden Krankheitskosten vorzusorgen. In der Krankenversicherung betrug die Alterungsrückstellung am 31.12.2003 rund 71,4 Mrd. Euro (Vorjahr: 66.052,9 Mio. Euro). Die Zuführung betrug damit rund 5,3 Mrd. Euro. In der Pflegepflichtversicherung erhöhte sich die Alterungsrückstellung von 10.244,2 Mio. Euro auf rund 12,6 Mrd. Euro, d.h. um fast 2,4 Mrd. Euro.

Gesamt-
aufwendungen

Neben den ausgezahlten Versicherungsleistungen einschließlich Schadenregulierungskosten zählen zu den Gesamtaufwendungen noch die Veränderungen der Schadenrückstellungen, die Zuführung zur Alterungsrückstellung sowie die Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Im Jahr 2003 haben diese Gesamtaufwendungen schätzungsweise 25,5 Mrd. Euro betragen.

Leistungen je Tag
und Monat

Je Monat erfolgten fast 1.317 Mio. Euro an Auszahlungen für Versicherungsleistungen. Legt man 250 Arbeitstage zugrunde, so wurden an jedem Tag 63 Mio. Euro ausgegeben. Im Vorjahr lagen diese Werte bei 1.268,3 Mio. Euro bzw. 60,9 Mio. Euro.

f) Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen

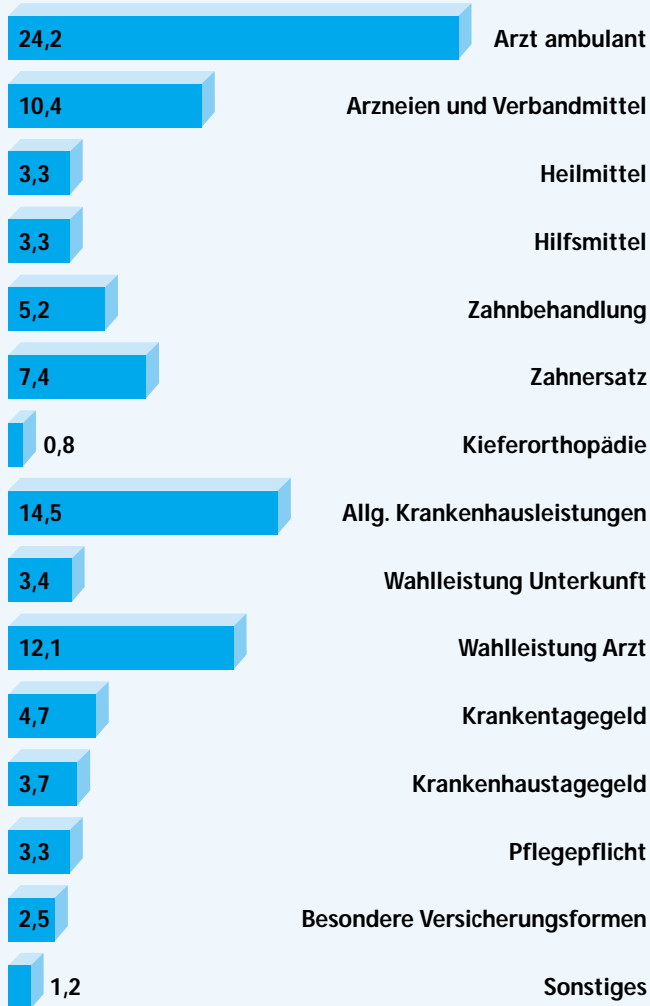
Steigerungssätze

Von 1994 bis 2003 stiegen die Versicherungsleistungen (ohne Beitragsrückerstattung) und die Beitragseinnahmen wie folgt (hierbei ist die Pflegepflichtversicherung nicht einbezogen):

	Steigerung gegenüber dem Vorjahr	
	Versicherungs- leistungen	Beitrags- einnahmen
1994	+ 6,0 %	+ 9,9 %
1995	+ 5,5 %	+ 4,8 %
1996	+ 2,7 %	+ 4,4 %
1997	+ 5,8 %	+ 3,6 %
1998	+ 4,0 %	+ 4,8 %
1999	+ 4,7 %	+ 4,5 %
2000	+ 4,5 %	+ 4,3 %
2001	+ 6,0 %	+ 5,7 %
2002	+ 5,7 %	+ 6,7 %
2003	rd. + 4,1 %	rd. + 8,4 %

Aufgliederung der Versicherungsleistungen

Insgesamt rd. 15,84 Mrd. €
Angaben in Prozent



Aus dieser Tabelle ist zu ersehen, dass in der Hälfte der Jahre die Steigerung der Versicherungsleistungen über der der Beitragseinnahmen lag. Im Berichtsjahr stiegen die Versicherungsleistungen insgesamt deutlich weniger als die Beitragseinnahmen.

g) Verwaltungs- und Abschlusskosten

Verwaltungskosten	Nach den bisherigen Ermittlungen liegen die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb bei rund 800 Mio. Euro bzw. rund 3,2 Prozent der Beitragseinnahmen. In den Quartalsmeldungen der Mitgliedsunternehmen werden nur unabgegrenzte Zahlen genannt. Daher wird dieser Wert im Zahlenbericht voraussichtlich in der Größenordnung des Vorjahreswertes (3,25 Prozent) liegen.
Abschlusskosten	Für die Angabe der Kosten, die beim Neuabschluss und der Umstufung von Versicherungsverträgen entstehen, gilt dasselbe wie für die Verwaltungskosten: Es handelt sich um die Zusammenfassung vorläufiger, un-abgegrenzter Daten aus den Vierteljahresmeldungen. Danach waren 2003 rund 2.250 Mio. Euro an Abschlusskosten (einschl. Provision) auf-zuwenden. Der endgültige abgegrenzte Wert für 2002 lag bei 2.232,7 Mio. Euro.

2. Ergebnis der gesamten privaten Krankenversicherung im Bundesgebiet

Zusammengefasste Angaben	Aus dem im Januar 2004 erschienenen Geschäftsbericht 2002 (Teil B) der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht sind die folgenden Daten über alle – d.h. auch über die nicht dem Verband angeschlossenen – Krankenversicherungsunternehmen entnommen. Danach bestanden am 31.12.2002 55 Krankenversicherungsunternehmen mit Geschäftstätigkeit, die unter Bundesaufsicht standen. Hinzu kommen die unter Landesaufsicht stehenden Unternehmen, für die allerdings nur eine Zahl für Ende 2001 vorliegt. Damals gab es 31 Krankenversicherungsvereine unter Landesaufsicht. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die Zahl der unter Landesaufsicht stehenden Unternehmen weiter gesunken. Insgesamt dürften also Ende 2002 rund 85 Krankenversicherungsunternehmen bestanden haben. Davon hatten sich 50 Unternehmen im PKV-Verband zusammengeschlossen.
---------------------------------	---

Die nicht dem Verband angehörenden rund 35 Unternehmen haben fast alle nur einen regionalen Tätigkeitsbereich. Bezüglich ihrer Größe fallen sie kaum ins Gewicht, da die dem Verband angeschlossenen Unternehmen 99,94 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme repräsentieren.

II. Gestaltung des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes

1. Entwicklung des Krankenversicherungsrechts

Am 5.11.2003 hat das Kollegium der EU-Kommissare den von der Europäischen Kommission vorgelegten Vorschlag für eine „Richtlinie des Rates zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Frauen und Männern beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen“ verabschiedet. Nach Artikel 4 des Richtlinienvorschlages soll es Versicherungsunternehmen untersagt werden, in allen neu abgeschlossenen Verträgen den Faktor Geschlecht bei der Berechnung von Prämien und Leistungen zu berücksichtigen. Um den Versicherungsunternehmen ausreichend Zeit für die Umstellung zu geben, ist in Artikel 4 Abs. 2 eine Übergangsfrist von bis zu sechs Jahren vorgesehen, die zu den zwei Jahren hinzukommt, die den Mitgliedstaaten für die Umsetzung der Richtlinien in das jeweilige nationale Recht zur Verfügung stehen. Der Richtlinienvorschlag ist in sich nicht schlüssig, da – wie sich aus der Begründung ergibt – einzelne Dienstleistungen willkürlich vom Anwendungsbereich ausgenommen werden, während für Versicherungen eine Sonderregelung geschaffen wird. Auch ist das europäische Verständnis von „Gleichbehandlung“ zu hinterfragen: Üblicherweise beinhaltet dieser Begriff lediglich das Verbot, gleiche Sachverhalte willkürlich ungleich zu behandeln, erlaubt jedoch die sachlich gerechtfertigte Differenzierung ungleicher Sachverhalte. Der Richtlinienvorschlag führt hingegen zu einer Privilegierung von Frauen, die zu verwirklichen jedoch nicht Aufgabe der Privatversicherungen ist.

„Unisex-Tarife“

Der Richtlinienvorschlag stützt sich auf Artikel 13 des EU-Vertrages. Rechtsetzungsakte auf dieser Rechtsgrundlage können im Rat, in dem die Mitgliedstaaten vertreten sind, nur einstimmig beschlossen werden.

Der PKV-Verband hat sich bereits in der Vorbereitungsphase des Richtlinienvorschlages gegen das Verbot der Berücksichtigung des Faktors Geschlecht bei der Beitragsberechnung gewandt und im Einzelnen wie folgt Stellung genommen:

Stellungnahme des
PKV-Verbandes

Für die private Krankenversicherung in Deutschland wäre die Verpflichtung zur Erhebung geschlechtsneutraler Beiträge von erheblicher Auswirkung, da ihre Funktion und das von ihr angewandte Kalkulationsverfahren in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen:

Zusammenhang
zwischen Funktion
und Kalkulation

- In Deutschland ist die private Krankenversicherung Teil der sozialen Sicherung. Für rund 10 Prozent der Bevölkerung wird die Absicherung im Krankheitsfall allein von den 50 Unternehmen der privaten Krankenversicherung bereitgestellt. Die private Krankenversicherung tritt für diesen Personenkreis an die Stelle einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Um ein dem staatlichen Sys-

tem vergleichbares Sicherheitsniveau zu gewährleisten, hat der deutsche Gesetzgeber gemäß Artikel 54 Dritte Richtlinie Schadenversicherung eine Reihe von Spezialvorschriften für diese „substitutive“ Krankenversicherung erlassen. So können die privaten Krankenversicherungsverträge durch den Versicherer nicht gekündigt werden. Die Beiträge müssen deshalb so kalkuliert werden, dass die über die gesamte Lebenszeit des Versicherten laufenden Krankenversicherungsverträge dauerhaft erfüllbar sind. Das geschieht mit Hilfe des versicherungsmathematischen Äquivalenzprinzips, das den Ausgleich zwischen den künftig zu erwartenden Beiträgen und den künftig zu erwartenden Leistungen in jedem Vertragszeitpunkt sicherstellt.

- Um die künftigen Krankheitsaufwendungen – und dementsprechend die dafür nötigen Versicherungsprämien – hinreichend genau bestimmen zu können, werden Statistiken über die in jedem Alter zu erwartende Inanspruchnahme erstellt und die Kalkulation auf diese statistischen Werte gestützt. Daraus ergeben sich Beiträge, die dem durch Geschlecht sowie Alter und Gesundheitszustand bei Vertragsschluss definierten Risiko der zu versichernden Person entsprechen.
- Auf diese Weise ist sichergestellt, dass jede Altersgruppe von Versicherten sich selbst trägt. Dieses Ergebnis ist deshalb wichtig, weil die private Krankenversicherung – anders als das staatliche System mit seiner Versicherungspflicht – keinen garantierten Nachwuchs hat.

Unterschiedliche
Leistungsanspruchnahme

Die Auswertung der seit vielen Jahren von den privaten Krankenversicherern gesammelten statistischen Daten zeigt, dass Männer und Frauen ein deutlich unterschiedliches Verhalten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zeigen. Frauen verursachen insgesamt rund 40 Prozent höhere Aufwendungen als Männer. Von diesen 40 Prozent sind lediglich 10 Prozent auf medizinische Leistungen wegen Schwangerschaft und Entbindung zurückzuführen. Für Krankenhausbehandlungen fallen bei Frauen bis zum Alter von 55 Jahren höhere Kosten an; die Ausgaben für ambulante Behandlungen von Frauen übersteigen diejenigen von Männern sogar bis zum Alter 75; der Arzneimittelverbrauch von Frauen liegt bis zum Alter 65 über dem von Männern; die bei Frauen bei Zahnbehandlungen verursachten Mehrkosten reichen bis zum Alter 70. In den höheren Altern liegen die Versicherungsleistungen für Frauen dann unter denjenigen für Männer, was von vornherein bei der Kalkulation berücksichtigt wird.

Höhere
Lebenserwartung

Darüber hinaus weisen Frauen nach der für die Kalkulation in der privaten Krankenversicherung verwendeten Sterbetafel auch eine um rund fünf Jahre höhere Lebenserwartung als Männer auf. Diese höhere Lebenserwartung muss bei der Beitragskalkulation ebenfalls berücksichtigt werden, da die private Krankenversicherung in Deutschland im Anwartschaftsdeckungsverfahren betrieben wird. Diese Kalkulationsmethode ist dadurch charakterisiert, dass die altersbedingt steigenden Krankheitskosten über die gesamte Laufzeit der Verträge verteilt wer-

den, so dass Beitragserhöhungen allein wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen sind. Dazu werden in jüngeren Altern Beiträge erhoben, die höher sind, als es zur reinen Risikodeckung erforderlich wäre. Die überschießenden Beträge werden in der Altersrückstellung reserviert und in den höheren Altern entnommen, um die dann nicht mehr allein durch die Risikobeiträge gedeckten Aufwendungen zu finanzieren. Infolge der höheren Lebenserwartung von Frauen muss die Altersrückstellung für Frauen entsprechend höher aufgebaut werden.

Die Summe aus höherer Inanspruchnahme und längerer Lebenserwartung führt für Frauen zu höheren Beiträgen. Theoretisch könnte der Mehrbedarf für Frauen gleichmäßig auf die Beiträge für Männer und Frauen verteilt werden, so dass sich geschlechtsunabhängige Prämien ergeben. Wirtschaftlich führt dies jedoch zu einer Wettbewerbsverschlechterung für alle Verbraucher: Bei einer Mischkalkulation würden nämlich, gemessen am Risiko, für Frauen zu niedrige Beiträge erhoben. Um ein ausgeglichenes Geschäftsergebnis zu erzielen, müsste der Versicherte also mindestens so viele Männer wie Frauen versichern. Ganz sicher geht er jedoch nur dann, wenn die Beiträge für alle Versicherten auf das für Frauen erforderliche Niveau angehoben werden – mit der Folge, dass die Prämien für alle Versicherten teurer werden und die Wettbewerbssituation sich verschlechtert. Ausweichstrategien der Verbraucher könnten schließlich dazu führen, dass Männer sich gezielt bei ein und demselben Unternehmen versichern, wodurch die Beiträge in Krankenversicherungsunternehmen mit überproportional vielen weiblichen Versicherten allein wegen des fehlenden Risikoausgleichs angehoben werden müssten.

Wettbewerbs-
verzerrung durch
Einheitsbeiträge

Vor allem aber ist ein solches Umlageverfahren, das typischerweise in der Sozialversicherung angewandt wird, deshalb nicht durchführbar, weil die private Krankenversicherung als freiwilliges Versicherungssystem keinen regelmäßigen Neuzugang hat. Der Einzelne entscheidet nach seiner individuellen Bedarfslage, ob er einen privaten Krankenversicherungsvertrag abschließt oder nicht – vorausgesetzt, dass er überhaupt ein Wahlrecht hat und nicht dem staatlichen System als Pflichtmitglied angehört. Deshalb würden bei einem Wechsel von risikogerechten zu den geschlechtsneutralen Beiträgen die finanzielle Stabilität des Krankenversicherungsunternehmens und die dauerhafte Erfüllung der gegenüber den Versicherungsnehmern eingegangenen Verpflichtungen gefährdet.

Gefährdung der
bestehenden Verträge

Im Ergebnis stellt sich damit die von der EU-Kommission geforderte Gleichheit als ein Eingriff in das deutsche System der sozialen Sicherung dar, der vom EWG-Vertrag nicht gedeckt ist.

Fazit

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in seinem Urteil vom 12.3.2003 – Az.: IV ZR 278/01 –, in dem es konkret um die Preisgestaltung einer Privatklinik ging, auch festgestellt, dass der Begriff der „medizinisch notwendigen Heilbehandlung“ in § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK keine Be-

**Änderung
der MB/KK**
BGH-Urteil zu
§§ 1 Abs. 2 und 5
Abs. 2 MB/KK

schränkung der Leistungspflicht des Versicherers auf die kostengünstigste Behandlung beinhaltet und dass sich das Kürzungsrecht des Versicherers bei Übermaßbehandlung gemäß § 5 Abs. 2 MB/KK nicht auch auf Übermaßvergütungen erstreckt.

Zu § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK, in dem der Versicherungsfall als „medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen“ beschrieben wird, führt der 4. Senat aus, dass eine Heilbehandlungsmaßnahme nach ständiger Rechtsprechung des Senats medizinisch notwendig sei, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar gewesen sei, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Das sei im Allgemeinen dann der Fall, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung stehe, die geeignet sei, die Krankheit zu heilen oder zu lindern. Nach herrschender Meinung in Rechtsprechung und Literatur müsse die Heilbehandlung zusätzlich unter Kostenaspekten vertretbar sein. Seien zwei medizinisch gleichwertige, kostenmäßig aber um ein Vielfaches auseinander liegende Möglichkeiten der Behandlung gegeben, so bestehe eine Leistungspflicht nur für die kostengünstigere. Eine zum gleichen Behandlungserfolg führende erheblich teurere Heilbehandlung sei Luxus, jedoch keine notwendige Heilmaßnahme. Der Versichertengemeinschaft sei die Übernahme luxuriöser Behandlungen nicht zumutbar. Andernfalls würden die versicherungstechnischen Kalkulationsgrundlagen gesprengt. Diese Ansicht teile der Senat jedoch nicht. Die Einbeziehung von Kostengesichtspunkten lasse sich § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK im Wege der Auslegung nicht entnehmen. Allgemeine Versicherungsbedingungen seien nicht „gesetzesähnlich“ auszulegen, sondern so, wie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerkamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen müsse. Dabei komme es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und damit – auch – auf seine Interessen an. Ein solcher Versicherungsnehmer gehe vom Wortlaut der auszulegenden Klausel aus und berücksichtige ihren Zweck und den erkennbaren Sinnzusammenhang. Er könne aus dem Wortlaut des § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK nicht ersehen, dass auch finanzielle Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung eine Rolle spielen sollten. § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK stelle nur auf die „medizinisch notwendige“ und nicht auf die „medizinische und notwendige“, die „notwendige medizinische“, die „medizinisch nur notwendige“ oder gar auf die „medizinisch und wirtschaftlich notwendige“ Heilbehandlung ab. „Medizinisch“ beziehe sich gerade auf „notwendig“. Dieser sprachliche Zusammenhang mache bei verständiger Lektüre deutlich, dass die Notwendigkeit der Heilbehandlung allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen sei. Daraus entnehme der durchschnittliche Versicherungsnehmer, dass es auf seine laienhaften Vorstellungen oder die Einschätzung des behandelnden Arztes nicht ankomme. Auch nach dem ihm erkennbaren Sinnzusammenhang werde er in diese Beurteilung Kostengesichtspunkte

nicht hineinlesen. Er verstehe wohl, dass ihm nicht die Kosten für jede beliebige Behandlungsmaßnahme erstattet würden, sondern nur für eine solche, die objektiv dazu geeignet sei, sein Leiden zu heilen oder zu lindern. Dass darüber hinaus der Versicherer seine Leistungspflicht nur auf die billigste Behandlungsmethode beschränken wolle, erschließe sich dem Versicherungsnehmer dagegen nicht. Aus seiner Sicht verliere eine medizinisch anerkannte Heilbehandlung das qualifizierende Merkmal „notwendig“ im Einzelfall nicht deshalb, weil sie teurer sei als eine nach Einschätzung des Versicherers gleichwertige, aber kostengünstigere Behandlung. Zudem sei für den Versicherungsnehmer nicht erkennbar, nach welchen Maßstäben die medizinische Gleichwertigkeit von Heilbehandlungen zu beurteilen sein solle. Übernehme der Versicherer – wie die Beklagte – die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ohne für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbare Einschränkung, so könne er ihn grundsätzlich nicht auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter einer Heilbehandlung verweisen, die er für medizinisch gleichwertig halte.

Der beklagte Versicherer könne den Erstattungsanspruch des klagenden Versicherungsnehmers auch nicht entsprechend § 5 Abs. 2 MB/KK kürzen. Diese Regelung räume dem Versicherer lediglich die Befugnis ein, bei das medizinisch notwendige Maß übersteigenden Heilbehandlungen (sog. Übermaßbehandlungen) seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabzusetzen. Wolle der Versicherer von dieser Einschränkung der Leistungspflicht Gebrauch machen, so habe er darzulegen und zu beweisen, dass bei einer an sich medizinisch notwendigen Heilbehandlung eine einzelne Behandlungsmaßnahme medizinisch nicht notwendig gewesen sei. Die Übermaßregelung erstreckte sich nach herrschender Meinung auch auf einen im Verhältnis zum medizinisch notwendigen Behandlungsumfang überhöhten Vergütungsansatz des Arztes bzw. des Krankenhausträgers. Diese Ausdehnung der Kürzungsbefugnis gehe auf die frühere Senatsrechtsprechung zurück, nach der es bei einer Übermaßvergütung ebenso wie bei der von § 5 Abs. 2 MB/KK unmittelbar geregelten Übermaßbehandlung darum gehe, die durch den Versicherungsfall verursachte Kostenbelastung in vertretbaren Grenzen zu halten (BGH, Urteil vom 30.11.1977, VersR 1978, 267 unter II 3 f bb). An dieser Auffassung, die durch das damalige Verständnis von einer gesetzesähnlichen Auslegung Allgemeiner Versicherungsbedingungen geprägt gewesen sein möge, halte der Senat nicht fest. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer könne schon dem Wortlaut des § 5 Abs. 2 MB/KK nicht entnehmen, dass mit der Überschreitung des medizinisch notwendigen Maßes auch ein wirtschaftliches Übermaß gemeint sei. Ebenso wie in § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK seien die Begriffe „medizinisch“ und „notwendig“ miteinander verbunden. Bei verständiger Würdigung dieses Zusammenhangs werde ein Durchschnittsversicherungsnehmer auch der Regelung des § 5 Abs. 2 MB/KK entnehmen, dass sich das notwendige Maß nicht nach seinen subjektiven Vorstellungen oder denen seines Arztes, sondern nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten bestimme. Auch wenn er als Ziel der Übermaßregelung erken-

nen könne, dass der Versicherer sich vor einer unnötigen Kostenbelastung schützen wolle, beziehe er die Kürzungsbefugnis auf Heilbehandlungsmaßnahmen, die aus medizinischer Sicht nicht mehr oder nicht in dem abgerechneten Umfang notwendig gewesen seien. Ihm erhelle sich indes nicht, dass er trotz uneingeschränkter medizinischer Notwendigkeit der Heilbehandlung reduzierte Versicherungsleistungen erhalten solle. Ferner sei die Beklagte auch nicht nach § 242 BGB zur Kürzung ihrer Leistungen gegenüber dem Kläger berechtigt. Das private Versicherungsverhältnis unterstehe in besonderem Maße den Grundsätzen von Treu und Glauben. Der Versicherungsnehmer müsse bei der Inanspruchnahme einer besonders kostenträchtigen und nicht vital lebensnotwendigen Behandlung in angemessener Weise Rücksicht auf den Versicherer und die Versichertengemeinschaft nehmen. Der Versicherer brauche deshalb jedenfalls ganz unverhältnismäßige Kosten dafür nicht zu erstatten. So liege der Fall hier aber nicht. Die Bandscheibenoperationen des Klägers seien vital lebensnotwendig.

Position des
PKV-Verbandes

Mit dieser Entscheidung hat der Bundesgerichtshof seine mit dem Urteil vom 30.11.1977 (VersR 1978, S. 268 ff.) begonnene und seither unveränderte Rechtsprechung aufgegeben. Seinerzeit hatte der Bundesgerichtshof zu § 5 Abs. 2 MB/KK ausgeführt:

„Da der Versicherer nach dieser Klausel seine Leistungen für eine Heilbehandlung, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt, auf einen angemessenen Betrag herabsetzen darf, muss ihm im Ergebnis die gleiche Befugnis zugestanden werden, wenn für eine medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahme ein unangemessen hohes Entgelt berechnet worden ist. In beiden Fällen geht es darum, dass die durch den Versicherungsfall verursachte Kostenbelastung in vertretbaren Grenzen gehalten wird.“

Damit hatte der Bundesgerichtshof ein „Wirtschaftlichkeitsgebot“ ausdrücklich bestätigt. Nach dem neuen Urteil vom 12.3.2003 ist in den nicht spezialgesetzlich (z.B. Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, Bundespflegesatzverordnung) geregelten Leistungsbereichen eine Begrenzung des Vergütungsanspruchs eines Leistungserbringers bzw. des Kostenerstattungsanspruchs eines Versicherten nur noch aus den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (§§ 138 und 242 BGB) möglich. Der Bundesgerichtshof unterwirft auch den Versicherungsnehmer dem besonderen Treuverhältnis des Versicherungsvertrages, indem er ausdrücklich die Pflicht des Versicherungsnehmers anerkennt, bei der Inanspruchnahme einer besonders kostenträchtigen und vital nicht lebensnotwendigen Behandlung in angemessener Weise Rücksicht auf die Versichertengemeinschaft zu nehmen. Diese Beschränkungen reichen aber nicht aus, um die infolge des BGH-Urteils zu erwartenden Preis- und damit Ausgabensteigerungen einzudämmen. Die der Verkündung des Urteils folgenden Reaktionen von Anbieter- und

Behandlerseite (u.a. Krankenhäuser, Zahnärzte, Physiotherapeuten) haben gezeigt, dass die Leistungserbringer die neue Rechtslage zu Preiserhöhungen nutzen. Der Wegfall der Herabsetzungsbefugnis des Versicherers bei unangemessen hohen Behandlungskosten dürfte ferner dem ohnehin vorhandenen Trend zur Errichtung von Privatkliniken und zu „Ausgründungen“, d.h. der Ausgliederung von Privatabteilungen aus öffentlich geförderten Krankenhäusern mit dem Ziel, einen von der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz losgelösten, „rentableren“ Abrechnungsmodus anwenden zu können, einen zusätzlichen Schub geben. Versicherungsnehmern, die bisher die teuren Leistungen auch dann in Anspruch genommen haben, wenn für sie ein Selbstbehalt blieb, ist nunmehr vom Versicherer regelmäßig der volle Rechnungsbetrag zu erstatten. Wenn Selbstbehalte nicht mehr zu befürchten sind, steigt auch die Zahl der Versicherungsnehmer, die von den teuren Versorgungsangeboten Gebrauch machen. Ein Preiswettbewerb, wie ihn der Bundesgerichtshof angenommen hat, findet nicht statt, weil für den einen Vertragspartner, nämlich den Patienten/Versicherten, der Preis aufgrund der vollen Kostenerstattung durch den privaten Krankenversicherer keine Rolle mehr spielt. Mit der Aufgabe seiner bisherigen Rechtsprechung hat der Bundesgerichtshof den Krankenversicherern – jedenfalls mit Wirkung für den Bestand – das einzige Instrument aus der Hand genommen, mit dem sie sich gegen die Einnahmeinteressen der Leistungserbringer in den hinsichtlich der Preisgestaltung nicht reglementierten Leistungsbereichen wehren konnten. Angesichts dieser schwerwiegenden Auswirkungen ist die Änderung der – praktisch seit Geltung der MB/KK 76 wirksamen – höchstrichterlichen Rechtsprechung vergleichbar mit einer Gesetzesänderung: Ähnliche Wirkungen würde es beispielsweise haben, wenn der Gesetzgeber die Gebührenordnung für Ärzte und/oder Zahnärzte abschaffen würde. Gesetzesänderungen werden in der juristischen Literatur als klassischer Fall einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden „Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen“ (§ 178 g Abs. 3 VVG) angesehen. Mit der Gesetzesbegründung, in der der unbestimmte Rechtsbegriff nicht definiert wird, ist ein solches Verständnis vereinbar; Rechtsprechung liegt nicht vor. Anhaltspunkte dafür, dass für eine Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen zwischen unmittelbaren oder mittelbaren Auswirkungen unterschieden werden muss, gibt es ebenfalls nicht. In der Literatur (Prölss/Martin: VVG, 26. Auflage 1998, Anm. 4 a) III zu § 178 g) wird darüber hinaus die Auffassung vertreten, dass auch rein tatsächliche Änderungen ausreichen, z.B. Kostensteigerungen, die ein solches Ausmaß erreichen, dass sie sich nicht mit relativ maßvollen Prämienerrhöhungen bewältigen lassen, sondern (auch) Leistungsminderungen erfordern. Eine weite Auslegung der „Verhältnisse im Gesundheitswesen“ dürfte schließlich auch deshalb vertretbar sein, weil eine Bedingungsänderung unter dem Korrektiv der „Wahrung der Belange der Versicherten“ steht, was der unabhängige Treuhänder im Zuge seines Zustimmungserfordernisses zu prüfen hat. Für diese Wertung ist davon auszugehen, dass den Versicherten infolge der geänderten BGH-

Rechtsprechung zusätzliche Beitragserhöhungen drohen, ohne dass damit notwendigerweise eine bessere Versorgungsqualität verbunden ist. Wird dieses Ergebnis durch eine Bedingungsänderung verhindert, entstehen für die Versicherten keine Nachteile, da letztlich nur der vor der Änderung der höchstrichterlichen Rechtsprechung bestehende Rechtszustand wiederhergestellt wird.

Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht des PKV-Verbandes eine auf § 178 g Abs. 3 VVG gestützte und bestandswirksame Änderung von § 5 Abs. 2 MB/KK mit folgendem Inhalt möglich:

„Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß **oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.**“

Der unbestimmte Rechtsbegriff „unangemessen“ wurde im BGH-Urteil vom 30.11.1977 zu § 5 Abs. 2 MB/KK verwendet und findet sich ferner z.B. in § 308 Nr. 7 b BGB sowie in § 22 Abs. 1 Satz 5 PflIV, kann also mit Leben gefüllt werden.

In der Entscheidung, ob sie der dargestellten Änderung der Musterbedingungen unternehmensindividuell folgen wollen, sind die Versicherungsunternehmen selbstverständlich frei. Seitens des PKV-Verbandes handelt es sich lediglich um einen unverbindlichen Vorschlag.

Beweislastverteilung bei streitiger medizinischer Notwendigkeit von Heilbehandlungsmaßnahmen

Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12.3.2003 ist in mancherlei Hinsicht falsch interpretiert worden. So waren etwa im zentralen Magazin der privatärztlichen Verrechnungsstellen (Ärztepost, 3/2003, S. 14 f.) Äußerungen zu lesen, die zumindest so verstanden werden konnten, als habe der Bundesgerichtshof die Beweislastverteilung bei streitiger medizinischer Notwendigkeit von Heilbehandlungsmaßnahmen geändert. Dies ist aber nicht der Fall. Der Versicherungsnehmer hat zu beweisen, dass die Heilbehandlung medizinisch notwendig war. Dagegen muss der Versicherer, will er seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, beweisen, dass die Behandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Diese Zuordnung entspricht der generellen Beweislastverteilung im Prozessrecht, wonach die Voraussetzungen für einen Anspruch von jenem nachzuweisen sind, der ihn geltend macht, während Einwendungen dagegen von dem zu beweisen sind, der sie erhebt. Dem aktuellen Urteil des Bundesgerichtshofs ist nichts anderes zu entnehmen. Wenn der Autor des oben genannten Artikels in der „Ärztepost“ in seinem „Fazit“ feststellt, dass der Arzt im Streit über die Rechnungslegung (nunmehr) den Vorteil habe, sich nicht ständig verteidigen zu müssen, sondern die Versicherung auffordern könne, substantiierte Argumente bezüglich einer nicht notwendigen Heilbehandlung vorzubringen, ist dies schlicht falsch. Der Arzt darf grundsätzlich nur medizinisch not-

wendige Leistungen berechnen; wird das medizinisch notwendige Maß überschritten, ist ein Liquidationsrecht davon abhängig, dass die Leistungen auf Verlangen des Patienten erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Wird die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung durch den Versicherer in Zweifel gezogen, ist sie vom Versicherungsnehmer zu beweisen. Hierfür ist er als medizinischer Laie naturgemäß auf die Unterstützung des behandelnden Arztes angewiesen. Dieser hat die medizinische Notwendigkeit schon deswegen zu begründen, weil sie auch Voraussetzung für seinen Honoraranspruch ist. Nur wenn bei unstrittiger medizinischer Notwendigkeit der Versicherer von einer Übermaßbehandlung ausgeht, muss er belegen, dass die durchgeführten Maßnahmen tatsächlich das medizinisch notwendige Maß überstiegen haben.

Durch eine Änderung des SGB V im Rahmen des Beitragssatzsicherungsgesetzes (BSSichG) vom 23.12.2002 war redaktioneller Anpassungsbedarf für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des Standardtarifs entstanden. Als aus diesem Grund eine Änderung der AVB notwendig geworden war, konnte die Gelegenheit genutzt werden, auch noch weitere redaktionelle sowie klarstellende Anpassungen vorzunehmen:

Änderung der AVB
des Standardtarifs

- In Nr. 1 TB/ST wird mehrfach (in Abs. 2 Buchstabe b und c sowie Abs. 3) auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Bezug genommen. Angeknüpft wurde dabei an den Wortlaut des § 257 Abs. 2 a Nr. 2 Satz 1 SGB V. Durch Artikel 1 Nr. 13 b) BSSichG ist § 257 Abs. 2 a Nr. 2 Satz 1 SGB V insoweit geändert worden, als die Angabe „(§ 6 Abs. 1 Nr. 1)“ durch die Angabe „nach § 6 Abs. 7“ ersetzt wurde. Entsprechend muss daher die Bezugnahme in Nr. 1 TB/ST geändert werden.
- In Nr. 1 Abs. 4 TB/ST wird auf § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (kurz: Schwerbehindertengesetz) Bezug genommen. Dieses Gesetz wurde durch Artikel 63 des SGB IX vom 19.6.2001 mit Wirkung ab dem 1.7.2001 aufgehoben. Die Regelung des § 4 Abs. 1 Schwerbehindertengesetz ist wortgleich mit § 69 Abs. 1 SGB IX. Auch wenn es der Gesetzgeber bisher versäumt hat, § 257 Abs. 2 b Satz 2 SGB V entsprechend zu ändern, soll in den AVB des Standardtarifs eine korrekte Bezugnahme erfolgen. In Nr. 1 Abs. 4 Satz 2 TB/ST war also die Angabe „§ 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ durch die Angabe „§ 69 Abs. 1 SGB IX“ zu ersetzen.
- Anfragen von Versicherten haben gezeigt, dass der Begriff „Lebenspartner“, der an verschiedenen Stellen der AVB/ST im Zusammenhang mit der (teilweisen) Gleichstellung mit Ehepartnern durch das

Lebenspartnerschaftsgesetz eingefügt worden ist, nach allgemeinem Sprachgebrauch, also im Sinne einer Person, mit der ein Zusammenleben praktiziert wird (ohne dass die formellen Anforderungen des Gesetzes vorliegen) verstanden werden konnte. Um hier Klarheit zu schaffen, ist der 1. Absatz der Präambel um folgenden Satz ergänzt worden:

„Der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Standardtarifs verwendete Begriff ‚Lebenspartner‘ bezieht sich auf ‚Lebenspartner‘ gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang).“

- In § 18 Abs. 1 ist die Bezeichnung „Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen“ durch „Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“ ersetzt worden.

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht hat diesen AVB-Änderungen mit Schreiben vom 26.3.2003 zugestimmt.

Weitere Urteile zum
Versicherungsver-
tragsrecht

Zu Fragen des Versicherungsvertragsrechts sind im Berichtsjahr wieder zahlreiche Urteile ergangen bzw. bekannt geworden. Nachfolgend werden einige interessante Entscheidungen wiedergegeben:

§ 178 m VVG

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 11.6.2003 – Az.: IV ZR 418/02 – festgestellt, dass der Versicherer in der privaten Krankenversicherung auch solche Gutachten (einschl. der Identität des Sachverständigen) bekannt zu geben hat, denen keine körperliche Untersuchung des Versicherten zugrunde liegt. Im konkreten Fall war eine Heilpraktikerrechnung nur teilweise erstattet worden. Der Versicherer begründete dies mit der Prüfung durch einen medizinischen Berater, die ergeben habe, dass bestimmte Diagnosen und Therapien nicht medizinisch notwendig gewesen seien. Der Versicherungsnehmer verlangte daraufhin einem von ihm benannten Arzt Einsicht in das nicht anonymisierte Gutachten des medizinischen Beraters zu gewähren, was ihm der Versicherer verweigerte. Der Bundesgerichtshof geht in den Urteilsgründen zunächst auf die Auffassung der Vorinstanz (Landgericht Münster, Urteil vom 10.10.2002) ein. Danach betreffe die Vorschrift nach ihrem Wortlaut nicht nur Gutachten, in denen der Sachverständige selbst die Anknüpfungstatsachen etwa durch körperliche Untersuchung feststelle. Auch wenn es sich lediglich um eine fachliche Bewertung vorgegebener Befunde handele, gehe es um Gutachten. § 178 m VVG sei aber aufgrund seiner Entstehungsgeschichte einschränkend auszulegen. Die Regelung sei eingeführt worden, um dem Versicherten, der sich einer körperlichen Untersuchung auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt unterzogen habe, ein Recht auf Information über das Ergebnis dieser Untersuchung zu verschaffen. Nur für solche Fälle einer ärztlichen Untersuchung sei vor Einführung des § 178 m VVG eine Auskunftspflicht auf der Grundlage von § 242 BGB anerkannt gewesen. Auch nach Sinn und Zweck der Regelung erfordere § 178 m VVG keine Anwendung auf Gutachten, die sich in einer Bewertung erschöpfen.

Denn ihnen komme keinerlei Bindungswirkung zu. Die Darlegungs- und Beweislast für den Anspruch auf Versicherungsleistungen liege ungeachtet solcher vom Versicherer eingeholter Gutachten beim Versicherungsnehmer. Nach Auffassung des Senats lasse sich dem Gesetz die vom Landgericht angenommene Einschränkung des § 178 m VVG jedoch nicht entnehmen. In der Begründung des Gesetzentwurfs zu dieser Vorschrift sei zwar nur davon die Rede, dass der Versicherte verpflichtet sei, sich auf Verlangen des Versicherers untersuchen zu lassen; ein Anspruch des Versicherten auf Auskunft über den Inhalt des erstellten Gutachtens sei im Lichte der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Recht auf informationelle Selbstbestimmung nicht zu bestreiten. Der Fall einer körperlichen Untersuchung, wie sie vom Versicherer nach § 9 Abs. 3 MB/KK sowie nach § 9 Abs. 3 MB/KT verlangt werden könne, lege die Einführung eines Auskunftsanspruchs in besonderer Weise nahe; er möge auch Anlass für die Schaffung eines speziellen Auskunftsanspruchs gewesen sein. Das Gesetz beschränke den Anspruch aber nicht auf derartige Fälle. Vielmehr gebe § 178 m Satz 1 VVG dem Versicherungsnehmer oder jeder versicherten Person das Recht auf Auskunft über und Einsicht in Gutachten, die der Versicherer „bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat“. Daraus müsse selbst vor dem Hintergrund der in den Materialien gegebenen Begründung entnommen werden, dass der Anspruch auch dann gegeben sei, wenn der Gutachter den Versicherten nicht körperlich untersucht habe.

Die Beklagte weise allerdings mit Recht daraufhin, dass § 178 m Satz 1 VVG einen Anspruch nur hinsichtlich solcher Gutachten gebe, die der Versicherer „eingeholt“ habe. Daraus werde geschlossen, dass Gutachten fest angestellter Mitarbeiter der Leistungs- oder Fachabteilungen von Versicherungen nicht dem Auskunfts- und Einsichtnahmeanspruch des § 178 m VVG unterlägen. Die Beklagte meine, auch wenn sie externen Rat von Fachärzten einhole, gehe es nur um eine Stellungnahme für ihre internen Zwecke. Zumindest habe der Kläger kein berechtigtes Interesse, über den sachlichen Inhalt dieser Stellungnahmen hinaus die Namen der Gutachter zu erfahren. Dieses Begehren des Klägers könne sich auch nicht auf den Wortlaut des § 178 m VVG stützen.

Jedenfalls wenn der Versicherer wie hier ein externes Gutachten eingeholt habe, sei er zu dessen Offenlegung verpflichtet. Dass dieses Gutachten der Prüfung seiner Leistungspflicht, mithin internen Zwecken diene, ändere daran nach dem Wortlaut des Gesetzes nichts. Der Versicherer hole das Gutachten ein, um sich in einer Zweifelsfrage Gewissheit zu verschaffen. Dazu bedürfe es eines unbefangenen und fachlich geeigneten Sachverständigen. Fehle es daran, könne das Gutachten seinen Zweck nicht erfüllen. Unter diesen Gesichtspunkten mache es keinen Sinn, wenn der Versicherer die Identität des Sachverständigen geheim halten wolle. Eine solche Einschränkung würde das in § 178 m VVG gewährleistete Recht des Versicherten auf Einsicht entwerten, weil ihm die Prüfung der Kompetenz und Unbefangenheit des Gutachters verschlos-

sen bliebe. Erst die umfassende Kenntnis des Gutachtens einschließlich seines Urhebers erlaube dem Versicherten eine sachgerechte Beurteilung der Frage, ob der Anspruch auf Kostenerstattung Aussicht auf Erfolg habe. Insofern diene § 178 m VVG der Waffengleichheit unter den Beteiligten des Versicherungsvertrages.

**Keine Befristung
der Leistungszusage
nach § 4 Abs. 5
MB/KK**

Mit Urteil vom 29.1.2003 – Az.: IV ZR 257/01 – hat der Bundesgerichtshof festgestellt, dass der Versicherer, der eine Leistungszusage nach § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK erteilt hat, sein Ermessen damit endgültig ausgeübt hat; eine gleichwohl vorgenommene Befristung der Zusage ist unwirksam. Im konkreten Fall hatte der Versicherer mit Schreiben vom 15.10.1999 eine Kostenzusage „für die Dauer der medizinisch notwendigen Behandlung“ in einer so genannten „gemischten Anstalt“ im Sinne von § 4 Abs. 5 MB/KK gegeben. Zugleich bat er die Klinik, bei längerer Dauer der Behandlung einen Verlaufs- und Befundbericht über die bisher angewandte und die weiterhin beabsichtigte Therapie sowie über das Ergebnis der bisherigen Behandlung zu übersenden, denn die Erstattungszusage sei zunächst bis zum 27.10.1999 befristet. Die Leistungszusage wurde dann mehrfach verlängert, bis der Versicherer mit Schreiben vom 28.1.2000 weitere Leistungen mit sofortiger Wirkung ablehnte. Das Gericht führt in den Urteilsgründen aus, dass dem Kostenübernahmeanspruch nicht entgegenstehe, dass die in der Leistungszusage vom 15.10.1999 genannte und danach verlängerte Frist abgelaufen sei. Nach Erteilung einer § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK entsprechenden Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt könne der Versicherer dem Anspruch des Versicherungsnehmers auch bei einer Befristung der Zusage nur entgegenhalten, es liege keine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung mehr vor oder die Leistungspflicht sei aus anderen Gründen als der fehlenden Zusage ausgeschlossen. Habe der Versicherer eine Zusage nach § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK (vor und nach Beginn der Behandlung) erteilt, habe er sein Ermessen damit endgültig ausgeübt. Die Bestimmung erlaube ihm nicht, während der laufenden Behandlung die Leistungen unter Hinweis auf den gemischten Charakter der Krankenanstalt nach seinem Ermessen einzustellen. Dies ergebe die Auslegung der Klausel aus Sicht des durchschnittlichen Versicherungsnehmers, auf dessen Verständnismöglichkeiten es bei der Auslegung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen ankomme. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass Risikoausschlussklauseln eng auszulegen seien. § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK enthalte erkennbar eine Einschränkung der Leistungspflicht. Die in §§ 1 Abs. 1 bis 3, 4 Abs. 4 MB/KK versprochenen tariflichen Leistungen (Aufwendungsersatz und Krankenhaustagegeld) für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt würden von einer vorherigen Zusage abhängig gemacht. Aus dem Sinnzusammenhang mit dem Leistungsausschluss für Kur- und Sanatoriumsbehandlung in § 5 Abs. 1 d MB/KK lasse sich auch der Zweck der Regelung erschließen. Er bestehe darin, medizinischen Abgrenzungsstreitigkeiten aus dem Wege zu gehen. Der Aufenthalt des Versicherungsnehmers in einer gemischten Anstalt sei für den

Versicherer mit einem größeren Risiko verbunden, weil er die Feststellung erschwere, ob es sich um eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und daher um einen Versicherungsfall oder um einen nicht versicherten Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt handele. Der Versicherer habe daher ein berechtigtes Interesse daran, dieses erhöhte Risiko dadurch zu beschränken, dass er seine Leistungspflicht von einer vorhergehenden Prüfung und einer in seinem Ermessen liegenden Zusage abhängig mache. Allein um dieses Risiko, ob nämlich die Behandlung statt in einem reinen Krankenhaus in einer bestimmten gemischten Anstalt erfolgen könne, gehe es bei dem Leistungsausschluss in § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK. Mit der Leistungszusage sei die Prüfung abgeschlossen und zugunsten des Versicherungsnehmers entschieden, dass der Versicherer der stationären Behandlung in der konkreten gemischten Anstalt zustimme. Der Versicherungsnehmer habe damit in gleicher Weise wie bei einem Aufenthalt in einem reinen Krankenhaus Anspruch auf die vertraglich versprochenen Leistungen. Der Klausel lasse sich auch nicht andeutungsweise entnehmen, dass sie dem Versicherer durch eine Befristung der Zusage oder in anderer Weise das Recht einräume, nach seinem Ermessen darüber zu entscheiden, ob, in welchem Umfang und wie lange die genehmigte stationäre Heilbehandlung in der gemischten Anstalt medizinisch notwendig sei, und den Versicherungsnehmer in die Zwangslage zu versetzen, die begonnene Behandlung abzubrechen oder selbst zu finanzieren.

Mit Unterlassungs- und Schadensersatzansprüchen eines Arztes gegen einen von einem Versicherer mit der Rechnungsprüfung beauftragten medizinischen Gutachter (wegen angeblicher Fehler des Gutachtens, dass „den Tatbestand grob fahrlässig erstellter ärztlicher Zeugnisse erfülle“) hat sich das Oberlandesgericht Hamm als Berufungsinstanz in seinem Urteil vom 3.2.2003 – Az.: 6 U 45/02 – befasst. Der Kläger hatte zum einen eine Vielzahl von Unterlassungsanträgen bezüglich Ausführungen des Gutachters zur gebührenrechtlichen Richtigkeit der Rechnung und zur medizinischen Notwendigkeit der Behandlung gestellt und zum anderen eine Feststellung beantragt, dass der Gutachter ihm sämtliche Schäden zu ersetzen habe, die ihm durch die Gutachten entstanden seien und noch entstehen würden. Das Oberlandesgericht Hamm hat die Klage als unbegründet zurückgewiesen; die geltend gemachten Ansprüche stünden dem Kläger weder aus vertraglicher noch aus deliktischer Grundlage zu. Vertragliche Ansprüche kämen nicht in Betracht, weil der von der Berufungsbegründung herangezogene Gesichtspunkt eines Vertrages mit Schutzwirkung zugunsten Dritter hier nicht einschlägig sei. Der Kläger sei nicht Vertragspartner des Beklagten gewesen. Der Werkvertrag über die Begutachtung der abgerechneten ärztlichen Leistungen sei vielmehr zwischen dem Versicherer und dem Beklagten geschlossen worden. In den Schutzbereich dieses Vertrages sei der Kläger nicht einbezogen gewesen. Eine Schutzwirkung zugunsten Dritter setze nach gefestigter höchstrichterlicher Rechtsprechung u.a. voraus, dass der Vertragsgläubiger an dem Schutz des Dritten ein besonderes Interesse habe, Inhalt und Zweck des Vertrages erkennen ließen, dass diesem Interesse

Kein Schadensersatzanspruch eines Arztes gegen den medizinischen Gutachter einer Versicherung

Rechnung getragen werden solle, und die Vertragsparteien den Willen hätten, zugunsten des Dritten eine Schutzpflicht des Schuldners zu begründen. Eine Haftung von Sachverständigen sei insbesondere mehrfach anerkannt worden, wenn deren Vertragsleistungen von vornherein erkennbar zum Gebrauch gegenüber Dritten bestimmt gewesen seien und nach dem Willen des Auftraggebers mit einer entsprechenden Beweiskraft ausgestattet sein sollten, also nicht nur für das Innenverhältnis zwischen dem Auftraggeber und dem Sachverständigen bestimmt gewesen seien. Eine vergleichbare Sachlage sei aber im vorliegenden Fall nicht gegeben gewesen. Die Gutachten hätten der internen Entscheidungsfindung des Versicherers über eine Regulierung der Liquidation dienen sollen. Eine Vorlage an den Kläger sei ersichtlich nicht beabsichtigt gewesen. Auf Beklagtenseite sei ferner kein öffentlich bestellter Sachverständiger oder eine vergleichbare Autorität tätig gewesen. Der Kläger habe bereits in erster Instanz gerügt, dass der Gutachter im Lager der Privatversicherer stehe. Im Berufungsverfahren habe er ein Schreiben des Versicherers vorgelegt, in dem ausgeführt werde, dass der Beklagte kein Gutachter der Ärztekammer sei, sondern seit ca. zwei Jahren Vertrauensarzt des Versicherers sei und regelmäßig für diesen gutachterliche Stellungnahmen erstelle. Die Einschaltung des Beklagten sei hier außerdem nicht nach Absprache mit dem Kläger erfolgt. Dieser habe von der Begutachtung seiner Abrechnung zunächst nichts gewusst. Der Kläger habe sich schließlich auch nicht auf die Sachkunde und die Zuverlässigkeit des Gutachtens verlassen. Er habe es vielmehr sofort als unrichtig angegriffen, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt hatte. Das Gutachten sei auch weder dazu bestimmt gewesen, als Grundlage für Vermögensdispositionen des Klägers zu dienen, noch habe der Kläger im Vertrauen auf das Gutachten solche Dispositionen tatsächlich getroffen. Der vorliegende Sachverhalt falle danach nicht unter die Fallgruppen, in denen nach der Rechtsprechung bisher ein Vertrag mit Schutzwirkung für Dritte angenommen worden sei. Es ergebe sich insbesondere nicht aus Zweck und Inhalt des Vertrages zwischen dem Versicherer und dem Beklagten, dass die Parteien dieses Vertrages den Willen gehabt hätten, den Kläger in die vertragliche Schutzpflicht einzubeziehen. Es liege bei einem zur Vorbereitung einer Entscheidung einer Krankenversicherung eingeholten Gutachten, das die Abrechnungen eines Arztes aufklären solle, die Annahme ganz fern, dass in den Vertrag zwischen der Krankenversicherung und dem Gutachter über die vorzunehmende Prüfung nach dem Parteiwillen der Arzt als Dritter, der durch eventuell nachfolgende Maßnahmen der Krankenversicherung betroffen sein könne, einbezogen werden solle. Es bestehe kein Anlass, hier den Kreis der in vertragliche Schutzpflichten einbezogenen Dritten zu erweitern. Die allgemeine Sorgfaltspflicht im Rahmen zu treffender Entscheidungen genüge nicht für einen vertraglichen Schutz eines Dritten.

Auch deliktische Ansprüche schieden aus. Das Unterlassungsbegehren des Klägers könne keinen Erfolg haben, weil es an der entsprechend § 1004 Abs. 1 Satz 2 BGB erforderlichen Wiederholungsgefahr fehle. Der Beklagte habe lediglich auftragsgemäß Gutachten an den Versiche-

rer abgeliefert. Darüber hinaus habe er nichts getan, um die beanstandeten Äußerungen anderweitig zu verbreiten. Es sei auch nicht ersichtlich, welches Interesse er daran hätte haben können. Zu der Verteidigung der Gutachten im Verlauf des Rechtsstreits sei der Beklagte berechtigt gewesen. Allein daraus könne nicht geschlossen werden, dass die Gefahr einer Wiederholung der Äußerungen außerhalb des Verfahrens bestehe. Für eine Wiederholungsgefahr sei daher nichts ersichtlich.

Das Schadenersatzbegehren sei unbegründet, weil keine deliktischen Anspruchsgrundlagen, an die gedacht werden könne, erfüllt seien. Ein Anspruch aus § 824 BGB scheitere daran, dass es nicht um unrichtige Tatsachenbehauptungen gehe. Gutachterliche Äußerungen eines Sachverständigen seien in der Regel als Werturteile einzustufen. Es liege im Wesen einer Begutachtung, dass sie im Wesentlichen Wertungen wiedergebe. Es handele sich um die Äußerung einer auf Schlussfolgerungen beruhenden persönlichen Meinung des Gutachters. Dieser gebe seine subjektive Einschätzung wieder, die durch das Element der Stellungnahme und des Dafürhaltens gekennzeichnet werde und damit ihrer Zielrichtung nach Wertung sei.

In das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb als sonstiges Recht im Sinne von § 823 Abs. 1 BGB sei nicht eingegriffen worden. Es fehle an einem betriebsbezogenen Eingriff, der sich nach seiner objektiven Stoßrichtung gegen den betrieblichen Organismus oder die unternehmerische Entscheidungsfreiheit richte. Die Gutachten, von denen unmittelbare Auswirkungen für den Kläger nicht ausgingen, sondern die lediglich Grundlage für eventuelle Maßnahmen des Versicherers gewesen seien, seien keine in diesem Sinne betriebsbezogenen Eingriffe.

Ebenso wenig liege eine Verletzung des Persönlichkeitsrechts des Klägers als sonstiges Recht im Rahmen von § 823 Abs. 1 BGB vor. Um eine rechtswidrige Verletzung des Persönlichkeitsrechts annehmen zu können, reiche es nicht aus, dass das gerügte Verhalten zur Beeinträchtigung persönlichkeitsbezogener Belange geführt habe. Erforderlich sei vielmehr eine Würdigung der Umstände des Einzelfalls, die am Prinzip der Güter- und Interessenabwägung auszurichten sei. Als Werturteil stehe eine gutachterliche Stellungnahme unter dem Schutz des in Artikel 5 GG gewährleisteten Rechts auf freie Meinungsäußerung. Auch wenn die Persönlichkeitssphäre eines anderen tangiert werde, sei das zunächst einmal hinzunehmen. Die Rechtswidrigkeit eines Eingriffs in das allgemeine Persönlichkeitsrecht eines Dritten könne erst aus einer zu missbilligenden Art der Schädigung hergeleitet werden. Im Bereich des Schutzes von Ehre und Ansehen kämen dabei die Fallgruppen einer Verletzung der Menschenwürde, der Formalbeleidigung und der Schmähkritik in Betracht. Keine dieser Fallgruppen sei hier jedoch auch nur annäherungsweise beeinträchtigt.

Schließlich seien auch die Voraussetzungen des § 826 BGB nicht erfüllt. Zur Haftung eines Sachverständigen wegen Schädigung eines Dritten durch ein fehlerhaftes Gutachten existiere ebenfalls eine gefestigte höchstrichterliche Rechtsprechung. Danach würden besondere Umstände verlangt, die das Verhalten des Sachverständigen als Verstoß gegen die guten Sitten erscheinen ließen. Dass der Sachverständige ein fehlerhaftes Gutachten erstattet habe, reiche dazu nicht aus. Erforderlich sei vielmehr, dass der Gutachter leichtfertig oder gewissenlos gehandelt habe. Ein Verstoß gegen die guten Sitten komme in Betracht, wenn der Sachverständige sich etwa durch nachlässige Ermittlungen zu den Grundlagen seines Auftrags oder durch ins Blaue gemachte Angaben der Gutachtaufgabe leichtfertig entledigt und damit eine Rücksichtslosigkeit gegenüber dem Adressaten des Gutachtens an den Tag gelegt habe, die angesichts der Bedeutung des Gutachtens und der in Anspruch genommenen Kompetenz als gewissenlos bezeichnet werden müsse. Diese besonderen Voraussetzungen seien im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Soweit der Kläger eine grobe Leichtfertigkeit darin sehe, dass der Beklagte die Krankenunterlagen nicht herangezogen habe, sei dieser Einschätzung nicht zu folgen. Der Beklagte habe auftragsgemäß Privatgutachten für den Versicherer aufgrund derjenigen Unterlagen erstellt, die dieser ihm zur Verfügung gestellt habe. Diese Unterlagen habe er auf medizinische Angemessenheit und Notwendigkeit der durchgeführten Diagnostik und Therapie zu prüfen gehabt. Der Versicherer als Auftraggeber habe also gewusst, welche Unterlagen der Beklagte auswerte und welche nicht. Einen Auftrag, sich weitere Unterlagen vom Kläger zu verschaffen, habe er ersichtlich nicht gehabt. In den Gutachten sei dann auch eingangs jeweils ausführlich niedergelegt, auf welche Unterlagen (Rechnungen, Rezepte, aktuelle und frühere Diagnosen) sich das Gutachten stütze. Damit sei sowohl für den Auftraggeber als auch sonstige Leser des Gutachtens klar ersichtlich gewesen, dass Krankendokumentationen eben nicht einbezogen gewesen seien. Es sei hier ja auch nicht um ein umfassendes medizinisches Gutachten zum Gesundheitszustand des jeweiligen Patienten gegangen, sondern um Plausibilität und Erforderlichkeit bestimmter abgerechneter Diagnostik und Therapie im Rahmen der Frage der Kostenerstattung. Es könne danach nicht die Rede davon sein, dass der Beklagte die Grundlagen seiner gutachterlichen Erkenntnisse grob nachlässig ermittelt habe. Davon könne lediglich dann gesprochen werden, wenn der Beklagte eindeutig gegen die üblichen Methoden in vergleichbaren Fällen verstoßen habe. Dafür sei jedoch nichts ersichtlich. Für die Überprüfung von gesetzlichen Abrechnungen stünden dem Krankenversicherer eben die Krankenunterlagen des Arztes regelmäßig nicht zur Verfügung. Aufgabe des Beklagten sei es nur gewesen, die vorhandenen Abrechnungunterlagen aus medizinischer Sicht zu begutachten. Da der auftraggebende Versicherer die Beschränktheit des Materials gekannt habe, erscheine auch ein zusätzlicher ausdrücklicher Hinweis darauf, dass sich aus den Krankenunterlagen des Arztes möglicherweise weitere Erkenntnisse ergeben könnten, nicht erforderlich. Nach alledem habe sich der Beklagte seiner Gutachteraufgabe nicht leichtfertig entledigt. Erst recht könne nicht ein gewissenloses

Verhalten bejaht werden. Ein solches liege nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes vor, wenn der Handelnde einen eigenen Vorteil ohne Rücksicht auf Belange Dritter suche, sich über bereits geltend gemachte Bedenken hinwegsetze oder es ihm aus sonstigen Gründen gleichgültig sei, ob und ggf. welche Folgen sein Verhalten habe. Solche Umstände seien hier weder vorgetragen noch ersichtlich. Auch soweit in der Berufungsbegründung der Vorwurf grob leichtfertigen Verhaltens unabhängig von der fehlenden Einsicht in die Krankenunterlagen erhoben werde, seien die Voraussetzungen einer Haftung nach § 826 BGB nicht gegeben. Es möge sein, dass die gutachterliche Stellungnahme hier unrichtig sei. Das allein reiche aber eben nicht aus, um einen Verstoß gegen die guten Sitten annehmen zu können. Welche zusätzlichen Umstände insoweit einen Sittenverstoß begründen sollten, werde von dem Kläger nicht dargetan. Es bestehe auch kein Anlass, ein medizinisches Gutachten einzuholen. Wie bereits ausgeführt, reiche es nicht aus, dass das Gutachten aus medizinischer Sicht Fehler enthalte. Es fehle an der zusätzlichen Voraussetzung eines Verstoßes gegen die guten Sitten, der nach rechtlichen Kriterien zu beurteilen sei.

2. Gestaltung des Versicherungsschutzes

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 2004 nicht angepasst werden. Daher beträgt der monatliche Beitrag im Tarif PSKV 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 Tarif PSKV 61,90 Euro und im Tarif PSKV Spezial 52,60 Euro. Für das Neugeschäft ab dem 1.4.2002 sind dies alles Nettobeiträge, zu denen noch ein unternehmensindividueller Kostenzuschlag hinzukommt.

Private Studentische
Krankenversicherung

Im Berichtszeitraum haben sich wieder einige Änderungen in den Beihilfavorschriften des Bundes und der Länder ergeben.

Beihilfe in Krank-
heits-, Pflege-, Ge-
burts- und Todesfällen

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Modernisierungsgesetz hat der Bundestag beschlossen, die Neuregelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wirkungsgleich für die Beamten in die Beihilfe umzusetzen. Deshalb gab es zum 1.1.2004 eine Änderung in den Beihilfavorschriften des Bundes. Bei Arznei- und Verbandmitteln, Hilfsmitteln (soweit keine Höchstbeträge festgesetzt sind) sowie Fahrtkosten vermindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen um 10 Prozent, mindestens aber um 5 Euro, höchstens um 10 Euro, jedoch

Beihilfe des Bundes

nicht mehr als die Kosten des Mittels selbst (§ 12 Abs. 1 Satz 1 BhV). Bei Krankenhaus- und Kuraufenthalten beträgt der Abzugsbetrag 10 Euro pro Tag. Dieser Abzugsbetrag ist für Krankenhaus- und „Anschlussheilbehandlungen“ auf höchstens 28 Tage jährlich begrenzt. Bei Krankenhausaufenthalten wird außerdem für Wahlleistung Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers täglich ein Betrag von 14,50 Euro abgezogen (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 b) bb) BhV). Bei häuslicher Krankenpflege beträgt der Abzugsbetrag 10 Euro je Verordnung plus 10 Prozent der Gesamtkosten (§ 12 Abs. 1 BhV). Pro Kalendervierteljahr wird für jede erste Inanspruchnahme eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten durch den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen jeweils ein Betrag in Höhe von 10 Euro von der Beihilfe abgezogen (§ 12 Abs. 1 Satz 1 BhV). Die genannten Abzugsbeträge fallen in bestimmten Fällen nicht an, z.B. bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Schwangeren, bei Vorsorgeuntersuchungen oder wenn beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt sind (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 2 BhV).

Erreichen die Abzugsbeträge in der Summe eine Belastungsgrenze von 2 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens bzw. bei chronisch Kranken 1 Prozent, entfallen sie ab diesem Zeitpunkt für den Rest des Jahres. Für berücksichtigungsfähige Ehegatten und für Kinder werden bei der Berechnung des Einkommens Freibeträge abgezogen (§ 12 Abs. 2 BhV).

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie sonstige, in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr ordnungsfähige Arzneimittel sind grundsätzlich nicht mehr beihilfefähig. Für eine Übergangszeit, d.h. bis zur Verpflichtung der Apotheken zur Verwendung der Pharmazentralnummer auf Privatrezepten, bleiben die alten Regelungen gültig, allerdings mit den neuen Abzugsbeträgen nach § 12 Abs. 1 BhV. Brillen sind im bisherigen Umfang bei Aufwendungen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ansonsten nur bei schwerwiegenden, in den Beihilfevorschriften (Anlage 3 Nr. 12) bezeichneten Erkrankungen beihilfefähig.

Die Beihilfe zu den Bestattungskosten entfällt vollständig, die Beihilfe zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung ebenfalls. Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung sind nur noch ausnahmsweise beihilfefähig, bei Verlegungen zwischen Krankenhäusern nur aus zwingenden medizinischen Gründen oder nach vorheriger Genehmigung der Beihilfestelle. Die Beihilfeansprüche für Aufwendungen bei Sterilisation und künstlicher Befruchtung werden entsprechend den neuen Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschränkt (§ 6 Abs. 1 Nr. 13 und 14 BhV).

Aufwendungen für Mutter- (Vater-) Kind-Kuren (§ 8 Abs. 7 BhV) sowie Hospizaufenthalte sind beihilfefähig. Außerdem wird die Abrechnung von Leistungen in Mitgliedstaaten der Europäischen Union er-

leichtert. Erst ab 1.1.2005 sind die Material- und Laborkosten für Zahnersatz nicht mehr wie bisher zu 60 Prozent, sondern zu 40 Prozent beihilfefähig (Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV).

Zum 1.4.2003 ist in Baden-Württemberg die Verordnung des Finanzministeriums zur Änderung der Beihilfeverordnung vom 20.2.2003, veröffentlicht im Gesetzblatt für Baden-Württemberg, S. 125, in Kraft getreten. Dort wird u.a. geregelt, dass sich bei Wegfall von Kindern aus der Beihilfe der Beihilfebemessungssatz nicht vermindert, wenn drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren.

Beihilfavorschriften
des Landes Baden-
Württemberg

Durch Antrag des Finanzausschusses des Landtags von Baden-Württemberg vom Januar 2004 sollen ab dem 1.4.2004 die stationären Wahlleistungen für Beihilfeberechtigte von einem monatlichen Betrag des Beihilfeberechtigten von 13 Euro abhängig gemacht werden. Außerdem soll die Kostendämpfungspauschale gestaffelt werden: In den Besoldungsgruppen A6 bis A9 soll die Kostendämpfungspauschale für aktive Beamte 75 Euro, für Versorgungsempfänger 60 Euro, von A10 bis A12 für aktive Beamte 90 Euro, für Versorgungsempfänger 80 Euro, in den Besoldungsgruppen A13 bis A16, B1 und B2, R1 und R2, C1 bis C3, H1 bis H3, W1 und W2 für aktive Beamte 120 Euro und für Versorgungsempfänger 100 Euro, von den Besoldungsgruppen B3 bis B6, R3 bis R6, C4, H4 und H5, W3 für aktive Beamte 180 Euro und für Versorgungsempfänger 150 Euro und für höhere Besoldungsgruppen für aktive Beamte 270 Euro und für Versorgungsempfänger 240 Euro betragen.

Mit Wirkung zum 1.7.2003 wird in Bayern nach Anwendung der persönlichen Bemessungsgrenze ein Selbstbehalt bei Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus von 25 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus abgezogen. Bei der Inanspruchnahme gesondert berechenbarer Unterkunft gilt § 6 Abs. 1 b) bb) BhV (des Bundes) begrenzt auf 30 Tage im Kalenderjahr.

Beihilfe des
Freistaats Bayern

Seit 1.9.2003 sind stationäre Wahlleistungen in Mecklenburg-Vorpommern nicht mehr beihilfefähig. Das entsprechende Dritte Gesetz zur Änderung des Landesbeamtengesetzes ist im Gesetz- und Verordnungsblatt für Mecklenburg-Vorpommern vom 11.7.2003, S. 355, veröffentlicht worden.

Beihilfe des
Landes Mecklenburg-
Vorpommern

In Schleswig-Holstein wurde zum 1.1.2004 die Beihilfe für Arbeitnehmer gestrichen. Diejenigen Arbeitnehmer, die vor dem 30.9.1970 eingestellt wurden, genießen ebenso Bestandsschutz wie die Arbeitnehmer, die auf den Arbeitgeberzuschuss verzichtet haben, beihilfefekonform versichert sind und am 1.1.2004 das 40. Lebensjahr vollendet haben. Die Änderung wurde im Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein vom 27.11.2003, S. 566, verkündet.

Beihilfe des Landes
Schleswig-Holstein

Durch die Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen vom 21.7.2003, Amtsblatt des Saarlandes vom 31.7.2003, S. 2064, wurden Zuzahlungs- bzw. Selbstbehaltsregelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes in die Beihilfe übertragen.

Auch das Land Nordrhein-Westfalen hat einige Änderungen des GKV-Modernisierungsgesetzes in die Beihilfe umgesetzt. Diese Regelungen befinden sich in der 19. Verordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung vom 12.12.2003, Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen vom 19.12.2003, S. 756. Dort ist außerdem geregelt, dass Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 b) der Beihilfeverordnung für ihren Ehegatten nur dann eine Beihilfe zu dessen Krankheitskosten erhalten, wenn dessen steuerlicher Gesamtbetrag der Einkünfte im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro im Jahr nicht überstiegen hat. Renten werden dabei bei Rentenbeginn bis zum 31.12.2003 nur mit dem Ertragsanteil berücksichtigt. Beginnt die erstmalige Rentenzahlung am bzw. nach dem 1.1.2004, wird nicht nur der Ertragsanteil, sondern der Zahlbetrag der Rente bei der Ermittlung der Einkommensgrenze berücksichtigt. In der Praxis bedeutet dies, dass bei Rentenbeginn in 2004 die Aufwendungen eines Ehegatten bei der Beihilfengewährung dann nicht mehr berücksichtigt werden können, wenn der Bruttobetrag seiner Rente (d.h. vor Abzug des Krankenversicherungsbeitrages bzw. ohne Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag) 1.500 Euro monatlich beträgt. Liegt die Rente darunter, können gegebenenfalls weitere Einkünfte (z.B. aus Kapitalvermögen oder aus Vermietung) zum Überschreiten der Jahreseinkommensgrenze von 18.000 Euro führen.

3. Versicherungsaufsichtsrecht

Das „Gesetz zur Umsetzung aufsichtsrechtlicher Bestimmungen zur Sanierung und Liquidation von Versicherungsunternehmen und Kreditinstituten (VAG-Novelle 2003)“, das hinsichtlich der Solvabilitätsbestimmungen am 1.1.2004 und im Übrigen am 17.12.2003 in Kraft getreten ist, transformiert insbesondere die Richtlinie über die Sanierung und Liquidation von Versicherungsunternehmen sowie die Solvabilitätsrichtlinien für die Lebens- sowie die Sachversicherung in deutsches Recht. Dabei wird im Wesentlichen Folgendes geregelt:

- Die Transformierung der Zwangsliquidationsrichtlinie erfolgt durch Schaffung eines besonderen Sicherungsvermögens, das an die Stelle des bisherigen Deckungsstocks tritt und der bevorrechtigten Befriedigung von Versicherungsforderungen dient. In dem neuen § 77 a VAG sind Versicherungsforderungen als die direkten Ansprüche der Versicherten, Versicherungsnehmer, begünstigten oder geschädigten Dritten gegen das Versicherungsunternehmen sowie Prämienrückzahlungsansprüche definiert. Die Bestände des Sicherungsvermögens

sind in ein Vermögensverzeichnis einzutragen (§ 66 Abs. 6 VAG); auf das Sicherungsvermögen finden die Kapitalanlagevorschriften des § 54 VAG Anwendung. Unverändert bleibt die – jetzt in den neuen § 77 b VAG aufgenommene – Bestimmung, dass mit Eröffnung des Insolvenzverfahrens die Verträge der substitutiven Krankenversicherung und, insofern gegenüber der bisherigen Rechtslage erweitert, der privaten Pflegepflichtversicherung erlöschen.

- Darüber hinaus werden Fragen der notwendigen Zusammenarbeit und Unterrichtung zwischen den Aufsichtsbehörden der EU-Mitgliedstaaten geregelt. Nach dem Grundsatz der Einheitlichkeit einer Liquidation sind nur die Behörden des Herkunftsstaates (Sitzlandes) befugt, die Eröffnung eines Liquidationsverfahrens herbeizuführen. Das Handeln der zuständigen nationalen Aufsichtsbehörde und das Liquidationsverfahren entfalten Rechtswirkung in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Zwischen den Aufsichtsbehörden ist gegenseitige Unterrichtung und Abstimmung vorgegeben.
- Durch die Änderung von § 53 c VAG sowie der Kapitalausstattungs-Verordnung werden die Solvabilitätsrichtlinien für die Lebens- sowie die Schadenversicherung (vgl. RB 2001, S. 93 f.) in deutsches Recht umgesetzt. Die Versicherungsunternehmen sind nunmehr gehalten, ständig – und nicht nur zu einem bestimmten Zeitpunkt – über ausreichende Eigenmittel zu verfügen. Der Schwellenwert für den Beitragsindex wird auf 50 Mio. Euro angehoben, derjenige für den Schadenindex auf 35 Mio. Euro. Für die substitutive Krankenversicherung kann die Kürzung auf ein Drittel beibehalten werden. Die Ausnahmevorschrift für kleinere Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit gemäß § 156 a VAG i. V. m. § 3 Kapitalausstattungs-Verordnung wird auf 1,9 Mio. Euro umgerechnet. Zur Erfüllung der neuen Solvabilitätsanforderungen gilt eine Übergangsfrist bis zum 1.3.2007.

Darüber hinaus enthält die VAG-Novelle 2003 aber auch noch wichtige Neuerungen, die ausschließlich die Krankenversicherung betreffen:

Krankenversicherung

- In § 12 Abs. 1 Nr. 1 VAG sind die Wörter „von höchstens 3,5 Prozent“ gestrichen worden. Damit ist der Höchstsatz für den Rechnungszins in der Krankenversicherung nicht mehr im Gesetz fixiert, sondern über die Ermächtigungsgrundlage in § 12 c Abs. 1 Nr. 1 VAG nur noch in der Kalkulationsverordnung. In der Gesetzesbegründung zu dieser Änderung hatte es ursprünglich geheißen:

„Es hat sich als unzumutbar erwiesen, den Höchstrechnungszins in der Krankenversicherung im VAG zu nennen und gleichzeitig die Aufsichtsbehörde zu ermächtigen, ihn durch Rechtsverordnung festzulegen. In der Lebensversicherung wird der Höchstrechnungszins ausschließlich in der Deckungsrückstellungsverordnung festgelegt. Entsprechend soll der Höchstrechnungszins der Krankenversicherung ebenfalls nur in der Kalkulationsverordnung genannt werden. Eine

Änderung des Zinssatzes ist dann leichter möglich. Bei der Festlegung des Zinssatzes geht es um die selben Grundsätze, die der Regelung in § 65 Abs. 1 VAG zugrunde liegen.“

- Diese Verknüpfung zwischen den Höchstrechnungszinssätzen in der Lebens- sowie der Krankenversicherung ist bei den Beratungen im Finanzausschuss des Deutschen Bundestages allerdings aufgegeben worden. Im Bericht des Finanzausschusses wird vielmehr festgehalten:

„Die Gesetzesbegründung beabsichtigt keinesfalls, den Höchstrechnungszins in der privaten Krankenversicherung an den der Lebensversicherung anzubinden. Der Höchstrechnungszins für die private Krankenversicherung wird in der Kalkulationsverordnung bestimmt, derjenige der Lebensversicherung in der Deckungsrückstellungsverordnung. Zwar finden beide Versicherungssparten den gleichen Kapitalmarkt vor, aber es müssen die jeweiligen Besonderheiten beachtet werden, insbesondere die Zusammenhänge zwischen Höchstrechnungszins und Beitragssteigerungen in der privaten Krankenversicherung.“

Der Finanzausschuss hat einvernehmlich beschlossen, die Gesetzesbegründung entsprechend zu ändern.

- Durch den neuen Satz 3 in § 12 b Abs. 3 VAG wird die Treuhändertätigkeit grundsätzlich auf zehn Versicherungsunternehmen begrenzt. Die Aufsichtsbehörde kann allerdings eine höhere Zahl von Mandaten zulassen. Damit wird den Bedenken der PKV Rechnung getragen, da anderenfalls für die brancheneinheitlichen Tarife die Einschaltung mehrerer Treuhänder erforderlich werden würde. Die Bestimmung über die Unabhängigkeit des Treuhänders wird dahingehend erweitert, dass auch Pensionsansprüche gegen das Unternehmen einer Bestellung als Treuhänder entgegenstehen.
- Durch die in § 53 c Abs. 1 Satz 1 VAG eingefügte Nr. 5 b) wird bei Krankenversicherungsunternehmen die Berücksichtigung von Nachschüssen beim Eigenkapital ausgeschlossen. Diese Regelung geht über die Umsetzung der Richtlinie hinaus, wobei die Gesetzesbegründung dazu lediglich auf „rechtliche Bedenken“ verweist.
- In § 79 VAG, der die entsprechende Anwendbarkeit der §§ 70, 76 VAG auf die Krankenversicherung regelt, wird nunmehr auch ausdrücklich die private Pflegepflichtversicherung nach § 12 f VAG aufgeführt.

Konkurssicherungs-
einrichtung

Im Rahmen des parlamentarischen Beratungsverfahrens zur Verabschiedung des „Gesetzes zur Umsetzung der Protokollerklärung der Bundesregierung zur Vermittlungsempfehlung zum Steuervergünstigungsabbaugesetz“ (s. Abschnitt A V. 3.) haben die Koalitionsfrakti-

onen die Bundesregierung in einem Entschließungsantrag vom 17.10.2003 (BT-Drucksache 15/1762) aufgefordert, eine gesetzliche Regelung vorzuschlagen, um die vertraglichen Ansprüche der Versicherten gegenüber den Versicherungsunternehmen zu sichern und in diesem Zusammenhang auch zu prüfen, ob weitergehende Maßnahmen im Bereich der Versicherungsaufsicht erforderlich sind. Um das notwendige Vertrauen der Bevölkerung und die Erfüllbarkeit von Versicherungspolice zu bestärken, bedürfte es – wie der Bundestag feststellt – eines gesetzlich verankerten Systems, das ähnlich wie der Einlagensicherungsfond bei Privatbanken Ansprüche der Versicherungsnehmer gegenüber ihren Versicherungsunternehmen absichert. Darüber hinaus sollte auch geprüft werden, ob eine aufsichtsrechtliche Offenlegungspflicht der Versicherungsunternehmen hinsichtlich riskanter Kapitalanlagen und in diesem Zusammenhang auch eine Verschärfung der Versicherungsaufsicht erforderlich ist. Diesem Auftrag entsprechend hat das Bundesministerium der Finanzen mit der Erarbeitung eines Gesetzentwurfes über Insolvenzversicherungseinrichtungen bei Krankenversicherungsunternehmen begonnen. Einzelheiten des Konzeptes sind noch nicht bekannt. Insbesondere besteht noch keine Klarheit darüber, ob „Medicator“, die von der privaten Krankenversicherung im Sommer 2003 angesichts der Kapitalmarktlage gegründete Auffangesellschaft zur Sanierung notleidender Krankenversicherungsunternehmen, substituierend für eine staatliche Einrichtung anerkannt wird.

III. Leistungsfragen

1. Ärzte, Zahnärzte und private Krankenversicherung

Beschlüsse des
Konsultationsaus-
schusses bei der
Bundesärztekam-
mer

Der „Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer“, in dem neben der Bundesärztekammer (BÄK) das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, die Beihilfe und der PKV-Verband vertreten sind, versucht, gemeinsame Positionen zu praxisrelevanten gebührenrechtlichen Fragen zu erarbeiten, die sich vor allem daraus ergeben, dass das Gebührenverzeichnis der GOÄ den aktuellen Stand der Medizin in weiten Bereichen nicht abbildet. Der Ausschuss hat sich im Berichtszeitraum insbesondere mit der Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule beschäftigt und hierzu folgende Beschlüsse gefasst:

Nrn. 2565/2566 GOÄ

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

Nr. 2574 neben
Nrn. 2565/2566 GOÄ

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

Bei der operativen Behandlung einer Spinalkanalstenose ist die Nr. 2574 je Segment berechnungsfähig, gegebenenfalls zusätzlich zu den Leistungen nach Nrn. 2565/2566. Voraussetzung für die Berechnung der Nr. 2574 für die operative Sanierung der Spinalkanalstenose ist, dass je Segment von beiden Seiten her operiert wurde. Osteophytenabtragungen können nicht einzeln abgerechnet werden, wenn diese zum selben Segment zählen.

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

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

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

Nr. 2574,
Nr. 2577 GOÄ

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

Nr. 2584 GOÄ

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

Nrn. 2802/2803 GOÄ

In zwei Punkten ist es dem Ausschuss nicht gelungen, Einvernehmen zu erzielen. Es handelt sich dabei um folgende Fragestellungen:

Keine Einigung

Seitens des PKV-Verbandes ist das Thema „Abrechnung von Bandscheibenoperationen“ zur Erörterung im Ausschuss vorgeschlagen worden, weil die in der GOÄ enthaltenen Gebührenpositionen für Bandscheibenoperationen (Nrn. 2282 und 2283) in den Rechnungen kaum auftauchen. Vielmehr werden entsprechende Operationen regelmäßig mit Gebührenpositionen aus dem Bereich der „Neurochirurgie“ (Nrn. 2565, 2566 sowie 2574, 2575, 2577) berechnet. Dies widerspricht jedoch dem Grundsatz der Spezialität, wonach in ihrer Leistungslegende allgemeiner formulierte Gebührenpositionen nur berechnet werden können, wenn es keine speziellere Gebührenposition im Gebührenverzeichnis der GOÄ gibt. Zumindest rein bandscheibenbedingte Einengungen

Isolierte Bandscheibenoperation

(isolierter Bandscheibenvorfall) ohne Knochenbeteiligung, also reine Weichteiloperationen, sind daher mit den Nrn. 2282/2283 zu berechnen. Die Operationsmethode spielt dabei keine Rolle. Die Nrn. 2282/2283 sind in entsprechenden Fällen auch anzusetzen, wenn die Operation in mikrochirurgischer Technik durchgeführt worden ist. Dieser – auch vom Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung im Ausschuss unterstützten – Auffassung haben die Vertreter der Bundesärztekammer nicht zugestimmt. Hauptargument war, dass die mikrochirurgische Technik sich so sehr vom alten Operationsstandard unterscheidet, dass eine Zuordnung der Maßnahme zu den Nrn. 2282/2283 nicht gerechtfertigt sei.

Berechnungsfähigkeit
der Nrn. 2555/2556
GOÄ nur als alleinige
Zielleistung

Der PKV-Verband hat in der Diskussion im Ausschuss die Auffassung vertreten, dass die Nrn. 2555/2556 nur als alleinige Zielleistung berechnungsfähig sind und nicht als Eröffnungsleistung bzw. neben anderen Eingriffen an der Wirbelsäule (Nrn. 2282/2283, 2565/2566 und 2574/2575). Obwohl die Nrn. 2555/2556 nach ihrer Auffassung ursprünglich als Eröffnungsleistung konzipiert worden seien, hat die Bundesärztekammer der Auffassung zugestimmt, dass diese Gebührenpositionen als Eröffnungsleistung und ohne eigenständiges Leistungsziel nicht neben den Eingriffen nach Nrn. 2282/2283, 2565/2566 oder 2574/2575 berechnet werden können. Sie hält eine Berechnung der Nrn. 2555/2556 auch neben solchen Eingriffen allerdings dann für gerechtfertigt, wenn es sich hierbei um selbständige Eingriffe mit eigenständigen Indikationen handele, wie z.B. bei der konzentrischen oder lateralen Spinalkanalstenose, epiduralen Eiterungen, epiduralen Hämatomen oder bei Gelenkprozessen. Dem Vorschlag der Bundesärztekammer, die Berechnung der Nrn. 2555/2556 neben anderen Gebührenpositionen dann zuzulassen, wenn es sich bei der einseitigen Hemilaminektomie bzw. der Laminektomie um einen Eingriff mit eigenständiger Indikation handele, hat der PKV-Verband jedoch nicht zugestimmt und seine Auffassung an folgendem Beispiel erläutert:

Es wird eine Nervenwurzeldekompression durchgeführt (Nrn. 2565/2566) und im gleichen Segment auch eine Spinalkanalstenose beseitigt. Läge eine solche Stenose nicht vor, würde die Nervenwurzeldekompression heute regelmäßig ohne Laminektomie durchgeführt. Die Laminektomie ist aber, wenn sie dann dazu dient, sich einen Zugang zu verschaffen (Eröffnungsleistung), mit der Gebühr nach Nrn. 2565/2566 abgegolten. Will man also die Laminektomie zur Beseitigung der Spinalkanalstenose als Zugang für die Durchführung der Nervenwurzeldekompression nutzen (was der Operateur natürlich auch tun kann, wenn er sie ohnehin durchführen muss), wäre sie nicht gesondert berechnungsfähig. Die Möglichkeit, die Nrn. 2555/2556 in Kombination mit einer Wirbelsäulenoperation zu berechnen, ist daher nicht gegeben. Anders stellt sich die Situation natürlich dar, wenn es beispielsweise nur um die Beseitigung einer konzentrischen oder lateralen Spinalkanalstenose geht; Die Nrn. 2555/2556 können dann natürlich als Zielleistung (selbständige Leistung) berechnet werden.

Im „Deutsches Ärzteblatt“ (Heft 14 vom 4.4.2003, S. B 794 f.) hat die Bundesärztekammer Abrechnungsempfehlungen ihres Gebührenordnungsausschusses veröffentlicht. Dazu nimmt der PKV-Verband wie folgt Stellung:

**Stellungnahme zu
Beschlüssen des
Gebührenordnungs-
ausschusses der
BÄK**

BÄK: Computergestützte Bestrahlungsplanung analog Nr. 5800 (Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung, 250 Punkte);

Analogbewertung der
photodynamischen
Therapie (PDT) am
Augenhintergrund

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund analog Nr. 1366 (vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen, 1110 Punkte). Neben Nr. 1366 analog für die photodynamische Therapie am Augenhintergrund sind bei ambulanter Leistung berechnungsfähig die Zuschläge nach 440, 441, 444 gemäß der Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 3 Abschnitt C VIII GOÄ.

Die Analogbewertung der PDT am Augenhintergrund nach den Nrn. 5800 bzw. 1366 bildet die computergestützte Bestrahlungsplanung im Zusammenhang mit der PDT sowie die Laserbehandlung einschließlich Infusion des Photosensibilisators ab. Gegebenenfalls weitere, in gleicher Sitzung medizinisch erforderliche Leistungen, wie z.B. die Fluoreszenzangiographie oder eine Refraktionsbestimmung, sind als selbständige Leistungen gesondert berechnungsfähig. Die Sachkosten für das pro Behandlung verbrauchte Verteporfin sind gemäß § 10 Abs. Satz 1 GOÄ als Auslagenersatz geltend zu machen.

PKV: Wie bei der Photodynamischen Therapie von Hautläsionen (vgl. Rechenschaftsbericht 2002, S. 41 f.) schlägt der Gebührenordnungsausschuss der Bundesärztekammer auch bei der PDT am Augenhintergrund die analoge Heranziehung der Nr. 5800 für die computergestützte Bestrahlungsplanung vor. Dem ist aus den gleichen Gründen wie bei der PDT von Hautläsionen zu widersprechen. Es kann dem Verordnungsgeber nicht verborgen geblieben sein, dass eine Behandlungsplanung in vielen Bereichen des ärztlichen Leistungsspektrums notwendig ist. Er hat hierfür aber trotzdem keine allgemeine Gebührenposition in das Gebührenverzeichnis aufgenommen, sondern lediglich einige wenige Positionen für bestimmte Bereiche der Behandlungsplanung geschaffen. Diese speziellen Gebührenpositionen sind grundsätzlich nicht analogiefähig. Der Verordnungsgeber hat hier eine bewusste Entscheidung für ganz wenige spezielle, gesondert berechnungsfähige Behandlungsplanungsleistungen getroffen, allgemein die Behandlungsplanung aber nicht als berechnungsfähige Leistung angesehen. Es kann nicht von einer durch Analogie ausfüllungsbedürftigen Lücke im Gebührenverzeichnis ausgegangen werden.

Außerdem ist festzustellen, dass die Erstellung eines Behandlungsplans für die PDT nicht vergleichbar ist mit der Erstellung eines Behandlungsplans nach Nr. 5800. Bestrahlungspläne für die Strahlenbehandlung

nach den Nrn. 5802 bis 5806 beinhalten u.a. Körperquerschnittsskizzen, Auswertungen von Computer- und Kernspintomogrammen sowie Sonogrammen, Isodosenpläne, Berechnung der Strahlendosis und Dosisplan, Angaben zur Bestrahlungstechnik und –art sowie Anweisungen für die Lagerung des Patienten und für die Benutzung von Einstellhilfen. Der mit GOÄ-Nr. 5800 erfasste Aufwand geht damit über den der Behandlungsplanung für die PDT deutlich hinaus. Letztere ist nach Auffassung des PKV-Verbandes daher mit den Gebühren für die Behandlung abgegolten.

Zugestimmt werden kann dagegen der Empfehlung, die PDT am Augenhintergrund mit Nr. 1366 (analog) zu berechnen. Aus Sicht des PKV-Verbandes entspricht die PDT zwar dem originären Inhalt der GOÄ-Position 1366, letztlich ist es aber nur eine akademische Frage, ob diese Gebührenposition analog oder originär angesetzt wird. Die Zuschläge nach den Nrn. 440, 441 und 444 sind in beiden Fällen berechnungsfähig.

Abrechnung von Stanzbiopsien im Rahmen der Prostatakarzinom-Früherkennung

BÄK: Werden im Rahmen der Prostatakarzinom-Früherkennung mehrere Stanzbiopsien entnommen, so ist die Gebührenposition Nr. 319 (Punktion der Prostata, 200 Punkte) je nach Behandlungsfall maximal bis zu sechs Mal ansatzfähig.

PKV: Aus Sicht des PKV-Verbandes kann diesem Vorschlag, bei dem es augenscheinlich darum geht, dafür Sorge zu tragen, dass hinsichtlich der Gebührenhöhe eine angemessene Relation zu operativen Eingriffen an der Prostata erhalten bleibt, zugestimmt werden.

Konsenterte „Empfehlungen“ des Gebührenordnungsausschusses der BÄK

Erfreulicherweise ist es gelungen, dass früher bereits praktizierte schriftliche Abstimmungsverfahren zu Beschlüssen des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer wieder aufleben zu lassen. Zwischen BÄK und (u.a.) PKV-Verband konnten die im Folgenden wiedergegebenen „Empfehlungen“ konsentiert werden:

Reproduktionsmedizinische Leistungen

1. Abrechnung der In-vitro-Fertilisation

- Follikelentnahme nach Nr. 315 GOÄ

Nr. 315 ist je Ovar einmal für die Follikelentnahme berechnungsfähig, auch wenn je Ovar mehr als ein Follikel entnommen wird. Die Berechnung der Nr. 297 für die Entnahme des einzelnen Follikels neben Nr. 315 für die Punktion des Ovars ist nicht zulässig (§ 4 Abs. 2 a GOÄ).

- Punktion des Douglasraums zwecks Asservation gegebenenfalls weiterer Follikel nach Nr. 316 GOÄ

Nr. 316 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

- Mikroskopisch-zytologische Untersuchung der aus dem Ovar entnommenen Follikel analog Nr. 4852 GOÄ

Die Untersuchung analog nach Nr. 4852 ist je entnommenen Follikel berechnungsfähig.

- Präparation der Oozyten vor Anlegen der Eizellkulturen analog Nr. 4751 GOÄ

Nr. 4751 analog für die Oozytenpräparation ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

- Anlegen der Eizell-Spermien-Kulturen analog Nr. 4873 GOÄ

Nr. 4873 analog für die In-vitro-Eizell-Spermien-Kulturen ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als eine Kultur angelegt wird. Die Analogbewertung nach Nr. 4873 für die Eizell-Spermien-Kultur schließt sämtliche, damit methodisch im Zusammenhang stehende, Maßnahmen ein (u.a. Umsetzen der gewonnenen Eizellen in vorbereitete Kulturschalen, mikroskopische Kontrolle der Vorkulturen, Ansetzen der eigentlichen Eizell-Spermien-Kulturen, Dokumentation der Entwicklung am folgenden Tag, Putzen der Eizellkumuluskomplexe unter mikroskopischer Kontrolle nach Beendigung der Eizell-Spermien-Kulturen).

- Beurteilung des Pronucleus-Stadiums analog Nr. 4852 GOÄ

Nr. 4852 analog für die Beurteilung des Pronucleus-Stadiums ist je Eizelle berechnungsfähig und schließt jeweils die Beurteilung, ob ein Pronucleus-Stadium erreicht wurde, die Beurteilung etwaiger Auffälligkeiten an der Eizelle sowie die Dokumentation ein.

- Ansetzen der Prä-Embryonenkulturen analog Nr. 4873 GOÄ

Die Analogposition ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als eine Prä-Embryonenkultur angesetzt wird. Die Analogbewertung nach Nr. 4873 für das Anlegen der Prä-Embryonenkulturen schließt alle methodisch damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen ein (u.a. Ansetzen der Kulturen, Umsetzen der Embryonen in neue Kulturplatten zur Vorbereitung für den Transfer und die jeweilige Dokumentation).

- Mikroskopische Untersuchung der Prä-Embryonen vor Embryonentransfer analog Nr. 4852 GOÄ

Die Analogposition ist je Prä-Embryo berechnungsfähig und schließt alle methodisch damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen ein (u.a. mikroskopisch-zytologische Untersuchung der Prä-Embryonenkulturen, Grading der Embryonenqualität, Schrift- und Fotodokumentation).

- Embryonentransfer, einschließlich Einführen eines speziellen Doppelkatheters, analog nach GOÄ-Nr. 1114

Nr. 1114 ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als ein Embryo übertragen wird.

2. Abrechnung der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion

Wird zusätzlich zu der oben beschriebenen In-vitro-Fertilisation (IVF) eine intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) durchgeführt, so sind hierzu weitere, spezielle Maßnahmen an Eizellen und Spermien erforderlich:

- Mikroskopisch durchgeführte Isolierung und Aufnahme eines einzelnen Spermiums sowie Punktion einer Metaphase II-Oozyte unter Mikrokulturbedingungen, einschließlich Vorbehandlung des Follikelpunktats und Entfernung des Eizellkumulus, analog Nr. 4873 GOÄ

Die Analogposition ist je punktierter Oozyte berechnungsfähig.

- Insemination der Oozyte durch Injektion des Spermatozoons durch das Oolemm nach GOÄ-Nr. 1114

Die Leistung ist je behandelter Eizelle berechnungsfähig.

- Dichtegradientenisolierung der Spermien nach Nr. 4003 GOÄ

Nr. 4003 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

3. Abrechnung von Leistungen bei Verwendung von kryokonservierten Hodengewebsproben

Werden zur Durchführung einer IVF oder einer mit ICSI kombinierten IVF Spermien verwendet, die aus operativ entnommenen kryokonservierten Hodengewebsproben entstammen, so sind hierfür nach Auftauen des Materials spezielle Leistungen zur Spermengewinnung erforderlich.

- Biochemisch-mechanische Gewebspräparation zur Spermengewinnung, einschließlich Untersuchung der Hodengewebsproben nach dem Auftauen, analog GOÄ-Nr. 4872

Die Analogposition ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

1. Kardiorespiratorische Polygraphie

Der Leistungskomplex der kardiorespiratorischen Polygraphie (so genanntes „kleines Schlaflabor“) setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EKG über mindestens sechs Stunden Dauer, analog Nr. 653 GOÄ
- Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens sechs Stunden Dauer, Zuordnung zu Nr. 602 GOÄ
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605 GOÄ
- Kontinuierliche Registrierung der Körperlage mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714 GOÄ
- Fakultativ: Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischer Aufzeichnung und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295 GOÄ
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP- oder BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427 GOÄ

Die Voraussetzungen zur Anerkennung der einzelnen Leistungen im Rahmen der kardiorespiratorischen Polygraphie sind dann erfüllt, wenn jeweils eine kontinuierliche Registrierung bzw. Überwachung über eine mindestens sechsstündige Schlafphase erfolgt. Die jeweilige Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten sowie der einfache Befundbericht sind mit den in Ansatz gebrachten Gebührenpositionen abgegolten.

2. Polysommographie

Der Leistungskomplex der Polysommographie (so genanntes „großes Schlaflabor“) setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG-Aufzeichnung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 827 GOÄ
- EOG-Registrierung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 1237 GOÄ
- EKG-Registrierung über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 653 GOÄ
- Kontinuierliche Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 602 GOÄ
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605 GOÄ
- Kontinuierliche EMG-Registrierung an wenigstens zwei Muskelgruppen über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 839 GOÄ

- Kontinuierliche Körperlagebestimmung mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714 GOÄ
- Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295 GOÄ
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP-/BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427 GOÄ
- Fakultativ: Schulung und Training des Patienten im Gebrauch einer nCPAP-/oder BiPAP-Beatmungsmaske, analog Nr. 518 GOÄ

3. Polygraphische Vigilanzmessung am Tag

Der Leistungskomplex der polygraphischen Vigilanzmessung am Tag setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG nach Nr. 827 GOÄ einmal pro Untersuchungstag
- EOG nach Nr. 1237 GOÄ einmal pro Untersuchungstag
- EMG nach Nr. 838 GOÄ, einmal pro Untersuchungstag

Die Messung der Hirn- und Muskelaktivitäten durch EEG, EOG und EMG über jeweils mindestens 20 Minuten muss an einem Untersuchungstag mindestens viermal in jeweils zweistündigem Abstand erfolgen.

4. Anpassung von nCPAP-/oder BiPAP-Beatnungsmasken, analog Nr. 427

5. Anpassung von Beatnungsmasken und Schulung des Patienten im Gebrauch der nCPAP-/oder BiPAP-Beatnungsmaske, analog Nr. 518 GOÄ je Sitzung

6. Einsatz neurophysiologischer Testverfahren zur schlafmedizinischen Diagnostik, analog Nr. 856 GOÄ

Die Anerkennung der Leistung setzt voraus, dass mindestens zwei neurophysiologische Testverfahren, gegebenenfalls einschließlich psychometrischer und projektiver Verfahren, eingesetzt werden.

Im Folgenden werden einige im Berichtszeitraum ergangene bzw. bekannt gewordene Urteile, die den Bereich der privatärztlichen bzw. privatärztlichen Liquidation betreffen, wiedergegeben:

Mit Urteil vom 18.9.2003 – Az.: III ZR 389/02 – hat der Bundesgerichtshof festgestellt, dass bei der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mehrerer Körperregionen Nr. 5489 GOÄ auch dann nur einmal in Rechnung gestellt werden darf, wenn aufgrund der Beschaffenheit des verwendeten PET-Scanners für die Untersuchung jeder Region eine eigene Aufnahme erstellt werden muss. In dem vom Bundesgerichtshof entschiedenen Fall waren bei dem Beklagten u.a. eine Tumorszintigraphie des Ganzkörpers und eine PET mit qualifizierender Auswertung des Abdomens, des Thorax und der Extremitäten durchgeführt und mit Nr. 5431 GOÄ (für die Szintigraphie) und dreimal GOÄ-Nr. 5489 (jeweils für PET-Abdomen, PET-Thorax und PET-Extremitäten) berechnet worden. Der 3. Senat verweist zunächst darauf, dass der Wortlaut der Leistungslegende nicht eindeutig sei. Unter Berücksichtigung der Systematik des Abschnitts O des Gebührenverzeichnisses sowie von Sinn und Zweck der Bestimmung als Bestandteil einer gesetzlichen Preisvorschrift sei jedoch davon auszugehen, dass GOÄ-Nr. 5489 nur einmal in Ansatz gebracht werden dürfe, auch wenn sich eine PET-Untersuchung nicht nur auf ein Organ oder eine Körperregion, sondern auf mehrere Organe oder Regionen erstrecke. Dabei spiele es keine Rolle, ob bei der Untersuchung mehrerer Körperregionen eine einzige PET-Aufnahme oder mehrere erstellt würden. Die in Abschnitt O II Nr. 1 Buchstabe o unter den Nrn. 5486 bis 5489 genannten Leistungen (SPECT- und PET-Untersuchung) erfassten ergänzende Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer anderen Basisleistung, der Szintigraphie, erbracht würden. Bei der Tumorszintigraphie unterscheide das Gebührenverzeichnis danach, ob sie sich auf eine Region (Nr. 5430 GOÄ) oder auf den Ganzkörper erstrecke (Nr. 5431 GOÄ). In den Erläuterungen zu Buchstabe f habe der Verordnungsgeber ausdrücklich klargestellt, dass die Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 und bei der Untersuchung mehrerer Regionen nach Nr. 5430 nicht mehrfach abrechnungsfähig seien. Bei anderen Basisleistungen werde demgegenüber auf das zu untersuchende Organ abgestellt. Angesichts dieser Zusammenhänge lege der Umstand, dass die allgemein gehaltene Legende zu den GOÄ-Nrn. 5488 und 5489 keine Differenzierung hinsichtlich der betroffenen Organe und Körperregionen vornehme, den Schluss nahe, dass es bei der Abrechnung der im Vergleich mit den in Betracht kommenden Basisleistungen hoch bewerteten Leistungen nach den GOÄ-Nrn. 5488 und 5489 (6000 und 7500 Punkte) keine Rolle spiele, welches Organ oder welche Region Gegenstand der PET-Untersuchung sei, und ob sich die Untersuchung nur auf ein Organ bzw. eine Körperregion, auf mehrere oder sogar auf den Ganzkörper erstrecke. Selbst dann dürfe diese Gebührenposition nur einmal angesetzt werden. Vergeblich mache die Revision unter Hinweis auf eine Stellungnahme der Bundesärztekammer geltend, bei der Auslegung der Legende der GOÄ-Nrn. 5488 und 5489 sei entscheidend zu berücksichtigen, dass nach dem bei Aufnahme des PET-Untersuchungsverfahrens in das Gebührenverzeichnis im Jahr 1996 gegebenen technischen Entwicklungsstand ausschließlich Untersuchungen kleinerer Körperregionen möglich gewesen seien. Selbst wenn dies, was unterstellt werden könne, zutreffen würde, so erlaube

dieser Befund noch nicht den Schluss, wegen der fehlenden Differenzierung der Untersuchung nach Körperregion bzw. Organ oder des Ganzkörpers seien nach dem Willen des Verordnungsgebers organ- oder körperregionenübergreifende Untersuchungen in jedem Falle mehrfach abrechnungsfähig, und zwar selbst dann, wenn – dem heutigen Entwicklungsstand entsprechend – PET-Scanner zur Verfügung stünden, die auch bei Ganzkörperuntersuchungen nur eine einzige PET-Aufnahme erforderlich machten. Aus der amtlichen Begründung zum Gebührenverzeichnis ergäben sich insoweit keine Anhaltspunkte. Auch die Auffassung der Revision, es müsse berücksichtigt werden, dass bei den berechneten PET-Untersuchungen des Abdomens, des Thorax und der Extremitäten nicht nur eine einzige, sondern jeweils drei Aufnahmen erstellt worden seien, greife nicht durch. Darauf komme es nicht an. Die GOÄ solle als gesetzliche Preisvorschrift gewährleisten, dass (im Wesentlichen) gleichartige bzw. gleichwertige ärztliche Leistungen (im Wesentlichen) gleich vergütet würden. Deshalb sei es geboten, dass eine PET-Untersuchung von Abdomen, Thorax und Extremitäten unabhängig davon nach denselben Kriterien zu vergüten sei, ob hierfür eine oder drei PET-Aufnahmen erstellt werden müssten. Andernfalls würde die Höhe der Vergütung von dem aus Sicht des Patienten zufälligen und damit zu willkürlichen Ergebnissen führenden Umstand abhängen, ob der ihn behandelnde Arzt über einen modernen leistungsfähigen PET-Scanner verfüge, bei dem nur ein Untersuchungsgang erforderlich sei, oder aber ein herkömmliches Gerät, bei dem diese Untersuchung drei Aufnahmen notwendig mache. Dies sei auch die Auffassung der Bundesärztekammer, deren Gebührenordnungsausschuss beschlossen habe, dass bei einer Ganzkörper-Tumor-PET die Gebührenposition 5488 oder 5489 der GOÄ zweimal in Ansatz kommen sollte – und zwar unabhängig davon, wie viele Einzelaufnahmen in Abhängigkeit von dem jeweils zur Verfügung stehenden PET-Scanner im Einzelfall erforderlich wären. Allein die Auslegung, dass bei PET-Untersuchungen mehrerer Organe bzw. Körperregionen oder des Ganzkörpers die GOÄ-Nrn. 5488 oder 5489 nur einmal abgerechnet werden dürften, führe zu einer (noch) angemessenen Vergütung der in Rede stehenden ärztlichen Leistung. Dabei könne dahinstehen, ob die im Gebührenordnungsausschuss der Bundesärztekammer für richtig befundene zweimalige Berücksichtigung der GOÄ-Nrn. 5488 oder 5489 in Anbetracht des entstehenden sachlichen und personellen (Mehr-)Aufwands sachgerechter wäre; dieser vom Gebührenordnungsausschuss eingeschlagene „Mittelweg“ sei mit dem Gesetz nicht zu vereinbaren. Auf der Grundlage des geltenden Gebührenrechts kämen bei Anwendung allgemeiner Auslegungskriterien nur die Alternativen in Betracht, bei einer Ganzkörper-Tumor-PET-Untersuchung die GOÄ-Nr. 5488 oder 5489 nur einmal für abrechnungsfähig zu erachten – was aus Sicht der behandelnden Ärzte unbefriedigend sein möge – oder aber den fünf- oder sechsfachen Ansatz dieser Gebührennummer – was in jedem Falle eine völlig unangemessene finanzielle Mehrbelastung vieler Patienten zur Folge hätte – zuzulassen. Für die Lösung des Gebührenordnungsausschusses, wonach unabhängig von der Zahl der Aufnahmen und der verwendeten PET-Scanner einheitlich eine

zweimalige Veranschlagung der GOÄ-Nr. 5488 oder 5489 vorgenommen werden solle, biete der Verordnungstext keinerlei Anhalt. Es sei aber allein Sache des Ordnungsgebers, nicht Angelegenheit der Vertretungen der Ärzte, darüber zu befinden, wie ärztliche Leistungen, gegebenenfalls auch unter Berücksichtigung nach Erlass der Verordnung eingetretener Veränderungen des technischen Standards oder der Leistungsfähigkeit der verwendeten Apparate, zu bewerten seien. Auch die Gerichte seien grundsätzlich nicht dazu befugt, die Entscheidung des Ordnungsgebers zu korrigieren. Soweit die Revision eine derartige Befugnis, unter Hinweis auf eine Regelungslücke bejahe, die sich daraus ergeben solle, dass das Gebührenverzeichnis wegen einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse so wenig sachgerecht sei, dass der Regelungscharakter verlorengegangen sei (vgl. auch OLG Düsseldorf, MedR 2002, 310; siehe hierzu Rechenschaftsbericht 2002, S. 62 ff.), sei ihr nicht zu folgen. Eine Verordnung sei dann für den Richter unverbindlich, wenn sie wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht – etwa Artikel 3 oder 12 GG – nichtig sei, was der Richter selbst feststellen könne (vgl. Artikel 100 Abs. 1 GG). Demgegenüber sei die These der Revision schon deshalb bedenklich, weil sie dem Richter die Möglichkeit geben würde, sich schon unter Berufung auf den Gesichtspunkt der fehlenden Sachgerechtigkeit über den bei Anwendung allgemeiner Auslegungskriterien gewonnenen Inhalt einer – wenn auch untergesetzlichen, so doch für den Rechtsanwender verbindlichen – Norm hinwegzusetzen. Der Senat brauche dies nicht abschließend zu entscheiden.

Das Urteil des Bundesgerichtshofs ist in verschiedener Hinsicht bemerkenswert. Es ist zunächst schon außergewöhnlich, dass ein gebührenrechtlicher Streit über die korrekte Berechnung einer ärztlichen Leistung überhaupt höchstrichterlich entschieden und damit abschließend geklärt wird. Leider ist es in der Praxis viel zu selten möglich, gebührenrechtliche Auslegungsprobleme auf diese Weise aus der Welt zu schaffen. Inhaltlich ist bei der Entscheidung besonders interessant, dass der 3. Senat die Abrechnungsempfehlung des Gebührenordnungsausschusses der BÄK als mit dem Gesetz nicht in Einklang zu bringen ansieht. Bestätigt wird dagegen im Ergebnis die Position der PKV (vgl. Rechenschaftsbericht 2002, S. 45 f.). Von grundsätzlicher Bedeutung sind dann die Ausführungen des Bundesgerichtshofs im Zusammenhang mit dem genannten Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf. Auch wenn der 3. Senat auf eine abschließende Entscheidung verzichtet hat, wird deutlich, dass er die Bedenken der PKV gegen ein grundsätzliches Recht der Gerichte, die Entscheidungen des GOÄ-Ordnungsgebers zu korrigieren, teilt. Dies sollte denjenigen zu denken geben, die das Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf bereits auf andere Sachverhalte anwenden wollen.

Stellungnahme
der PKV

Das Landgericht Hannover hat mit Urteil vom 10.4.2003 – Az.: 19 S 103/02 – festgestellt, dass neben der Zielleistung „endprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf“ (Hüft-TEP) nach GOÄ-Nr. 2151 Leistungen nach den GOÄ-Nrn. 2125, 2113, 5295, 2454 und 2405 nicht berechnet werden dürfen.

Hüft-TEP

Bei der Abrechnung von Operationen mit Implantation von Totalendoprothesen am Hüftgelenk werden häufig neben der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 2151 einzelne Maßnahmen mit weiteren Gebührenpositionen berechnet. Zu Recht stellt das Landgericht Hannover zunächst fest, dass dies dem in § 4 Abs. 2 a GOÄ verankerten „Zielleistungsprinzip“ widerspricht. Danach darf der Arzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, keine gesonderte Gebühr berechnen. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Verzeichnis aufgeführten Operationen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte.

Bezogen auf die Hüft-TEP – so das Landgericht Hannover – bedeute dies, dass die Leistungen, die lediglich methodisch notwendige Einzelschritte der operativen Zielleistung des Totalersatzes seien, nicht gesondert berechnet werden dürfen. Zur Geltung des Zielleistungsprinzips schließt sich die Kammer der Auffassung des Landgerichts Koblenz im Urteil vom 20.6.2001 – Az.: 12 S 357/00 – (vgl. Rechenschaftsbericht 2001, S. 54) an: Selbst wenn das Zielleistungsprinzip mit einigen Regelungen im Gebührenverzeichnis nur schwer in Einklang zu bringen sei und möglicherweise bei besonderen Schwierigkeiten oder Komplikationen im Rahmen einer Operation zu einer nicht sachgerechten Honorierung des Arztes führe, sei es nach dem eindeutigen Willen des Gesetzgebers anzuwenden. Vermeintliche Mängel der GOÄ dürften nicht durch eine zusätzliche, gebührenrechtlich nicht zulässige Berechnung einzelner Leistungsbestandteile kompensiert werden. Vermeintliche Ungeheimheiten oder Unzulänglichkeiten könnten nur durch den Verordnungsgeber selbst beseitigt werden. Zu den einzelnen streitigen Gebührenpositionen stellt das Gericht dann Folgendes fest:

Kopf-Halsresektion
am Hüftgelenk –
GOÄ-Nr. 2125

Neben GOÄ-Nr. 2151 ist GOÄ-Nr. 2125 nicht berechnungsfähig. Unzweifelhaft handele es sich bei der Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk um einen methodisch notwendigen Bestandteil der Hüft-TEP. Anders als die Vorinstanz (AG Hannover, Urteil vom 1.10.2002 – Az.: 561 C 5043/01) und der Kläger meinten, spreche die Gesetzssystematik nicht gegen die Anwendung des Zielleistungsprinzips. Es treffe zunächst nicht zu, dass GOÄ-Nr. 2125 keinerlei Anwendungsbereich habe, wenn man ihren Ansatz nicht neben Nr. 2151 gelten lasse. Vielmehr könne die Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk auch als alleinige Operation ohne Durchführung einer Total-Endoprothese indiziert sein, z.B. bei einer Hüft-Kopf-Nekrose infolge Tuberkulose oder zur Schmerzlinderung bei spastischer Paräse der unteren Gliedmaßen. Dass es sich hierbei um seltene Indikationen handele, spiele keine Rolle. Auch die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt L III des Gebührenverzeichnisses schlossen die Anwendung des Zielleistungsprinzips nicht aus. Dort würden Nummern aufgelistet, die nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig seien, sofern sie am selben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht würden. Die GOÄ-Nrn. 2151 und 2125 würden nicht genannt. Daraus folge jedoch nicht im Umkehrschluss, dass diese Posi-

tionen nebeneinander berechnungsfähig seien, selbst wenn man die Liste der Gebührenpositionen für abschließend halte. Die Auflistung in den Allgemeinen Bestimmungen sei nicht als abschließende Konkretisierung des Zielleistungsprinzips zu verstehen. Dies ergebe sich zum einen aus der Entstehungsgeschichte. Mit der Aufnahme der Positionen 2189 bis 2196 im Rahmen der 4. GOÄ-Änderungsverordnung vom 18.12.1995 habe der Verordnungsgeber das Ziel verfolgt, den Umfang des ärztlichen Honorars gegenüber der bisherigen Rechtslage zu reduzieren. Die allgemeinen Bestimmungen könnten daher nicht als abschließende Ausprägung des Zielleistungsprinzips verstanden werden, das bereits vorher gegolten habe. Vielmehr seien Leistungen, die bereits nach dem Zielleistungsprinzip nicht gesondert abrechnungsfähig seien, weiterhin nicht berechnungsfähig. Gegen eine Beschränkung des Zielleistungsprinzips auf die in den Allgemeinen Bestimmungen genannten Positionen spreche zudem hier die Gesetzessystematik. So habe der Verordnungsgeber in Abschnitt C I des Gebührenverzeichnisses in den Allgemeinen Bestimmungen zum Anlegen von Verbänden festgelegt, dass Wundverbände nach GOÄ-Nr. 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung oder Injektion durchgeführt würden, Bestandteil dieser Leistung seien. Hierbei handele es sich dem ausdrücklichen Wortlaut zufolge um eine Konkretisierung des Zielleistungsprinzips. Hätte der Verordnungsgeber auch die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt L III des Gebührenverzeichnisses als eine derartige Konkretisierung des Zielleistungsprinzips gewollt, hätte er dies auch durch die Verwendung einer den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C I entsprechenden Formulierung verdeutlicht.

Auch GOÄ-Nr. 2113 ist nach der Feststellung des Landgerichts Hannover nicht neben Nr. 2151 GOÄ berechnungsfähig. Das Gericht wendet sich damit ausdrücklich gegen eine Empfehlung des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer und bestätigt die Auffassung des PKV-Verbandes (vgl. Rechenschaftsbericht 2002, S. 45). Es führt aus, dass das Ziel der Synovektomie die möglichst restfreie Entfernung der chronisch-entzündlich veränderten Gelenkschleimhaut und gegebenenfalls auch von Kapselanteilen sei. Damit sei sie ein methodisch erforderlicher Schritt für die Hüft-TEP. Aus dem Gutachten des medizinischen Sachverständigen ergebe sich nichts anderes. Dieser vertrete allerdings unter Berufung auf eine Position der Bundesärztekammer den Standpunkt, dass eine Nebeneinanderberechnung der GOÄ-Nrn. 2113 und 2151 bei kompletter bis subtotaler Entfernung der Synovialis zulässig sei, sofern eine medizinische Indikation, z.B. chronische Synovialitis bei entzündlich rheumatischer Grunderkrankung oder Psoriasisarthropathie vorliege. Der Schwierigkeitsgrad oder das Ausmaß einer operativen Maßnahme dürfe aber nach Auffassung der Kammer aus Gründen der Rechtssicherheit und damit auch Rechtssicherheit nicht zu einer Aufweichung des Zielleistungsprinzips führen.

Synovektomie in
einem Hüftgelenk –
GOÄ-Nr. 2113

Auch hier stellt das Gericht fest, dass eine Berechnung der GOÄ-Nr. 5295 neben Nr. 2151 GOÄ unter Berücksichtigung des Zielleistungs-

Durchleuchtung(en),
als selbständige
Leistung –

GOÄ-Nr. 5295

prinzips nicht zulässig ist. Die „Bildwandlerkontrolle“, für die GOÄ-Nr. 5295 angesetzt worden sei, diene nach den Ausführungen des Gutachters der Überprüfung des richtigen Sitzes der Prothese. Da dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der Hüftoperation gehöre, handele es sich um einen notwendigen operativen Teilschritt. Die Auffassung der Vorinstanz, wonach eine Durchleuchtungskontrolle zur Beobachtung von Bewegungsvorgängen im Bereich von Gelenken gesondert berechnungsfähig sei, sei mit einer konsequenten Anwendung des Zielleistungsprinzips nicht vereinbar.

Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität – GOÄ-Nr. 2454

Nicht neben GOÄ-Nr. 2151 berechnungsfähig ist auch Nr. 2454 GOÄ. Unstreitig – so das Gericht – sei das Entfernen von Fettgewebe erforderlich gewesen, um überhaupt ordnungsgemäß nähen zu können. Damit liege ein notwendiger Teilschritt für die Hüft-TEP vor. Wenn das Entfernen von Fettgewebe außerdem ästhetischen Zwecken diene, ändere dies nichts daran, dass dies auch aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen sei.

Entfernung eines Schleimbeutels – GOÄ-Nr. 2405

Die Entfernung der bursa subtrochanterica (Schleimbeutel distal des Trochanters) ist aus Sicht des Landgerichts Hannover ebenfalls als notwendiger Bestandteil der Hüft-TEP anzusehen und deshalb nicht gesondert berechnungsfähig. Das Gericht verweist darauf, dass dem Sachverständigen zufolge die Entfernung des Schleimbeutels zwar nicht zum Ersetzen des Hüftgelenks, sondern zum erweiterten Operationsprogramm gehöre, allerdings auch der Sicherung des Operationserfolges diene. Wenn er und die Vorinstanz daraus den rechtlichen Schluss zögen, die Entfernung des Schleimbeutels falle nicht unter das Zielleistungsprinzip, sei dem nicht zuzustimmen. Da die Entfernung des Schleimbeutels der Sicherung des Operationserfolges diene, handele es sich um einen medizinisch notwendigen Teilschritt, auch wenn dadurch die Operation gegenüber dem Normalfall erweitert werde. Das Zielleistungsprinzip dürfe im Sinne der Rechtsklarheit auch bei komplizierten Operationen, die gegenüber dem normalen Ablauf weitere Operationsschritte erforderlich machten, nicht aufgeweicht werden.

Knie-TEP

In seiner Entscheidung vom 24.7.2003 – Az.: 19 S 47/02 – hat sich das Landgericht Hannover als Berufungsinstanz vor allem mit der Frage befasst, welche Gebührenpositionen neben GOÄ-Nr. 2153 (endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks – Knie-TEP) abgerechnet werden dürfen, und traf dabei grundsätzliche, über den Einzelfall hinaus bedeutungsvolle Feststellungen:

Zielleistung erfasst auch fakultative Teilleistungen

Bei Implantation eines neuen Kniegelenks – so führt das Gericht aus – seien Leistungen, die lediglich methodisch notwendige Einzelschritte der Zielleistung seien, nicht gesondert berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip). Dabei sei auf den konkreten Fall abzustellen. Entscheidend sei, welche Maßnahmen im Rahmen der Operation für ihren Erfolg erforderlich seien. Aus der Formulierung in § 4 Abs. 2 a GOÄ, die auf „methodisch“ notwendige operative Einzelschritte abstelle, lasse sich nicht

schließen, dass der Gesetzgeber von einer abstrakten Betrachtungsweise ausgehe, also Maßnahmen zur Bewältigung von Komplikationen, die nicht bei jeder Knieimplantation vorkämen, von der Zielleistung dieser Operation ausnehmen wolle. Dem Wort „methodisch“, etwa im Gegensatz zu „medizinisch“, lasse sich dies nicht entnehmen, vielmehr könnten beide Begriffe konkret oder abstrakt verwendet werden. Im Sinne der Rechtsklarheit könne nur eine konkrete Betrachtungsweise richtig sein, denn bei der abstrakten sei nicht sicher zu beantworten, wo die Grenze zwischen normalem Operationsverlauf und Komplikation zu ziehen sei.

Zu den streitigen Gebührenpositionen stellt das Gericht dann Folgendes fest:

Neben der Zielleistung „Knie-TEP“ nach GOÄ-Nr. 2153 ist Nr. 2072 GOÄ nicht berechnungsfähig. Der vom Gericht bestellte Gutachter habe diese Maßnahme als erforderlich bezeichnet, um ein nach der Implantation des Kniegelenks verbliebenes Streckdefizit zu beseitigen. Sie habe dazu gedient, die optimale Funktion des Kniegelenks zu gewährleisten. Die rechtliche Ansicht des Sachverständigen, dass sie eine eigenständige Zielleistung verfolgt habe, treffe aber nicht zu. Für die rechtliche Zuordnung sei es unerheblich, dass die Muskeldurchtrennung erst nach der eigentlichen Implantation und über einen neuen Zugang erfolgt sei. Entscheidend sei allein, dass es sich um einen für eine optimale Funktion des Gelenks erforderlichen operativen Einzelschritt gehandelt habe. Insofern könne rechtlich nicht zwischen Erfolg – Implantation des Gelenks – und optimaler Funktion des Gelenks differenziert werden. Mit dem Operationserfolg sei vielmehr das optimale Ergebnis gemeint.

Offene Sehnen-
oder Muskel-
durchschneidung –
GOÄ-Nr. 2072

Nr. 2402 GOÄ ist ebenfalls nicht gesondert berechnungsfähig. Der Gutachter habe ausgeführt, der Operateur sei ärztlich verpflichtet, eine Probeexzision durchzuführen, wenn er an der Gelenkinnenhaut und an den angrenzenden Strukturen entzündliche Veränderungen vermute. Ohne derartige Untersuchungen hätte das Kunstgelenk nicht verankert werden dürfen. Damit handele es sich um einen notwendigen operativen Einzelschritt. Der gegenteiligen Rechtsauffassung des Sachverständigen sei nicht zu folgen. Insbesondere komme es nicht darauf an, dass diese Maßnahme nicht bei jeder Kunstgelenkimplantation indiziert und erforderlich sei.

Probeexzision aus
tief liegendem Kör-
pergewebe – GOÄ-
Nr. 2402

Auch eine gesonderte Berechnung von GOÄ-Nr. 2124 ist nicht zulässig. Dazu heiße es im Gutachten, die Resektion des Kniegelenks vor der Implantation des Kunstgelenks diene dazu, verbliebene Gelenkflächenreste zu beseitigen. Auch sei sie erforderlich, um eine ideale Achsausrichtung des mit dem Kunstgelenk versorgten Beines zu garantieren. Sie sei von entscheidender Bedeutung für die Erzielung der Streckfähigkeit, vor allem auch für die Stabilität der seitlichen weichteiligen Strukturen des Gelenks und damit für die bändergeführte stabile Gelenksituation, die eine seitliche Wackelbeweglichkeit verhindere und einen vorzeitigen Lockerungsprozess des Gelenks vermeiden helfe. Dies ver-

Resektion eines
Kniegelenks –
GOÄ-Nr. 2124

deutliche, dass es sich wiederum um einen für den Operationserfolg methodisch notwendigen Einzelschritt handele. Dass dem Sachverständigen zufolge dieser operative Einzelschritt besondere Anforderungen an den Operateur stelle, sei für die Frage, ob er von der Zielleistung der Implantatoperation erfasst sei, ohne Bedeutung.

Teilextirpation,
Formung und Zurichtung
der Kniescheibe
– GOÄ-Nr. 2344

Auch die Leistung nach GOÄ-Nr. 2344 wird von Nr. 2153 GOÄ mit erfasst. Sie sei, wenn die Kniescheibe krankheitsbedingte Formveränderungen aufweise, in der Regel erforderlich, um den Operationserfolg zu garantieren. Insofern liege ein methodisch notwendiger operativer Einzelschritt vor. Es komme nicht darauf an, dass eine Formung und Zurichtung der Kniescheibe nicht bei allen Implantationsoperationen erforderlich sei.

GOÄ-Nrn. 2032,
2064, 2073, 2258,
2401, 2402, 2405,
2583

Mit der Abrechnung einer Hüft-TEP im Lichte des Zielleistungsprinzips hat sich auch das Landgericht Bamberg (Urteil vom 15.7.2003 – Az.: 1 S 40/00) befasst. Es führt zunächst unter Bezugnahme auf § 4 Abs. 2 a GOÄ aus, dass es entscheidend für den selbständigen Charakter einer Leistung sei, ob sie das Leistungsziel oder nur einen Teilschritt auf dem Weg zur Erreichung des Leistungsziels darstelle. Von der Zielleistung seien Vorbereitungs-, Hilfs- und Begleitleistungen zu unterscheiden, die keinen selbständigen Charakter hätten und daher nicht gesondert neben der Gebühr für die Zielleistung abgerechnet werden könnten. Dies bedeute, dass jede Leistung, die keinen selbständigen Charakter habe, weil sie nur erbracht werde, um eine Maßnahme, die das Leistungsziel darstelle, zu erbringen, ohne die die Zielleistung also nicht erbracht worden wäre, nicht gesondert neben dieser Zielleistung berechnet werden könne. Eine gesonderte Abrechnung komme nur in Betracht, wenn die Maßnahmen ohne zeitlichen Zusammenhang zur Operation später durchgeführt würden oder wenn sie bei Gelegenheit der Operation ausgeführt würden, aber mit eigenständigem Behandlungsziel. Dies bedeute, dass Leistungen, die zu einer ordnungsgemäßen medizinischen Behandlung gehörten, nicht gesondert als weitere zusätzliche Leistungen über die für diese ursprüngliche globale Leistung berechnete GOÄ-Position hinaus erneut verlangt werden könnten.

Zu den streitigen Gebührenpositionen äußert sich die Kammer dann wie folgt:

GOÄ-Nr. 2032 dürfe nur einmal berechnet werden, da das Einbringen von Saugdrainagen als notwendiger Standard der Operation durch das einfache Ansetzen der GOÄ-Nr. 2032 abgegolten werde. GOÄ-Nr. 2064 (plastische Narbenausschneidung) sei nicht berechnungsfähig, da die Leistungen zur ordnungsgemäßen Durchführung der Operation, wie sie in GOÄ-Nr. 2151 zugrunde gelegt sei, gehöre. Dies gelte auch für die GOÄ-Nrn. 2401 (oberflächliche Probeexzision) und 2405 (Schleimbeutelentfernung), da diese Maßnahmen Teil der durchgeführten Operation (Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks) seien. Aus den gleichen

Gründen sei auch GOÄ-Nr. 2402 (tiefe Probeexzision) nicht berechnungsfähig. Ebenso sei die Berechnung von GOÄ-Nr. 2583 (Neurolyse) nicht gerechtfertigt, da kein Zieleingriff im Sinne einer Neurolyse vorgelegen habe. Es sei selbstverständliche Pflicht jedes verantwortungsbewussten Operators und keine Zusatzmaßnahme, dass darauf geachtet werde, die im Operationsbereich verlaufenden Nerven- und Gefäßstrukturen zu schonen, wobei beim hinteren Zugang insbesondere der große Ischiasnerv aufgesucht werde, damit er aus dem Operationssitus weggehalten werden könne. Eine zusätzliche, gesondert zu vergütende Leistung stelle dies aber nicht dar. Des Weiteren sei auch die Berechnung der GOÄ-Nr. 2258 (Knochenaufmeißelung am Becken) nicht zulässig, da hier kein weiterer über die Hüftprothesenoperation hinausgehender eigenständiger operativer Eingriff vorliege. Die Maßnahme sei vielmehr erforderlich, um das ursprüngliche Ziel der Operation (Einsetzen eines neuen Hüftgelenks) zu erreichen. Dies gelte ebenfalls für die GOÄ-Position 2073 (Reinsertion der pelvitrochanteren Muskulatur).

Mit der Frage, ob ein externer Pathologe, der im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung mit einer histologischen Untersuchung beauftragt worden war, die von ihm berechneten Gebühren nach § 6 a GOÄ zu mindern hat, haben sich das Amtsgericht Crailsheim (Urteil vom 20.3.2003 – Az.: 5 C 534/02) und als Berufungsinstanz das Landgericht Ellwangen (Urteil vom 1.8.2003 – Az.: 1 S 78/03) befasst. Das Amtsgericht Crailsheim begründet seine Entscheidung, wonach die entsprechenden Gebühren um 15 Prozent zu mindern sind, wie folgt:

**Gebührenminderungs-
pflicht
bei belegärztlicher
Behandlung**

Im Verhältnis zu Krankenhäusern, die seine Leistungen als externer Arzt veranlasst hätten, sei der Pathologe (Chefarzt in einem anderen Krankenhaus) einem niedergelassenen anderen Arzt im Sinne des § 6 a Abs. 1 Satz 2 GOÄ gleichzustellen. Seine insoweit vorgenommenen Leistungen gingen nicht in die Kostenstruktur des eigenen Krankenhauses ein. Soweit durch solche Leistungen Kosten entstünden, seien diese dem Krankenhaus zu erstatten. Der Pathologe habe seine Leistungen als stationäre Leistungen im Sinne des § 6 a GOÄ erbracht. Insoweit schließe sich das erkennende Gericht den überzeugenden Ausführungen des Bundesgerichtshofs in seinem Urteil vom 13.6.2002 (vgl. Rechenschaftsbericht 2002, S. 58 ff.) an. Die Ausführungen des Bundesgerichtshofs würden zum Gegenstand des Urteils gemacht. Es sei überzeugend, bei der Auslegung der „stationären Leistungen“ in § 6 a GOÄ auf die Patientensicht abzustellen. Ein in einem Krankenhaus aufgenommener Patient erwarte zu Recht eine Behandlung, die nach Art und Schwere seiner Krankheit medizinisch notwendig sei. Der Patient gehe insoweit davon aus, dass er für seine Behandlung alles Notwendige getan habe. Soweit im Rahmen der Behandlung die Entscheidung zu treffen sei, dass einzelne ärztliche Leistungen an außen stehende Dritte zu vergeben seien, ändere sich an dieser Sichtweise nichts. Für den Patienten handele es sich weiterhin um seine stationäre Behandlung. Dieser Erwartungshorizont sei zum einen beim Patienten angelegt und zum anderen dem externen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder nach § 22 Abs. 3 Satz 1 BPflV in An-

spruch genommenen Arzt deutlich. Auch im Fall einer Belegarztbehandlung entstehe eine Mehrbelastung der Wahlleistungspatienten, die nach § 6 a GOÄ auszugleichen sei. Insoweit bestehe kein Unterschied zwischen einer Belegarztbehandlung oder einer Behandlung durch einen bei der Klinik angestellten Arzt. § 6 a GOÄ diene nach den überzeugenden Ausführungen des Bundesgerichtshofs dem Ausgleich der finanziellen Benachteiligung von Patienten mit stationärer privatärztlicher Behandlung. Die insoweit zu zahlende Vergütung umfasse neben dem Entgelt für die ärztliche Tätigkeit auch eine Abgeltung von weiteren Sach- und Personalkosten. Zugleich würden in dem Pflegesatz für das Krankenhaus Kosten ähnlicher Art berechnet, die ohne entsprechende Honorarminderung damit doppelt bezahlt würden. Zur Harmonisierung zwischen der Bundespflegesatzverordnung und der Gebührenordnung für Ärzte regle § 6 a GOÄ in pauschalierender Art und Weise einen Ausgleich, ohne dass es darauf ankomme, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten im Einzelfall entstanden seien. Durch die Pflegesätze gemäß § 10 BPfIV würden die für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Dazu gehörten nach § 2 Abs. 2 Satz 1 BPfIV alle für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendigen Leistungen. Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPfIV seien hierzu auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter zu zählen. Damit würden über den Pflegesatz für Regelleistungspatienten und Privatpatienten ohne wahlärztliche Leistungsvereinbarung auch die von einem externen Arzt erbrachten Untersuchungsleistungen abgegolten. Der externe Arzt werde aus diesen Mitteln honoriert. Die extern erbrachten Leistungen blieben auch dann Krankenhausleistungen im Sinne des Pflegesatzrechts, wenn der Patient, wie hier, wahlärztliche Leistungen vereinbare. Mit dieser Wahlleistungsvereinbarung unterliege der Patient gemäß § 22 Abs. 3 Satz 1 BPfIV einem Kontrahierungszwang mit den außerhalb des Krankenhauses auf Veranlassung der Krankenhausärzte zugezogenen Ärzten. Die Hinzuziehung dieser Ärzte folge jedoch nach Inhalt und Voraussetzungen (medizinische Notwendigkeit) dem Muster des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPfIV. Der Unterschied liege lediglich in der besonderen Berechnung gemäß § 22 Abs. 3 Satz 7 BPfIV, nach dem der Patient als zusätzliche Leistung die Behandlung durch eine Person seines Vertrauens wähle. Der Pflegesatz für die stationäre Behandlung des Privatpatienten sei dagegen mit dem Pflegesatz des sozialversicherten Patienten identisch. Die beschriebene Konstellation sei keine andere, wenn die Untersuchung durch den externen Arzt von einem Belegarzt veranlasst worden sei. So heiße es in § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BPfIV zu den pflegesatzfähigen Kosten, dass von den vereinbarten Gesamtbeträgen die „nicht pflegesatzfähigen Kosten insbesondere folgender Leistungen abzuziehen“ seien: „belegärztliche Leistungen nach § 23“. In § 23 BPfIV heiße es: „Belegärzte im Sinne dieser Verordnung sind nicht vom Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereit gestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär . . . zu behandeln. . . Leistungen des Belegarztes sind . . . 4. die von ihm veran-

lassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses“. Diese Vorschriften führten jedoch nicht dazu, dass eine Mehrbelastung von Privatpatienten bei der Behandlung durch Belegärzte ausgeschlossen sei, weil etwa die vom Belegarzt veranlassten Leistungen externer Ärzte gar nicht in die Kalkulation der Pflegesätze einfließen oder einfließen dürften. Vielmehr heiße es weiter in § 23 Abs. 2 BpflV, dass die Vertragsparteien für die Behandlung von Belegpatienten tagesgleiche Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 vereinbarten. In § 13 Abs. 2 Satz 2 BpflV heiße es, dass Pflegesätze nach Satz 1 (§ 13 Abs. 2 BpflV) auch für die Behandlung von Belegpatienten zu vereinbaren seien. Satz 1 dieser Norm lege fest, dass als Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeit und die durch diese veranlassten Leistungen ein Abteilungspflegesatz für diese Leistung zu vereinbaren sei. Daraus werde bereits deutlich, dass keine Unterscheidung zwischen Pflegesätzen für Belegstationen und „krankenhauseigene“ Stationen erfolge. Des Weiteren heiße es in § 7 Abs. 2 Satz 1 BpflV, dass mit dem Budget und den Pflegesätzen nach § 10 Leistungen nicht vergütet werden dürften, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehörten. Damit sei klargestellt, dass § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 i. V. m. § 23 BpflV nur die insoweit anfallenden nicht pflegesatzfähigen Kosten betreffe. Diese seien dann gemäß § 24 Abs. 1 BpflV dem Krankenhaus vom Belegarzt zu erstatten. Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BpflV seien Leistungen externer Ärzte aber allgemeine Krankenhausleistungen. Der so festgelegte tagesgleiche Pflegesatz nach § 13 Abs. 2 Satz 2 BpflV für Belegstationen werde sowohl dort aufgenommenen Regelleistungspatienten als auch den Privatpatienten in Rechnung gestellt. Er enthalte in beiden Fällen Kosten für Leistungen von externen Dritten. Damit sei der Wahlleistungspatient im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung auch der Situation ausgesetzt, dass in seiner Person mit demselben Pflegesatz externe ärztliche Leistungen mitfinanziert würden, die allein bei sozialversicherten Patienten mit dem Pflegesatz mit abgegolten seien. Nachdem es sich bei § 6 a GOÄ um eine Schutzvorschrift zugunsten des Privatpatienten handele, der davor bewahrt werden solle, wegen der Vergütung ärztlicher Leistungen, die im Zusammenhang mit seiner Behandlung im Krankenhaus stünden, doppelt belastet zu werden, und dieser Schutzgedanke auch in der vorliegenden Fallkonstellation zutreffe, sei eine entsprechende Minderung vorzunehmen. § 6 a GOÄ wirke dieser Mehrbelastung mit einer pauschalierenden Regelung entgegen, so dass es nicht auf die Feststellung ankomme, ob dem Krankenhaus im Einzelfall Kosten in der zu mindernden Höhe entstanden seien oder nicht. Die pauschalierende Wirkungsweise der Honorarminderung nach § 6 a GOÄ schließe es zwar nicht aus, ärztliche Leistungen von der Anwendung dieser Bestimmung auszunehmen, wenn eine Doppelbelastung typischerweise ausscheide, insbesondere weil entsprechende Kosten des extern tätigen Arztes in dem den Wahlleistungspatienten in Rechnung gestellten Pflegesatz nicht einkalkuliert worden seien. Eine solche Differenzierung zwischen den Pflegesätzen finde – jedenfalls derzeit – aber nicht statt. Es sei bislang zu berücksichtigen, dass Leistungen wie die hier in Rede stehenden bei sozialversicherten Patienten

ten durch den Pflegesatz abgegolten seien, egal ob sie im Rahmen der Fallpauschalen, Sonderentgelte oder tagesgleichen Pflegesätze kalkulatorisch berücksichtigt würden oder nicht. Unter diesen Umständen sei deshalb bei Patienten, die wahlärztliche Leistungen vereinbarten und gegenüber einem extern tätigen Arzt für die gesamte ärztliche Leistung aufzukommen hätten, ohne dass ihnen Teile des Pflegesatzes, mit dem diese Leistungen beim sozialversicherten Patienten abgegolten seien, gutgeschrieben würden, ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Ohne diesen Ausgleich würden sie sonst über den Pflegesatz der Wahlleistungspatienten die Leistungen externer Ärzte für Regelleistungspatienten mit bezahlen. Die Mehrbelastung sei auf der Honorarebene auszugleichen, nachdem der Wahlleistungspatient keine Möglichkeit habe, auf die Höhe des Pflegesatzes einzuwirken, aber andererseits über § 22 Abs. 3 Satz 1 BpflV auch gegenüber externen Ärzten an die Wahlleistungsvereinbarung gebunden sei. Verfassungsrechtliche Bedenken bestünden bei einer Honorarminderung von 15 Prozent für extern erbrachte Leistungen nicht. Insoweit schließe sich das Gericht den Ausführungen des Bundesgerichtshofs in der bereits genannten Entscheidung an.

Das Urteil des Amtsgerichts Crailsheim ist in zweiter Instanz vom Landgericht Ellwangen bestätigt worden. Die Kammer macht sich die Entscheidungsgründe zu eigen. Insbesondere hält das Landgericht die Grundsätze des Bundesgerichtshofs-Urteils vom 13.6.2002 für übertragbar. Dabei sei es maßgebend, dass – wie der Bundesgerichtshof an mehreren Stellen des Urteils ausgeführt habe – es auf das Verständnis des Patienten wesentlich ankomme und dass dieser „ausgesorgt“ habe, wenn er sich in ein leistungsfähiges Krankenhaus begeben. Dies sei bei einer von einem Belegarzt veranlassten ärztlichen Leistung eines Dritten nicht anders als bei einer von einem am Krankenhaus angestellten Arzt veranlassten Leistung eines Dritten. Im vorliegenden Fall sei dies dem in Anspruch genommenen externen Arzt ebenso bewusst, wie in den Fällen, in denen er von einem Krankenhausarzt eingeschaltet werde. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass § 23 Abs. 2 BpflV gerade die Vereinbarung von tagesgleichen Pflegesätzen auch für die Behandlung von Belegpatienten vorschreibe, weshalb die Kammer die vom Kläger geltend gemachte grundsätzliche Unterscheidung nicht zu erkennen vermöge.

Analogberechnung
zahnärztlicher
Leistungen

Mit Urteil vom 7.11.2003 – Az.: 20 U 56/03 – hat das Oberlandesgericht Hamm festgestellt, dass ein Zahnarzt eine Leistung, die weder im Gebührenverzeichnis der GOZ noch im Gebührenverzeichnis der GOÄ aufgeführt ist, nur analog einer im Gebührenverzeichnis der GOZ enthaltenen Leistung, nicht aber unter Heranziehung einer im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthaltenen Leistung berechnen kann. Konkret ging es in dem Verfahren um eine Behandlung mit dem Schmelz-Matrix-Protexin „Emdogain“. Der behandelnde Zahnarzt hatte hierfür GOÄ-Nr. 2442 analog berechnet. Das Gericht stellte hingegen fest, dass das Aufbringen von Emdogain mit GOZ-Nr. 411 analog zu berechnen ist. Es führt hierzu aus, die Behandlung mit Emdogain entspreche unstreitig einer neueren Entwicklung in der Parodontaltherapie, die bei der Fassung

der GOZ im Jahre 1988 noch nicht bekannt gewesen sei, so dass sie auch nicht in einer einschlägigen Gebührensnummer berücksichtigt werden konnte. Für zahnärztliche Leistungen, die erst nach dem In-Kraft-Treten der GOZ entwickelt worden seien oder entwickelt würden, sei § 6 Abs. 2 GOZ einschlägig. Die Abrechnung habe danach in analoger Anwendung einer anderen, nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses der GOZ zu erfolgen. Entgegen der vom Kläger vertretenen Auffassung sei die Leistung „Aufbringen von Emdogain“ nicht unter § 6 Abs. 1 GOZ i.V.m. der Gebührenposition 2442 GOÄ zu subsumieren. GOÄ-Nr. 2442 sei einschlägig bei einer Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung. Nun sei zwar Emdogain ein alloplastisches Material; es werde jedoch nicht zur Weichteilunterfütterung implantiert. Vielmehr werde Emdogain auf die gereinigte und mit Säure vorbehandelte Wurzeloberfläche in Gel-form aufgetragen, falle dort aus und haften dort an. Über die Ansiedlung von zementbildenden Zellen sollten sich sodann über Wochen gewebliche Strukturen des Zahnhalteapparats ausbilden. Die Leistungsbeschreibung der GOÄ-Nr. 2442 erfasse mithin nicht die Leistung „Aufbringen von Emdogain“, so dass eine Abrechnung nach GOÄ-Nr. 2442 nur im Wege einer Analogie denkbar wäre. Eine analoge Anwendung von Gebührenpositionen der in § 6 Abs. 1 GOZ näher beschriebenen Abschnitte der GOÄ auf zahnärztliche Leistungen sei jedoch in § 6 Abs. 1 GOZ nicht vorgesehen. Die Auflistung in § 6 Abs. 1 GOZ sei abschließend; eine Ausweitung der dem Zahnarzt nach § 6 Abs. 1 GOZ geöffneten Bereiche der GOÄ im Wege der Analogie sei nach der Systematik der GOZ nicht vorgesehen. Es fehle – jedenfalls für bei Abfassung der GOZ 1988 unbekannt Therapien – bereits an einer Regelungslücke als der unabhängigen Voraussetzung für eine zulässige Analogie. Eine (Verordnungs-)Lücke sei schon deswegen nicht auszumachen, weil § 6 Abs. 2 GOZ einschlägig sei und auf die analoge Anwendung gleichwertiger Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOZ, nicht jedoch der GOÄ verweise. Dem Wortlaut des § 6 Abs. 2 GOZ nach sei eine Heranziehung der GOÄ im Wege der Analogie unzulässig. Soweit in einschlägigen Kommentaren gleichwohl entgegen dem Wortlaut der Verordnung eine Analogie zu Gebührenpositionen auch der GOÄ für möglich gehalten oder dem Zahnarzt gar ein Wahlrecht eingeräumt werde, folgere man dies auf der Grundlage der – nach Auffassung des Senats unzutreffenden – These, dass die GOZ nicht alle berechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen enthalte. Diese These widerspreche aber dem ausdrücklich erklärten Gestaltungswillen des Ordnungsgebers. Aus der amtlichen Begründung ergebe sich, dass ausdrücklich und bewusst bekannte und nach früheren Analogie-Listen abgerechnete Leistungen nicht in das Leistungsverzeichnis aufgenommen worden seien, so dass von einer planwidrigen Unvollständigkeit gerade nicht auszugehen sei. Auf der Grundlage des eindeutigen Verordnungswortlauts werde daher auch vertreten, dass die Gebührenpositionen der GOZ, ergänzt um solche aus der GOÄ gemäß § 6 Abs. 1 GOZ, vollständig und abschließend seien und Analogien über den Anwendungsbereich des § 6 Abs. 2 GOZ hinaus nicht zuließen. Dieser Meinung schließe sich der Senat an. Als

Abrechnungsposition, die bei Aufbringen von Emdogain analog herangezogen werden könne, biete sich GOZ-Nr. 411 an. Die Analogie werde sowohl vom Infozentrum der Zahnmedizin im Internet als auch von der Zahnärztekammer Berlin und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie empfohlen. Zwar seien diese Empfehlungen nicht verbindlich, und der Zahnarzt habe die Analogiebewertung seiner Leistung eigenverantwortlich auszuwählen und zu begründen. Da der Kläger jedoch eine andere Gebührenposition aus der GOZ nicht aufgezeigt habe, lege der Senat die allgemein empfohlene Gebührenposition 411 seiner Entscheidung zugrunde. Auch die Ausführungen des in erster Instanz beigezogenen Sachverständigen rechtfertigten die Abrechnung nach GOÄ-Nr. 2442 nicht. Wie bereits ausgeführt, sehe der Senat aus Rechtsgründen eine Analogie zu der GOÄ-Position 2442 als unzulässig an. Auf die Kriterien des Aufwandes und der Komplexität der Behandlungsmaßnahme, die für den Sachverständigen ausschlaggebend gewesen seien, komme es für die Frage, ob eine Analogie zulässig sei, nicht an. Der Aufwand und die Komplexität der Behandlung könnten mit der Wahl des Steigerungssatzes angemessen berücksichtigt werden.

**Begründung für
Regelhöchstsatz-
überschreitung
trotz Honorarver-
einbarung**

Nach einer Entscheidung des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 4.8.2003 – Az.: 9 U 65/03 – ist ein Zahnarzt auch dann verpflichtet, das Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes (Regelhöchstsatz) zu begründen, wenn er mit dem Zahlungspflichtigen (Patienten) eine Honorarvereinbarung getroffen hat. Das Gericht führt hierzu aus, gemäß § 10 Abs. 1 GOZ werde die Vergütung eines Zahnarztes dann fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine der GOZ entsprechende Rechnung erteilt worden sei. Dazu gehöre eine schriftliche Begründung des Zahnarztes, wenn die berechnete Gebühr das 2,3fache des Gebührensatzes überschreite (§ 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ). Dies gelte auch dann, wenn der Zahnarzt mit dem Zahlungspflichtigen eine Honorarvereinbarung getroffen habe (vgl. Bundesrats-Drucksache 276/87 zu § 2 Abs. 1 GOZ; § 12 Abs. 3 Satz 3 GOÄ). Eine solche Begründung sei auch im Fall einer Honorarvereinbarung u.a. deshalb notwendig, um die nach zahnärztlichem Berufsrecht angemessene Honorargestaltung überprüfen zu können. An dieser werde es regelmäßig fehlen, wenn (im Normalfall) der 2,3fache oder (in gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 GOZ begründeter Ausnahme) der 3,5fache Gebührensatz um das Doppelte überschritten werde. Gebe der Zahnarzt trotz Aufforderung keine Begründung für das Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes, stehe dem Zahlungspflichtigen ein Leistungsverweigerungsrecht zu.

2. Krankenhausfragen

a) Krankenhauspolitik und Krankenhausrecht

Zum 1.1.2003 ist das Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz – BSSichG), das den zustimmungsfreien Teil der so genannten Vorschaltgesetzgebung umfasst, in Kraft getreten. Es gibt für die Krankenhäuser eine Budget-Nullrunde vor, lässt jedoch eine Reihe von Ausnahmetatbeständen zu. So bleiben etwa Kliniken von der Nullrunde ausgenommen, die für die Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 optiert haben. Ihre Budgets können entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung um bis zu 0,81 Prozent in den westlichen und um bis zu 2,09 Prozent in den östlichen Bundesländern steigen. Die Verlängerung der Meldefrist zur Teilnahme von Krankenhäusern am DRG-Optionsmodell vom 1.11. bis 31.12.2002 allerdings ist Teil des zustimmungspflichtigen 12. SGB V-Änderungsgesetzes, das der Bundesrat zunächst am 20.12.2002 in zweiter Lesung erneut abgelehnt hatte, so dass es nicht zum 1.1.2003 in Kraft treten konnte. Der Abschluss entsprechender Budgetvereinbarungen war insofern solange auf Eis gelegt, bis nach Tätigwerden des Vermittlungsausschusses und Zustimmung des Bundesrates am 11.4.2003 das Gesetz schließlich am 17.6.2003 mit rückwirkender Geltung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde (BGBl. I Nr. 25 vom 17.6.2003).

Beitragssatzsicherungsgesetz und SGB V-Änderungsgesetz

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz erhielten die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nach § 17 b Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Auftrag, ein Vergütungssystem auf der Grundlage von DRGs einzuführen und dieses in den Folgejahren weiterzuentwickeln. Mangels erfolgreicher Verhandlungen musste das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) mit einer Ersatzvornahme den für 2003 geltenden DRG-Fallpauschalenkatalog, grundsätzliche Abrechnungsbestimmungen und anderes vorgeben. Für das Jahr 2004 sind medizinische Fachgesellschaften und Kliniken aufgefordert worden, Vorschläge zur Weiterentwicklung des Systems an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu melden. Vor diesem Hintergrund soll mit dem Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz – FPÄndG; BGBl. I Nr. 36 vom 21. 7. 2003) der gesetzliche Rahmen zur DRG-Einführung weiterentwickelt und die Entscheidungsfindung der Selbstverwaltung sowie die Ersatzvornahmemöglichkeiten des BMGS verbessert werden.

Fallpauschalenänderungsgesetz

Aufgrund des FPÄndG werden die Möglichkeiten des BMGS, eine fristgerechte Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems sicherzustellen, gestärkt. So hat das BMGS die Möglichkeit, eine Ersatzvornahme nach einer Fristsetzung und ohne die Erklärung des Scheiterns durch die Selbstverwaltungspartner zu erlassen. Es kann durch Rechtsverordnungen Leistungen oder besondere Einrichtungen

Wesentliche Inhalte

bestimmen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können sowie entsprechende Vergütungsregelungen vorgeben (§ 17 b Abs. 7 KHG). Die Selbstverwaltungspartner können für anfänglich schwer im Fallpauschalensystem abbildbare Leistungen noch bis 2006 krankenhausesindividuelle Vergütungsvereinbarungen treffen. Auch können krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden. Abteilungen und Krankenhäuser, deren Leistungen im neuen Entgeltsystem noch nicht sachgerecht vergütet werden, können vorübergehend von der DRG-Abrechnung ausgenommen werden (§ 6 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG). Die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung aus einem Ausbildungsfonds auf Landesebene wird um ein Jahr auf 2005 verschoben (§ 17 a Abs. 2 KHG). Die Krankenhäuser werden verpflichtet, die Verhandlungsunterlagen auf maschinellen Datenträgern zu übermitteln (§ 11 Abs. 4 KHEntgG). Die Bundesebene trifft entsprechende Vereinbarungen (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG). Eine Konfliktlösung durch die Bundesschiedsstelle für Vereinbarungen zur DRG-Datenübermittlung wird eingeführt (§ 21 Abs. 6 KHEntgG). Mit dem FPÄndG werden die Abrechnungsregeln zur Wiederaufnahme wegen Komplikationen (§ 8 Abs. 5 KHEntgG) und die Fallpauschalendefinition (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG) präzisiert sowie AEB-Unterlagen (Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung) für die Budgetverhandlungen überarbeitet. Für die Vereinbarung von Entgelten für die Behandlung von Blutern im Jahr 2003 wird abweichend von der Nullrate die Vereinbarung von Entgelten bis zu den festgestellten Veränderungsrate von 0,81 bzw. 2,09 Prozent ermöglicht. Handlungsbedarf wurde hier gesehen, weil im Jahr 2002 Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene oder bei einzelnen Kliniken teilweise nicht zustande gekommen waren. Für Optionskrankenhäuser wird zudem die Möglichkeit eröffnet, krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für die Bluterbehandlung zu vereinbaren.

Stellungnahme
der Kostenträger

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der PKV-Verband haben kritisiert, dass das FPÄndG die Möglichkeiten der Vertragsparteien nach § 17 b KHG einer Daten-basierten Systemgestaltung im Vereinbarungswege mindert. Sie erwarten, dass die erweiterten Zuständigkeiten des BMGS, im Wege der Ersatzvornahme Regelungen festzulegen, die Einigungsfähigkeit der Vertragsparteien weiter schwächen wird. Es wurde allerdings auch ein gewisses Verständnis geäußert und begrüßt, dass durch die Vorgabe von Fristen für anstehende Arbeitsschritte durch das BMGS auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei die Systemweiterentwicklung forciert werden kann.

Fallpauschalenver-
ordnung 2004 ...

Am 17.10.2003 ist die neue Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) mit Wirkung ab 1.1.2004 im Bundesgesetzblatt (BGBl. I S. 1995) verkündet worden. Sie enthält die Details zur Umsetzung des neuen DRG-Systems für das Jahr 2004. Man erinnere sich, dass bereits bis Ende 2002 insgesamt rund 1.350 Krankenhäuser für die freiwillige Einführung der DRGs optiert hatten. Bis Mitte Dezember 2003 haben rund 1.000 Kliniken die Abrechnung tatsächlich umgestellt. Alle

übrigen Häuser unterlagen nach wie vor der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und rechneten folglich außer den Fallpauschalen und Sonderentgelten der BPfIV noch tagesgleiche Pflegesätze ab. Es gab also im Berichtsjahr zwei verschiedene Vergütungssysteme im Krankenhausbereich, die parallel zur Abrechnung kamen. Im Jahr 2004 wird sich eine ähnliche Konstellation ergeben:

- Diejenigen Häuser, die noch im Jahr 2003 nach alter BPfIV ihre Entgelte berechneten, werden dies auch weiterhin tun, und zwar so lange, bis eine Budgetvereinbarung für 2004 nach den neuen Regeln abgeschlossen ist.
- Die Optionshäuser des Jahres 2003 müssen jedoch bereits zum 1.1.2004 auf die dann gültige Fallpauschalenverordnung umsteigen, unabhängig vom konkreten Zeitpunkt der Budgetvereinbarung für 2004. Hierdurch soll vermieden werden, dass im Jahr 2004 drei verschiedene Preissysteme zur Anwendung kommen.

In der KFPV findet man den kompletten Katalog aller abrechenbaren Fallpauschalen sowie eine Auflistung derjenigen Krankenhausleistungen, die mit den derzeitigen Fallpauschalen noch nicht zu vergüten sind. Diese Leistungen werden mittels so genannter sonstiger Entgelte erfasst. Zusätzlich zu den sonstigen Entgelten und den DRG-Fallpauschalen können Zusatzentgelte berechnet werden, wobei die abrechenbaren Zusatzentgelte in der Verordnung explizit aufgelistet werden. Entscheidend ist, dass die Preise für sonstige Entgelte und Zusatzentgelte (mit einer Ausnahme) auf Orts- bzw. Landesebene vereinbart werden. Typisch für die Zusatzentgelte ist, dass mit ihnen Leistungen erfasst werden, die selten und teuer sind. Als Beispiel für ein solches Entgelt sei die Finanzierung der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren genannt, die bis zum heutigen Tage sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Die Kosten für eine Bluterbehandlung können außerordentlich variieren, so dass es praktisch nicht möglich ist, für diese sehr stark medikamentenintensive Behandlungsart einen bundesweiten DRG-Preis vorzugeben. Zu den sonstigen Entgelten sei später noch etwas gesagt.

... und was diese regelt

Will man alle Krankenhausleistungen mittels eines standardisierten Verfahrens erfassen, dann liegt es in der Natur der Sache, dass das Regelwerk, das dieses gewährleisten soll, fortlaufend angepasst werden muss. Der Fallpauschalenkatalog der ersten Verordnung für das Jahr 2003 war vergleichsweise rudimentär, insbesondere deshalb, da für eine zufrieden stellende Kalkulation von Fallpauschalen noch viel zu wenig Datenmaterial zur Verfügung stand. Zwischenzeitlich konnte man auf Daten von 137 Krankenhäusern zurückgreifen, darunter allein 12 Universitätskliniken. Dies hatte zur Folge, dass aus den 664 Fallpauschalen des Jahres 2003 jetzt ein Katalog mit über 800 Fallpauschalen werden konnte. Im Prinzip wäre es die Aufgabe der Selbstverwaltung gewesen, diese Weiterentwicklung der ersten Verordnung zu bewerkstelligen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat jedoch im Juli 2003 das

Ersatzvornahme durch BMGS

Scheitern der Verhandlungen mitgeteilt, so dass das BMGS im Rahmen der Ersatzvornahme (wie bereits bei der 1. Verordnung) tätig werden musste. Die neue KFPV enthält nicht nur mehr und besser kalkulierte Fallpauschalen, sondern es wurden auch die Abrechnungsbestimmungen präzisiert. Ein zentrales Thema hierbei war das Verhindern von Doppelabrechnungen über Wiederaufnahmen von Patienten mit gleichem Krankheitsbild in dasselbe Krankenhaus. Bekanntlich birgt ein Vergütungssystem auf der Basis von Berechnungstagen, wie es das alte System der BpflV im Wesentlichen war, die Gefahr, dass die Patienten länger im Krankenhaus liegen, als unter medizinischen Gesichtspunkten eigentlich erforderlich ist. Bei einem fallzahlbezogenen Vergütungssystem wiederum besteht die Gefahr, dass unter dem Gesichtspunkt der Erlösmaximierung die Krankenhäuser die Fallzahlen ausweiten. Aus heutiger Sicht scheint die KFPV dem Problem des so genannten Fallsplittings wirkungsvoll entgegenzutreten. Zu fragen ist gleichwohl, ob mit der neuen Fallpauschalenverordnung die größten Probleme bei der Umsetzung des neuen Systems gelöst sind, so dass es in der Zukunft nur noch einige „kleinere Baustellen“ geben wird.

Die KFPV regelt nicht alles

Nicht alles wird durch die neue Fallpauschalenverordnung geregelt. Es ergeben sich einige Problemfelder, von denen hier drei genannt werden: Erstens sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- und Abschläge auf DRGs festzulegen, die Krankenhäuser bzw. Kostenträger unter bestimmten Bedingungen geltend machen können. Beispielsweise kann ein Krankenhaus per Versorgungsauftrag verpflichtet sein, eine bestimmte Fachabteilung für die Bevölkerung seiner Region vorzuhalten. Wenn diese Abteilung nun pro Jahr nur relativ wenige Fälle zu behandeln hat, dann kann es durchaus sein, dass nur auf der Basis der DRG-Entgelte eine Finanzierung der Abteilung nicht möglich ist. In einem solchen Fall stellt sich die Frage, ob das Krankenhaus einen Zuschlag – auch Sicherstellungszuschlag genannt – auf den DRG-Preis erhalten soll. Auch die so genannte teilstationäre Vergütung bildet derzeit noch eine Baustelle. Die Krankenkassen befürchten, dass die Kliniken bei einer sehr flexiblen Gestaltung der Kriterien für das Vorliegen einer teilstationären Leistung verstärkt im Bereich der rein ambulanten Versorgung tätig werden könnten, was aus Kassensicht nicht erwünscht ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wiederum möchte ihren Mitgliedern möglichst viele Türen in diese Richtung offen halten. Klar ist derzeit nur, dass teilstationäre Leistungen mit Entgelten abzurechnen sind, die krankenhausesindividuell vereinbart werden. Hier kommt übrigens auch der Begriff des sonstigen Entgeltes ins Spiel. Entgelte für teilstationäre Leistungen sowie solche für besondere Einrichtungen sind aus der Sicht der Verordnung nämlich spezielle sonstige Entgelte. Schließlich sei noch ein letztes Problem genannt, das zwar für die Krankenhäuser wesentlich bedeutsamer ist als für die Kostenträger, an dem man gleichwohl sehr schön sieht, dass der DRG-Katalog einer permanenten Überarbeitung bedarf. Gemeint ist die so genannte Kostenhomogenität einer DRG-Fallgruppe. Dieser Begriff bezieht sich auf die tatsächlich bei einem Krankenhaus anfallenden Kosten, wenn dieses eine Leistung erbringt, die mit

einer bestimmten DRG-Fallgruppe abgerechnet wird. Können diese Kosten sehr stark variieren, dann kann das neue System Kliniken mit geringen bzw. ungünstigen Fallzahlen recht schnell in Schwierigkeiten bringen. Das heißt, die tatsächlich aus der Erbringung der Leistung angefallenen Kosten können wesentlich höher sein als die Erlösbeträge aus der zugrunde liegenden DRG, wobei diese Kostenunterdeckung nicht auf Ineffizienzen beim Krankenhaus, sondern auf die mangelnde Kostenhomogenität der DRG zurückzuführen ist. Das mit der Kalkulation der Fallpauschalen beauftragte InEK argumentiert, dass die meisten DRGs bereits einen hohen Kostenhomogenitätsgrad aufweisen. Es verwendet aber eine statistische Maßzahl für diese Größe, die bereits Homogenität suggeriert, wenn die Kosten noch sehr streuen können. Hier wird vermutlich in der Zukunft ebenfalls noch einiges zu tun sein.

Grundsätzlich ist bei allen offenen Problemen die Selbstverwaltung zur Lösung derselben aufgefordert. Manchmal gelingt dies, in anderen Fällen sind die Interessensgegensätze zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern so groß, dass das BMGS auf dem Ordnungswege tätig werden muss. Zwei Beispiele mögen dies verdeutlichen, nämlich die Problemfelder „Mindestmengen“ und „Besondere Einrichtungen“.

Bei bestimmten stationären Leistungen sind Mindestmengen festzulegen, die ein Krankenhaus zu erbringen hat. Grundlage hierfür ist der § 137 SGB V. Grob gesprochen stehen die Kostenträger dieser Idee positiv gegenüber, wohingegen die Deutsche Krankenhausgesellschaft eher skeptisch ist. Im Dezember 2003 hat sich die Selbstverwaltung gleichwohl auf eine entsprechende Vereinbarung einigen können. Danach werden ab 2004 bei fünf Leistungen – nämlich Nieren- und Lebertransplantation, Stammzellentransplantation, komplexe Eingriffe an der Speiseröhre oder Bauchspeicheldrüse – Mindestmengen greifen, bei deren Unterschreitung diese Leistungen in einem Krankenhaus nicht mehr erbracht werden dürfen, sofern keine Ausnahmetatbestände vorliegen. Diese Vereinbarung soll wissenschaftlich begleitet und entsprechend weiterentwickelt werden.

Mindestmengen

Bei den so genannten besonderen Einrichtungen konnte die Selbstverwaltung jedoch keinen Konsens erreichen. Gemäß § 17 b Abs. 1 KHG (letzter Satz) können Krankenhäuser oder einzelne Abteilungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwer kranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden können, zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden. Für solche besonderen Einrichtungen sind krankenhausespezifische Entgelte festzulegen. Die Kostenträgerbank hatte hierfür ein Regelwerk vorgeschlagen, wonach auf der Basis der von jeder Einrichtung abzuliefernden Daten nach § 21 KHEntgG der Nachweis einer statistischen Besonderheit vorauszusetzen wäre. Der Alternativvorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft sah demgegenüber eine schiedsstellenfähige Verhandlungslösung (d.h. ohne prioritäre Berücksichtigung

Besondere
Einrichtungen

von Daten) auf der Ebene der örtlichen Vertragsparteien vor. Die Vorschläge waren unvereinbar, so dass das BMGS Ende 2003 eine Rechtsverordnung erlassen musste, die die Voraussetzungen für die Ausnahme von der DRG-Anwendung, Nachweispflichten der patientenspezifischen Besonderheiten sowie weitere Anforderungen, Verhandlungserfordernisse und Informationspflichten regelt. Die Geltung der Verordnung ist auf das Jahr 2004 beschränkt, da nur hierfür auf der Selbstverwaltungsebene das Scheitern der Verhandlungen erklärt wurde.

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

Das am 19.11.2003 im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55 veröffentlichte Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) nimmt auch Einfluss auf den stationären Bereich. Für den Fall einer Krankenhausbehandlung werden gesetzlich Versicherte zu einer erhöhten Zuzahlung in Form von 10 Euro kalendertäglich bis maximal 28 Tage jährlich verpflichtet. Mit dem Ziel der besseren Verzahnung können Krankenhäuser, die an einem Disease-Management-Programm teilnehmen, Verträge mit den Landesverbänden der GKV hinsichtlich des ambulanten Teils dieses Behandlungsprogramms schließen. Darüber hinaus können diese Vertragspartner auch Absprachen zur ambulanten Behandlung von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf treffen. Der in § 116 b SGB V dazu vorgegebene Leistungskatalog soll gemäß gesetzlichem Auftrag bis zum 31.3.2004 durch den gemeinsamen Bundesausschuss um weitere Erkrankungen ergänzt werden. Im Rahmen der geänderten Bedingungen für die integrierte Versorgung soll diese Versorgungsform durch eine Anschlussfinanzierung in der Weise gefördert werden, dass in den Jahren 2004 bis 2006 bis zu 1 Prozent der Krankenhausrechnung von den gesetzlichen Krankenkassen einbehalten wird. Diese Finanzmittel sind jedoch auszuführen, soweit sie nicht innerhalb von drei Jahren zur Förderung der integrierten Versorgung verwendet werden. Das GKV-Modernisierungsgesetz erweitert zudem die zusätzlich zur Grundlohnsummenentwicklung im Sinne von § 71 Abs. 3 SGB V zu finanzierenden Tatbestände. Die im Laufe des Jahres 2004 geplante Abschaffung des Arztes im Praktikum verursacht in Form höherer Vergütungen Personalkosten, die über das Krankenhausbudget zu finanzieren sind. Außerdem wird das bisher für die Jahre 2003 und 2004 geltende Finanzierungsprogramm zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen bis zum Jahr 2009 verlängert. Danach kann eine Summe bis zur Höhe von 0,2 Prozent des Krankenhausbudgets jährlich für diesen Zweck zusätzlich vereinbart werden. Die Gesetzesbegründung zum GKV-Modernisierungsgesetz geht davon aus, dass ab dem Jahr 2009 zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zusätzlich bundesweit 700 Mio. Euro zur Verfügung stehen.

Weitere wichtige Entscheidungen für die Krankenhausfinanzierung der Jahre 2003 bzw. 2004

Das BMGS veröffentlichte im September 2003 die Veränderungsrate der Zunahme der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV im Sinne von § 71 Abs. 3 SGB V in Höhe von 0,02 Prozent (West) bzw. 0,71 Prozent (Ost). Dadurch ist die Basis der Entwicklung der Krankenhausbudgets für das Jahr 2004 vorgegeben. Die Bundesschiedsstelle gemäß

§ 18 a KHG kam am 9.9.2003 hinsichtlich der BAT-Berichtigungsrate für die Jahre 2002 und 2003 zu einem Vermittlungsergebnis. Danach erfolgt für das Jahr 2002 keine Berichtigung. Hinsichtlich der BAT-Berichtigungsrate für das Jahr 2003 ist zu unterscheiden zwischen den Krankenhäusern, die schon im Jahr 2003 die DRG-Systematik anwenden (sog. Optionskrankenhäuser), und den Kliniken, die erst ab dem Jahr 2004 umsteigen. Für Optionskrankenhäuser im Beitrittsgebiet gilt eine BAT-Berichtigungsrate von 0,13 Prozent, für Optionskliniken innerhalb des übrigen Bundesgebietes beträgt die Rate 0,56 Prozent. Für Nicht-Optionskrankenhäuser beläuft sich die BAT-Berichtigungsrate bundes einheitlich auf 0,83 Prozent. Hinsichtlich der BAT-Berichtigungsrate für den Pflegesatzzeitraum 2004 hingegen gelang eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner. Diese beträgt für das Beitrittsgebiet 0,35 Prozent und für das übrige Bundesgebiet 0,56 Prozent.

Der Entscheidung des EuGH vom Oktober 2000 lag ein Vorabentscheidungsersuchen der spanischen Gewerkschaft der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen zugrunde. Das Gericht entschied, dass Bereitschaftsdienste, die die Ärzte zur medizinischen Grundversorgung in Form persönlicher Anwesenheit in der Gesundheitseinrichtung leisten, insgesamt als Arbeitszeit und gegebenenfalls als Überstunden im Sinne der Richtlinie 93/104 EG zu werten sind. Daraufhin gab es in Deutschland zahlreiche erst- und zweitinstanzliche Urteile, die sehr unterschiedlich ausfielen. Auch das Bundesarbeitsgericht entschied in zwei Fällen, deren Ergebnisse wiederum differenziert waren: Im Falle des Landesarbeitsgerichts Hamburg wies das Bundesarbeitsgericht den Antrag eines Betriebsrates mit der Begründung zurück, auf die Vereinbarkeit des deutschen Arbeitszeitgesetzes mit europarechtlichen Richtlinien komme es nicht an. Im zweiten Fall – eine Vorlage des Arbeitsgerichts Freiburg – entschied das Bundesarbeitsgericht, dass die Frage unterschiedlich zu beantworten sei, je nachdem, ob es sich um einen privaten oder öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber handle. Die deutsche Rechtsprechung trug damit zu einer klaren Lösung der Frage nicht bei. Erst mit einer weiteren Entscheidung des EuGH auf die Vorlage des Landesarbeitsgerichts Schleswig Holstein im September 2003 wurde die Frage eindeutig auch für deutsche Fälle geklärt. Der Gerichtshof gelangte zu dem Ergebnis, dass eine nationale Regelung wie die deutsche, nach der dieser Bereitschaftsdienst als Ruhezeit eingestuft wird (mit Ausnahme der Zeit, in der der Arbeitnehmer tatsächlich arbeitet), mit der europarechtlichen Vorgabe der Richtlinie 93/104 EG nicht vereinbar ist. In seiner Urteilsbegründung führte der EuGH aus, dass wesentliche Unterschiede zur früheren Entscheidung des Gerichtes auf die spanische Vorlage im deutschen Vorlagefall nicht vorliegen und insoweit auf die frühere Entscheidung verwiesen werden kann. Das Arbeitszeitgesetz wurde daraufhin mit Wirkung zum 1.1.2004 mit zwei wesentlichen Anpassungen geändert:

- Eine Verlängerung der täglichen Arbeitszeit auf über acht Stunden ist nur mit der schriftlichen Einwilligung des Arbeitnehmers möglich.

Arbeitszeitrechtliche
Bewertung von Be-
reitschaftsdiensten
angestellter Ärzte und
weiterer Berufsgrup-
pen im Krankenhaus:
Entscheidungen des
Europäischen Ge-
richtshofes (EuGH)
vom Oktober 2000
und September 2003

Diese kann mit einer Frist von sechs Monaten wieder zurückgenommen werden.

- Bestehende oder nachwirkende Tarifverträge mit abweichenden Regelungen bleiben von der Neufassung des Arbeitszeitgesetzes bis zum 31.12.2005 unberührt. Die Tarifvertragsparteien haben damit eine zweijährige Frist, in der sie sich auf die neue Rechtslage einstellen können und das System der Dienstplangestaltung umbauen müssen.

Korrespondierend mit der Änderung des Arbeitszeitgesetzes wurde auch § 6 Abs. 5 BPflV geändert. Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen hat das Krankenhaus in den Jahren 2003 bis 2009 einen Anspruch auf 0,2 Prozent des Gesamtbetrages. Voraussetzung ist der Nachweis, dass dieser Betrag für zusätzliche Personalkosten verwendet wird, um damit die Arbeitszeitbedingungen zu verbessern (vgl. insoweit auch § 4 Abs. 13 S. 1 KHEntgG).

Wahlleistung Unterkunft

Im Anschluss an die Darstellung im Rechenschaftsbericht 2002 ist zu ergänzen, dass die gemäß § 22 BPflV abgeschlossene Gemeinsame Empfehlung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und PKV-Verband im Jahr 2003 in der Praxis weithin von den Krankenhäusern als Grundlage für Verhandlungen über die Zimmerzuschläge akzeptiert und umgesetzt worden ist. In der Folge kam es einerseits zu deutlichen Absenkungen der Höhe der Zimmerzuschläge und andererseits zu verstärkten Bemühungen der Krankenhäuser um eine Verbesserung der Komfortleistungen. Insgesamt hat die Gemeinsame Empfehlung zu einer Befriedung der vielfachen Auseinandersetzungen über die Höhe der Zimmerzuschläge geführt. Die vor der Geltung der Gemeinsamen Empfehlung begonnenen Verbandsklageverfahren wurden auf der Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung regelmäßig durch gerichtlichen Vergleich beendet. Lediglich wenige neue Verbandsklageverfahren mussten eingeleitet werden. Zum 1.1.2004 ist mit der DKG erstmals eine Erhöhung der Preisspannen für die Komfortbewertungen um 3,6 Prozent vereinbart worden. Um diesen Satz werden die Komfortanteile der Zimmerzuschläge derjenigen Krankenhäuser erhöht, bei denen zwischen Krankenhaus und PKV-Verband Einvernehmen über die Komfortbewertungen besteht.

Krankenhäuser in den neuen Bundes- ländern Weitergeltung der Punktwerte

In den Ländern Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen wurde eine Vereinbarung zur Weitergeltung der Punktwerte für Fallpauschalen und Sonderentgelte 2003 (§§ 16 Abs. 1, 11 BPflV) geschlossen. Da nicht alle Krankenhäuser nach dem DRG-System abrechnen und davon ausgegangen werden muss, dass die Budget- und Entgeltvereinbarungen für das Jahr 2004 nicht für alle Einrichtungen prospektiv abgeschlossen werden können, bestand die Notwendigkeit für diese Krankenhäuser bis zum In-Kraft-Treten der Vereinbarung 2004 die Entgelte (nach der BPflV) des Jahres 2003 weiter laufen zu lassen. In den oben genannten vier Bundesländern wurde dazu eine Vereinbarung geschlossen. Mecklenburg-Vorpommern behält ebenfalls den Punktwert 2003 auch in 2004 bei, ohne dazu eine weitere Vereinbarung zu schließen.

Der *Berliner* Senat hat die Fortschreibung des Krankenhausplanes 1999 im Mai 2003 beschlossen. Der Planungshorizont reicht hierbei bis zum Jahr 2005. Der Bereich der Geriatrie wurde in dieser Planungsphase ausgeklammert, da grundlegende Überprüfungen und Neukonzeptionen erforderlich sind, die in die Planung noch nicht einbezogen werden konnten. Der Bereich der Geriatrie wird daher als weitere Teilfortschreibung speziell für geriatrische Krankenhausversorgung erfolgen. Die Fortschreibung der Krankenhausplanung wurde ohne Berücksichtigung der DRG-Versorgung erstellt. Eine solche war zum Zeitpunkt des Planungsprozesses noch nicht für einen längerfristigen Zeitraum prognostizierbar. Hinsichtlich der Regelungstiefe hat sich die Senatsverwaltung entschieden, diese nicht mehr in der Form vorzunehmen, wie es in der Vergangenheit erfolgt ist. Naturgemäß nahm diese Entscheidung im Vorfeld bei der Vorbereitung der Planfortschreibung einen breiten Raum ein und blieb bis zum Schluss unter den Beteiligten umstritten. Der jetzige Krankenhausplan hat also die Regelungstiefe verringert und auf die Ebene der Hauptdisziplinen reduziert. Die Ebene der Subdisziplinen wurde ohne abschließende Planung bearbeitet. Subdisziplinen wie Visceralchirurgie, Gastroenterologie und Kardiologie werden nicht mehr gesondert ausgewiesen. Vielmehr sind die Vertragsparteien auf der Grundlage von § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V aufgefordert im Benehmen mit der Behörde ergänzende Versorgungsschwerpunkte einzurichten. Das Land *Brandenburg* hat die erste Fortschreibung des zweiten Krankenhausplanes am 17.12.2002 beschlossen. Die Zielplanung reicht hier bis zum Jahre 2007, wenn das DRG-Entgeltsystem vollständig eingeführt wurde. Erste Maßnahmen und Prüfaufträge zur Umsetzung sind 2003 ergriffen worden. Im Freistaat *Sachsen* sind sich die Beteiligten der Krankenhausplanung einig, dass der Krankenhausplan in der Zeit der Umstellung auf DRGs nur Übergangscharakter haben kann und eine Laufzeit von zwei Jahren bis zum Jahr 2005/2006 angemessen ist. Beginnend mit dem Jahr 2005 sollen dann Regionalkonferenzen durchgeführt werden, um Erfahrungen mit den DRGs auszutauschen und diese in die Krankenhausplanung einfließen zu lassen. Das Land *Sachsen-Anhalt* hat im Jahr 2003 die Novellierung des Krankenhausgesetzes eingeleitet. Im Entwurf des neuen Krankenhausgesetzes wurde eine gravierende Veränderung der Krankenhausplanung vollzogen. Von allen Beteiligten gemeinsam wurde der Wechsel hin zu einer leistungsorientierten Krankenhausplanung eingeleitet und im jetzigen Entwurf des Krankenhausgesetzes festgeschrieben. Das Kabinett hat im Dezember 2003 den Entwurf des novellierten Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt zur Anhörung freigegeben. Aufgrund des bestehenden Planungsprozesses waren sich alle Beteiligten einig, dass die jährliche Überprüfung des Krankenhausplanes ausgesetzt werden sollte. Für das Jahr 2004 wird daher der bestehende Krankenhausplan 2003 ohne gravierende Änderungen prolongiert.

Der Senat *Berlin* hat am 1.7.2003 beschlossen, die Investitionsplanung ab dem Jahr 2004 bis zum Jahr 2007 grundlegend neu zu gestalten. In diesem Zeitraum stehen lediglich Investitionsmittel für vier Krankenhausmaßnahmen als Neubeginner zur Verfügung. Darüber hinaus wer-

den Neuanmeldungen erst ab dem Jahr 2008 wieder möglich sein. Einzige Ausnahme zu diesem Grundsatz sind besonders dringende Maßnahmen, die gegebenenfalls zwischenzeitlich realisiert werden können. Die Kostenträger im Land Berlin haben in den entsprechenden Gremien diese Entwicklung in der Investitionsplanung zur Kenntnis genommen, aber eindeutig nicht zugestimmt. Seitens der gesetzlichen Krankenversicherung wird hier die Auffassung vertreten, dass Maßnahmen gemäß Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) nur bis zum Jahr 2004 durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden müssen. Darunter zu fassen seien auch solche Krankenhausmaßnahmen, die bis zum Jahr 2004 begonnen werden. Zur Begründung führt die GKV an, dass mit der Änderung des Artikel 14 GSG die Zweckbindung der Gelder für Krankenhausinvestitionen entfällt. Der Gesetzgeber wollte den Aufschwung Ost in zehn Jahren – 1994 bis 2004 – abgeschlossen sehen. Davon zu trennen ist die Finanzierung, die nur deswegen bis 2014 gestreckt wurde, damit die Kassen ihre finanzielle Unterstützung auf einen längeren Zeitraum verteilen können und nicht zu sehr belastet sind. Davon unterscheidet sich naturgemäß die Auffassung der Senatsverwaltung, die davon ausgeht, dass die Kostenträger ihren Finanzierungsanteil bis 2014 leisten müssen. Eine abschließende Übereinkunft zu diesem Diskussionsstand hat es im Jahr 2003 nicht gegeben. Der Freistaat *Sachsen* hat im Bereich der Investitionsplanung das Modellprogramm „SachsTelemed“ ins Leben gerufen. Innerhalb dieses Modellprogramms können Anträge auf Einzelförderung zur Anwendung telemedizinischer Verfahren und Bildkommunikation von Krankenhäusern im Freistaat zur Aufnahme in das Investitionsprogramm gestellt werden. Zwar stehen diese Finanzmittel erst ab 2006 zur Verfügung, doch vorbereitende Maßnahmen der Qualitätssicherung machen bereits eine Antragstellung möglichst zeitnah erforderlich.

b) Vergütungsverhandlungen im Krankenhausbereich

Finanzierung von
Investitionskosten
bei nicht
geförderten
Krankenhäusern

Unter dem Gesichtspunkt der Finanzierung von Investitionskosten kann man die Krankenhäuser in zwei Gruppen aufteilen. Bei den so genannten geförderten Krankenhäusern werden die Investitionskosten vom jeweiligen Bundesland getragen. Die Mehrzahl der Akutkrankenhäuser gehört zu dieser Gruppe. Krankenhäuser, die hierzu nicht gehören, sind aber keineswegs „vernachlässigbar“ und haben der PKV in der Vergangenheit pflegesatzrechtliche Probleme bereitet. Bei den so genannten nicht geförderten Häusern sind die Investitionskosten nämlich anteilig den Krankenhausentgelten zuzurechnen. Dies wird in der Bundespflege-satzverordnung bestimmt, die jedoch keine Einzelheiten festlegt. Die exakte Spezifikation der Zuschläge ist den Vertragspartnern im Pflege-satzbereich überlassen. Die PKV ist in diesen Verhandlungen allerdings nicht Vertragspartei, d.h. vereinbart werden Pflegesätze und Zuschläge allein von Krankenhaus und GKV. Bei den Pflegesätzen für die allgemeine Krankenhausleistung ist diese asymmetrische Behandlung von GKV und PKV unproblematisch, da alle Kostenträger mit dem gleichen

Pflegesatz konfrontiert sind und die Vereinbarung zu hoher Pflegesätze mit den Interessen der GKV nicht vereinbar wäre. Bei den Investitionskostenzuschlägen sieht die Situation jedoch ganz anders aus. Hier hat die asymmetrische Behandlung der Kostenträger für die PKV in der Vergangenheit erhebliche Konsequenzen gehabt. Die GKV konnte mit einem nicht geförderten Krankenhaus nämlich Zuschläge vereinbaren, die von ihr überhaupt nicht oder nur zum Teil gezahlt wurden, wohingegen die PKV in vollem Umfang zur Zahlung verpflichtet ist. Das ist eine offensichtliche Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der Selbstzahler. Es stellt sich die Frage, ob das neue DRG-System dieser Ungleichbehandlung ein Ende bereitet. Im Anschluss an eine Übergangsphase wird sich der Preis einer DRG ermitteln als das Produkt aus einem bundesweiten und einem landesspezifischen Wert. Aus der Sicht der PKV ist das neue DRG-System nicht vereinbar mit einer asymmetrischen Behandlung der Kostenträger, so dass der auf diese Weise ermittelte Wert einer DRG gleichermaßen bindend sein muss für alle Kostenträger. In dem neuen Krankenhausentgeltgesetz werden alle möglichen Zuschläge auf DRGs und alle zugelassenen Zusatzentgelte abschließend aufgelistet. Besondere Investitionskostenzuschläge für spezifische Kostenträger sind aus unserer Sicht nicht ableitbar. Gleichwohl wäre es wünschenswert, wenn das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sich möglichst bald in unserem Sinne hierzu äußert, damit die Schiedsstellen und Genehmigungsbehörden mit Klarheit in die Zukunft blicken können. Eins darf jedoch jetzt schon als sicher angenommen werden: Bei Altinvestitionen, die noch unter den Bedingungen des alten Systems der Bundespflegesatzverordnung durchgeführt wurden, wird es bei einzelnen nicht geförderten Häusern in Zukunft für die PKV eine erhebliche Zahlungsentlastung geben. Hierzu gibt es eine klare Position des Ministeriums, die den Kostenträgern mit Schreiben vom 28.5.2003 mitgeteilt wurde. Der in der *Übersicht 1* beigefügte Aufsatz enthält eine ausführliche Diskussion der Investitionskostenproblematik.

c) Krankenhausentgelte

Um die Abrechnungsprüfung der Mitgliedsunternehmen zu unterstützen, wird im PKV-Verband eine umfangreiche Datenbank für den stationären Bereich unterhalten. Die hier zur Verfügung gestellten Daten werden sowohl durch regelmäßige Befragungen der Krankenhäuser als auch durch Genehmigungsbescheide gewonnen. Zusätzlich wird auch die Beurteilung der Kliniken nach den Musterbedingungen des Verbandes eingepflegt. Unter der Internetadresse www.pkv-krankenhaus-welt.de stehen diese Daten auch der Öffentlichkeit zur Verfügung. Die Anzahl der der BpflV bzw. dem KHEntgG unterliegenden Häuser beträgt ca. 2.250. Im Laufe des Jahres 2003 sind ca. 1.000 Krankenhäuser auf die DRG-Systematik umgestiegen, die die bisherige aus Basispflegesätzen, Abteilungspflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen bestehende Entgeltstruktur unter den Bedingungen des KHEntgG ablöst. Grundsätzlich beruht die DRG-Systematik abrechnungstechnisch auf einem Basisfall-

Krankenhaus-
Datenbank des
Verbandes

wert, der in den Jahren 2003 und 2004 aus dem krankenhausindividuellen Budget abgeleitet wird. Die jeweils konkrete Rechnung der Krankenhausleistung ermittelt sich dann aus dem bundeseinheitlichen Relativgewicht, d.h. als Quote dieses Basisfallwertes. Zur Prüfung der Entgelte der allgemeinen Krankenhausleistung werden in der Krankenhaus-Datenbank des Verbandes neben den genehmigten Basisfallwerten sämtliche Entgelte im Sinne der §§ 6 und 7 KHEntgG erfasst.

Auswertung der Basisfallwerte

Eine erste Auswertung der Basisfallwerte zeigt zum Jahresende 2003 einen Bundesdurchschnitt von 2.560 Euro (vgl. *Übersicht 2*). Dabei beträgt der durchschnittliche Basisfallwert für das Beitrittsgebiet ca. 2.630 Euro und für das übrige Bundesgebiet ca. 2.550 Euro. Für die einzelnen Bundesländer bewegen sich die durchschnittlichen Basisfallwerte zwischen ca. 3.160 Euro für das Saarland und ca. 2.330 Euro für Nordrhein-Westfalen. Die durch die Datenbank des PKV-Verbandes dargestellten Basisfallwerte enthalten regelmäßig auch die über die Budgets der einzelnen Krankenhäuser abzuwickelnden Finanzierungsausgleiche für die Vorjahre, da auch diese Größe Abrechnungsrelevanz erlangt. Der Basisfallwert ergibt sich grundsätzlich krankenhausindividuell aus der Division des Budgets durch die Summe der Bewertungsrelationen der vereinbarten Behandlungsfälle. Das bedeutet, dass sowohl das Budget als auch die zur Ermittlung der Bewertungsrelationen notwendige Kodierung der Behandlungsfälle Einfluss nimmt auf den Basisfallwert. Werden somit mehr Fälle mit höherem Relativgewicht vereinbart, fällt tendenziell der Basisfallwert und umgekehrt. Größere finanzielle Bedeutung erlangt die Höhe des Basisfallwertes ab dem Jahr 2005, wenn im Rahmen der Konvergenzphase die schrittweise Abkehr vom krankenhausindividuellen Budget hin zu einem durch den jeweiligen Landesbasisfallwert bestimmten Budget vollzogen wird. Für die PKV bedeutsam ist, dass in den Jahren 2003 und 2004 die Umstellung auf die DRG-Systematik budgetneutral erfolgt. Damit enthalten auch die Basisfallwerte die für die Wahlleistung Unterkunft wichtige pauschale Kostenausgliederung im Sinne von § 7 Abs. 2 Nr. 7 BPflV. Auch wenn die Bezugsgröße Unterkunft im Rahmen der DRG-Systematik selbst nicht mehr zu ermitteln ist, wirkt aufgrund der Budgetneutralität die pauschale Kostenausgliederung budgetreduzierend fort. Faktisch werden auf diese Weise auch in den Jahren 2003 und 2004 die Mindestpreise für die Inanspruchnahme von Ein- und Zweibettzimmern vorgegeben. Die regelmäßig über dem Mindestpreis liegenden Entgelte für die Wahlleistung Unterkunft werden zunehmend durch die Gemeinsame Empfehlung zwischen DKG und PKV-Verband in Abhängigkeit von der gegenüber der Standardunterbringung verbesserten Unterbringungsleistung bestimmt. Insgesamt erklärt sich die relativ geringe Entwicklung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge im Vergleich der Jahre 2002 zu 2003 dadurch, dass die Gemeinsame Empfehlung zwischen DKG und PKV-Verband mit Wirkung ab 1.8.2002 geschlossen wurde und in die Statistik beider Jahre zunehmend die ab diesem Zeitpunkt gültigen Entgelte Eingang fanden. Die Darstellung der Ein- und Zweibettzimmer berücksichtigt zudem nicht die Preise für den Fall, dass das Krankenhaus als Standardunterbringung

überwiegend Zweibettzimmer anbietet. Durchschnittlich werden im Jahr 2003 bei Regelleistung Zweibettzimmer für die Wahlleistung Einbettzimmer 56,64 Euro berechnet, für zusätzliche Komfortangebote im Zweibettzimmer bei Regelunterbringung Zweibettzimmer werden durchschnittlich 21,66 Euro in Rechnung gestellt.

In den *Übersichten 3 und 4* ist die Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge in der Gegenüberstellung der Jahre 2002 und 2003 dargestellt. Der Bundesdurchschnitt für den Einbettzimmerzuschlag beträgt in beiden Jahren ca. 85 Euro und für den Zweibettzimmerzuschlag ca. 45 Euro. Während der Einbettzimmerzuschlag im Beitrittsgebiet für die Jahre 2002 und 2003 durchschnittlich bei ca. 68 Euro liegt, beläuft sich der Zweibettzimmerzuschlag auf ca. 33 Euro. Die Preisspanne der durchschnittlichen Einbettzimmerpreise bewegt sich im Jahr 2003 zwischen 96,68 Euro im Bundesland Bremen und 62,80 Euro im Freistaat Sachsen. Beide Bundesländer bieten auch im Bereich der durchschnittlichen Zweibettzimmerzuschläge die Eckwerte mit 50,84 Euro für Bremen und 31,53 Euro für Sachsen.

Auswertung der
Ein- und Zweibett-
zimmerzuschläge

Investitionskosten bei nicht geförderten Krankenhäusern – Vereinbarung und Genehmigung: Zahlen muss die PKV

In der Vergangenheit war es gängige Praxis, die Selbstzahler mit Investitionskostenzuschlägen auf die Krankenhausentgelte zu belasten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung entweder überhaupt nicht oder nur zum Teil gezahlt werden mussten. Diese Vorgehensweise steht im krassen Widerspruch zu dem fundamentalen Prinzip der Einheitlichkeit der Krankenhausentgelte für alle Benutzergruppen. Endet mit der Einführung des neuen DRG-Systems endlich eine alte und eklatante Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der PKV?

Die laufenden Betriebskosten eines Krankenhauses werden über die Benutzerentgelte finanziert. Anders ist es bei den Investitionen. Im Fall der so genannten geförderten Häuser werden diese im Wesentlichen vom jeweiligen Bundesland übernommen. Die genaue Abgrenzung zwischen dem Pflegesatzbereich und den über Fördermittel zu finanzierenden Investitionen ist im Einzelfall äußerst komplex und Gegenstand der Abgrenzungsverordnung. Hier genügt es, sich zu vergegenwärtigen, dass Abschreibungen sowie Zinsen für Fremdkapital und entgangene Zinsen für verwendetes Eigenkapital die Höhe der Investitionskosten bestimmen.

In einer zweiten Gruppe von Kliniken, den nicht geförderten Häusern, wurden die Investitionskosten bislang über Zuschläge auf die Krankenhausentgelte finanziert. Grundlage hierfür war § 8 Abs. 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), der für nicht geförderte Kliniken bestimmt: „Investitionskosten werden anteilig den tagesgleichen Pflegesätzen und den Fallpauschalen zugerechnet.“ Einzelheiten werden in der BPfIV nicht spezifiziert. Das war den Vertragspartnern im Pflegesatzbereich überlassen. Die PKV ist bis heute in diesen Verhandlungen nicht Vertragspartei, das heißt, die Pflegesatzvereinbarung kommt nur zwischen Krankenhaus und GKV zu Stande. Eine Unterschrift der PKV ist nicht erforderlich.

Durch diese asymmetrische Behandlung der Kostenträger ist die PKV in eine überaus ungünstige Position geraten. Qua Gesetz oblag der GKV nämlich nicht nur das Aushandeln von Zuschlägen mit einem Krankenhaus, sondern sie konnte auch bis zu einem gewissen Grad ausschließen, dass sie mit diesen Zuschlägen belastet wird. Die Selbstzahler hingegen mussten immer und in voller Höhe die Zuschläge zahlen. Dies sei nun genauer betrachtet, indem mit einem Blick zurück in die (einfache) Welt des allgemeinen Pflegesatzes begonnen wird. Wie sich zeigen wird, haben sich die damaligen Wettbewerbsverzerrungen mit Einführung des Fallpauschalensystems der BPfIV noch verstärkt.

Von der Welt des allgemeinen Pflegesatzes . . .

Vor 1995 gab es im Wesentlichen nur den allgemeinen Pflegesatz als Krankenhausentgelt. Nachdem sich Krankenhaus und GKV über die Höhe der Investitionskosten geeinigt hatten, war ein Zuschlag auf den allgemeinen Pflegesatz zur Finanzierung dieser Investitionskosten zu bestimmen. Das Krankenhaus erhielt also pro Berechnungstag eine anteili-

lige Zahlung auf die Investitionskosten. Grob gesprochen ergab sich am Ende des Budgetjahres aus der Summe dieser Zahlungen der vereinbarte Investitionskostenbetrag. Nun enthält § 17 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) das grundlegende Prinzip der Einheitlichkeit der Krankenhausentgelte, das offensichtlich unterlaufen würde, könnte ein Kostenträger die Zahlung dieses Zuschlages umgehen. Man sollte also annehmen, dass nach Genehmigung der Pflegesatzvereinbarung für das Krankenhaus durch das zuständige Landessozialministerium tatsächlich auch alle Kostenträger mit diesem Zuschlag auf den allgemeinen Pflegesatz konfrontiert waren.

Doch derselbe Paragraph des KHG, der in Absatz 1 die Einheitlichkeit der Entgelte postuliert, ermöglicht der GKV in einem anderen Absatz genau das, was Absatz 1 ausschließt. Gemäß Absatz 5 des § 17 KHG braucht die GKV nämlich für ein nicht gefördertes Krankenhaus keine höheren Pflegesätze zu zahlen als sie für Leistungen vergleichbarer und voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten hat. Für die PKV gilt diese Regelung des § 17 Abs. 5 KHG jedoch nicht. Man kann deshalb die Auffassung vertreten, dass das Gesetz in diesem Punkt nicht widerspruchsfrei ist. Wie dem auch sei, die GKV konnte jedenfalls eine Kappung des mit dem Krankenhaus ausgehandelten Zuschlages vornehmen, sofern es ein vergleichbares gefördertes Krankenhaus gab, dessen allgemeiner Pflegesatz kleiner war, als der um den Zuschlag erhöhte allgemeine Pflegesatz des nicht geförderten Hauses.

Die gesetzlichen Regelungen waren für die PKV aber noch aus einem weiteren Grund problematisch. Ein Beispiel soll das verdeutlichen. Angenommen, der allgemeine Pflegesatz eines nicht geförderten Hauses betrug 230 Euro, und die von dem Haus vorgenommenen Investitionen hätten hierauf einen Zuschlag von 50 Euro gerechtfertigt, dann hätte die GKV eigentlich 280 Euro pro Berechnungstag zahlen müssen. Konnte sie jetzt aber auf ein vergleichbares gefördertes Haus hinweisen, das einen allgemeinen Pflegesatz von, sagen wir, 250 Euro hatte, dann brauchte sie unter Verweis auf § 17 Abs. 5 KHG auch nur diesen Betrag an das nicht geförderte Haus zu zahlen. Es stellt sich naturgemäß die Frage, von wem der verbleibende Restbetrag in Höhe von 30 Euro pro Berechnungstag zu übernehmen war. Es ist davon auszugehen, dass bis zum BGH-Urteil vom 4.8.2000 der Bereich der Wahlleistung Unterkunft hier einbezogen wurde. Mit anderen Worten: Die PKV hat über die Zimmerzuschläge auch einen Teil der Investitionskosten finanzieren müssen.

... zum Fallpauschalensystem der BPfIV

Diese Benachteiligung wurde mit der Einführung des Fallpauschalenkataloges der BPfIV im Jahre 1995 noch verschärft. Man erinnere sich, dass sich der abrechenbare Betrag einer Fallpauschale aus der Multiplikation einer bundeseinheitlichen Punktzahl mit einem landesspezifischen Punktwert ergibt. Alle Krankenhäuser eines Bundeslandes bekommen deshalb denselben Betrag für eine Fallpauschale erstattet. Das heißt aber konkret, dass die GKV aufgrund von § 17 Abs. 5 KHG für Zuschläge auf die Fallpauschalen nicht aufkommen musste. Bindend war für diese vielmehr nur der landeseinheitlich festgelegte Preis einer Fallpauschale, der dem Preis des vergleichbaren geförderten Krankenhauses entspricht. Nichtsdestotrotz wurden zwischen (nicht geförderten) Krankenhäusern und der GKV solche Zuschläge regelmäßig verhandelt, die dann aber ausschließlich die PKV zu zahlen hatte.

Es sei an dieser Stelle nicht verschwiegen, dass keineswegs bei allen nicht geförderten Häusern Zuschläge auf die Fallpauschalen erhoben wurden. Dem PKV-Verband sind Pflegesatzabschlüsse bekannt, die zeigen, dass es auch anders geht. Das ändert jedoch nichts daran, dass das alte Krankenhausrecht ein Procedere bei der Berechnung der Investitionskostenzuschläge ermöglichte, das für die PKV nicht akzeptabel und gesundheitsökonomisch auch nicht zu rechtfertigen war.

DRGs ersetzen die alten . . .

Im Berichtsjahr ist erstmalig das neue System der Diagnosis Related Groups (DRG) bei einer Anzahl von Krankenhäusern zur Anwendung gekommen; im Laufe des Jahres 2004 sollen fast alle Krankenhausleistungen über DRGs abgerechnet werden, so dass es nach Abschluss einer Übergangsphase praktisch keine tagesgleichen Pflegesätze und auch nicht mehr die Fallpauschalen und Sonderentgelte der BPfIV geben wird. Es ist zu fragen, ob die beschriebene Zuschlagspraxis für Fallpauschalen auch bei den DRGs, die ja Behandlungskosten für spezifische Fälle verweildauerunabhängig und damit pauschal erstatten, fortgeführt werden kann. Hierzu muss man wissen, dass sich der Preis einer DRG aus der Multiplikation einer bundeseinheitlichen Bewertungsrelation mit einer krankenspezifischen Basisfallrate ergibt, wobei sich die Basisfallraten der einzelnen Krankenhäuser bis zum Jahr 2007 landesspezifischen Basisfallraten anzupassen haben. Ab dem Jahr 2007 ergibt sich damit eine Preisberechnung für DRGs, wie wir sie von den Fallpauschalen der BPfIV her kennen. Sollte sich an den derzeitigen Verfahrensweisen nichts ändern, hieße dies, dass spätestens ab dem Jahr 2007 die Investitionskosten nicht geförderter Häuser vollständig von der PKV zu tragen wären.

. . . Entgelte der BPfIV

Im Zusammenhang mit dem anstehenden Systemwechsel bei der Vergütung von Krankenhausleistungen stellt sich eine weitere Frage: In welcher Höhe dürfen Investitionen, die vor dem 1.1.2003 durchgeführt wurden (d.h. "Alt-Investitionen"), überhaupt zukünftig geltend gemacht werden? Dies ist a priori keineswegs klar, denn die Finanzierungsasymmetrie der Vergangenheit hat auch in den Bescheiden der Genehmigungsbehörden ihren Niederschlag insofern gefunden, als die von der PKV allein geleisteten Zahlungen sich dort oftmals gar nicht wiederfinden. Anders ausgedrückt ermittelt sich das genehmigte Investitionsvolumen häufig nur auf Basis derjenigen Zuschläge, die sowohl für die PKV als auch für die GKV bindend sind, so dass dieses kleiner als die tatsächlichen Einnahmen eines Krankenhauses aus allen Zuschlagszahlungen ist.

Zwischen alt und neu . . .

Ein Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung an die Kostenträger vom 28.5.2003 zu den Alt-Investitionen lässt hoffen, dass sich die Sachlage grundlegend ändern wird. Unter Bezugnahme auf zwei konkrete Fälle stellt das Ministerium fest, dass nur das in der Vergangenheit auch genehmigte Investitionsvolumen zugunsten des Krankenträgers fortgeschrieben werden könne. Das entspricht dem Grundgedanken des budgetneutralen Umstiegs und ist zweifellos ein richtiger Schritt in

Richtung Gleichbehandlung der Kostenträger, der für die PKV bei einzelnen nicht geförderten Häusern eine erhebliche Zahlungsentlastung zur Folge haben wird. Des Weiteren führt das Ministerium aus, dass sich die genehmigten Investitionskosten in den Verrechnungspreisen der neuen DRG-Fallpauschalen nur über eine entsprechende Erhöhung der Basisfallrate wiederfinden können. Dies ist eine für die PKV wichtige Aussage, denn alle Kostenträger werden gleichermaßen mit dieser Basisfallrate konfrontiert sein.

Zu wünschen ist, dass die künftige Schiedsstellen- und Genehmigungspraxis bei den Alt-Investitionen diese Sicht bekräftigt. Zusammen mit einer analogen Handhabung bei den Neu-Investitionen ab Januar 2003 würde dies bedeuten, dass eine alte Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der PKV ihrem Ende entgegengehe.

... wird es noch eine Übergangsphase geben

Tatsächlich legt das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in seinen Paragraphen 3 Abs. 5 und 4 Abs. 8 fest, dass Neu-Investitionen der Jahre 2003 bis 2006 unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Erhöhung der Basisfallrate eines Krankenhauses führen können und damit zu einer entsprechenden Erhöhung des für alle Kostenträger bindenden Preises einer DRG. Zu Investitionen ab dem Jahr 2007 sagt das KHEntgG zwar nichts, doch muss am Ende der Übergangsphase ein System stehen, das keine asymmetrische Belastung der Kostenträger mehr zulässt. Da es ab dem Jahr 2007 keine Differenz zwischen hausindividuellem und landesweitem Basisfallwert mehr geben wird, ist somit auch die Finanzierung der Neuinvestitionen über den einheitlichen Basisfallwert abgeschlossen. Zusammenfassend kann deshalb gesagt werden: Ab 2007 werden alle Krankenhäuser eines Landes mit demselben Basisfallwert konfrontiert sein. Der Preis, den sie für eine Leistung erhalten, ergibt sich aus der Multiplikation des Basisfallwertes mit der im Krankenhausrecht bundeseinheitlich festgelegten Bewertungsrelation für diese Leistung. Mit diesen Preisen werden Kostenträger und Krankenhäuser gleichermaßen zu kalkulieren haben.

Gravierende Ungleichbehandlung von ...

Dieser Artikel hat sich nur auf die Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der PKV innerhalb der Gruppe der nicht geförderten Krankenhäuser konzentriert. Ein anderes Problem ist das der Wettbewerbsungleichheit zwischen geförderten und nicht geförderten Krankenhäusern aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungspraxis bei den Investitionskosten, doch würde dies in das weite Feld monistischer und dualistischer Krankenhausfinanzierung führen.

... geförderten und nicht geförderten Kliniken

Der Begriff „Nicht-gefördert“ wurde hier nicht spezifiziert. Ob ein Krankenhaus gefördert wird oder nicht, ist in § 5 KHG geregelt und hängt von verschiedenen Kriterien ab, beispielsweise vom Anteil der GKV-Patienten an der Gesamtbelegung. Diese teilweise sehr speziellen Voraussetzungen für die Förderfähigkeit spielen für das dargestellte Problem jedoch keine Rolle. Von Bedeutung ist hier lediglich der quantitative Aspekt: Zwar ist die Mehrzahl der Häuser gefördert, jedoch stellen die nicht geförderten Häuser keineswegs einen vernachlässigbaren Anteil in der Krankenhauslandschaft dar.

Basisfallwerte 2003

Bundesgebiet	2.560,00 Euro
Alte Bundesländer (mit Berlin)	2.549,54 Euro
Neue Bundesländer	2.626,31 Euro
Baden-Württemberg	2.694,96 Euro
Bayern	2.334,61 Euro
Berlin	3.128,54 Euro
Bremen	2.784,94 Euro
Hamburg	2.648,78 Euro
Hessen	2.802,02 Euro
Niedersachsen	2.620,37 Euro
Nordrhein-Westfalen	2.333,38 Euro
Rheinland-Pfalz	2.856,81 Euro
Saarland	3.158,69 Euro
Schleswig-Holstein	2.534,60 Euro
Brandenburg	2.497,73 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	2.446,37 Euro
Sachsen	2.560,84 Euro
Sachsen-Anhalt	2.803,78 Euro
Thüringen	2.689,70 Euro

**Einbettzimmerzuschlag im Jahresdurchschnitt 2003
im Vergleich zum Vorjahr**

	2002 in Euro	Einbettzimmer ohne RZ* 2003 in Euro	Veränderung in Prozent
Bundesgebiet	84,87	85,15	0,33
Alte Bundesländer (mit Berlin)	86,74	86,98	0,28
Neue Bundesländer	67,83	68,57	1,09
Baden-Württemberg	85,73	86,11	0,44
Bayern	85,05	85,05	0,00
Berlin	93,85	92,33	- 1,62
Brandenburg	64,11	66,32	3,45
Bremen	98,25	96,68	- 1,60
Hamburg	84,45	84,30	- 0,18
Hessen	84,00	83,94	- 0,07
Mecklenburg-Vorpommern	76,15	75,35	- 1,05
Niedersachsen	84,36	85,59	1,46
Nordrhein-Westfalen	88,33	88,81	0,54
Rheinland-Pfalz	88,67	88,17	- 0,56
Saarland	90,40	92,89	2,75
Sachsen	61,86	62,80	1,52
Sachsen-Anhalt	68,66	68,97	0,45
Schleswig-Holstein	86,49	87,20	0,82
Thüringen	75,08	75,51	0,57

*RZ: Regelleistung Zweibettzimmer

**Zweibettzimmerzuschlag im Jahresdurchschnitt 2002
im Vergleich zum Vorjahr**

	Zweibettzimmer ohne RZ*		Veränderung in Prozent
	2002 in Euro	2003 in Euro	
Bundesweit	44,97	45,04	0,16
Alte Länder	46,28	46,35	0,15
Neue Länder	33,00	33,19	0,58
Baden-Württemberg	43,17	43,54	0,86
Bayern	46,37	46,19	- 0,39
Berlin	44,96	45,25	0,65
Brandenburg	32,21	32,68	1,46
Bremen	51,76	50,84	- 1,78
Hamburg	42,54	42,51	- 0,07
Hessen	43,73	43,91	0,41
Mecklenburg-Vorpommern	35,14	34,17	- 2,76
Niedersachsen	44,82	45,07	0,56
Nordrhein-Westfalen	49,16	49,24	0,16
Rheinland-Pfalz	46,30	46,00	- 0,65
Saarland	45,71	46,66	2,08
Sachsen	31,25	31,53	0,90
Sachsen-Anhalt	32,17	32,52	1,09
Schleswig-Holstein	47,77	47,98	0,44
Thüringen	36,70	37,05	0,95

*RZ: Regelleistung Zweibettzimmer

IV. Private Pflegepflichtversicherung

1. Beiträge

Zum 1.1.2003 wurde eine Neukalkulation der Beiträge wirksam. Sie war erforderlich geworden, weil die Beobachtung der Schadenentwicklung niedrigere Schadenssummen je Versicherten ergeben hatte als bisher angenommen. Außerdem hatten sich erneut erhebliche Überschüsse in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelt, die beitragsermäßigend zu berücksichtigen waren. Als weiterer beitragsenkender Aspekt machte sich schließlich der Umstand bemerkbar, dass die Gruppe der pflegenahen Jahrgänge und der bei Einführung der Pflegeversicherung bereits Pflegebedürftigen, die seit 1995 keine oder keine ausreichenden Alterungsrückstellungen aufbauen konnten, spürbar kleiner geworden war.

Neukalkulation zum
1.1.2003

Beitragssteigernd machte sich demgegenüber die erneut gestiegene Lebenserwartung bemerkbar. Bei der Neukalkulation wurde daher eine veränderte Sterbetafel berücksichtigt.

Insgesamt ergab sich, dass die Beiträge für den Bestand zum dritten Mal seit Einführung der Pflegeversicherung gesenkt werden konnten, und zwar um ca. 15 Prozent in Tarifstufe PVN und ca. 1,5 Prozent in Tarifstufe PVB. Die sehr unterschiedliche Beitragssenkung für Versicherte mit und ohne Beihilfeanspruch im Pflegefall spiegelt die unterschiedliche Schadenentwicklung in den beiden Tarifvarianten wider.

Die Neukalkulation trifft alle Versicherten, hat aber nicht bei allen Auswirkungen auf die zu zahlenden Beiträge. Einen niedrigeren Versicherungsbeitrag als vorher zahlten nur diejenigen Versicherten, deren Beitrag bisher schon niedriger als der Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung lag. Für viele ältere Versicherte, deren rechnerisch erforderlicher, dem Eintrittsalter entsprechender Beitrag nach § 110 SGB XI auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung gekürzt war, konnte sich die Neukalkulation nicht beitragsenkend bemerkbar machen. Für sie ergibt sich aus der Neukalkulation, dass sich der Subventionsbedarf für ihren Beitrag reduziert hat.

Auswirkung auf die
Zahlbeträge

Unabhängig von der Neukalkulation hat sich der Zahlbetrag für ältere Versicherte, deren Beitrag auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt ist, sogar leicht erhöht. Er betrug für Versicherte ohne Beihilfeanspruch im Pflegefall seit dem 1.1.2003 monatlich 58,66 Euro (2002: 57,38 Euro) und für Versicherte mit Beihilfeanspruch monatlich 23,46 Euro (2002: 22,95 Euro). Der Höchstbeitrag ergibt sich aus der für 2003 gültigen Beitragsbemessungsgrenze von 3.450 Euro und dem gesetzlichen Beitragssatz von 1,7 Prozent.

Höchstbeitrag
der sozialen
Pflegeversicherung

Anwartschafts- versicherung

Für die Anwartschaftsversicherung waren im Jahr 2003 die Beiträge unverändert. Sie betragen einschließlich maximaler Kostenzuschläge in Tarifstufe PVN 4,60 Euro und in Tarifstufe PVB 3,58 Euro. Die von den Versicherungsunternehmen erhobenen Beiträge konnten wegen abweichender Kostensätze niedriger ausfallen.

Versicherungspflicht von Beamten

Auch nicht krankenversicherte Beihilfeberechtigte sind nach § 23 Abs. 3 SGB XI zum Abschluss eines anteiligen beihilfekonformen Versicherungsvertrages verpflichtet. Die Versicherungsunternehmen unterliegen nach § 110 Abs. 1, 2 SGB XI einem entsprechenden Kontrahierungszwang. Dies hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 12.2.2004 – Az.: B 12 P 3/02 R – festgestellt. Die gegenteilige Auffassung ging davon aus, § 23 Abs. 3 SGB XI erfasse nur die privat krankenversicherten Beihilfeberechtigten.

2. Pflegegesetzgebung

Reform der Pflegeversicherung „Rürup“- Kommission

Am 28.8.2003 hat die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission zur Reform der sozialen Sicherungssysteme unter Leitung von Prof. Bert Rürup ihren Abschlussbericht vorgelegt. Sie spricht sich dafür aus, die soziale Pflegeversicherung als Sozialversicherung zu erhalten und zu modernisieren. Im Rahmen eines „intergenerativen Lastenausgleichs“ sollen Rentner einen zusätzlichen „Ausgleichsbeitrag“ von zunächst zwei Prozent zahlen, der nicht paritätisch finanziert wird. Der SPV-Beitragssatz könnte dadurch zunächst auf 1,2 Prozent gesenkt werden („Grundbeitrag“). Der Beitragssatz bliebe für „Nicht-Rentner“ jedoch dauerhaft 1,7 Prozent. Die Differenz zu 1,7 Prozent werde benutzt, um für diesen Personenkreis bei den Rentenversicherungsträgern eine individuelle Rückstellung zu bilden. Bei späterem Rentenbeginn werde daraus eine Leibrente gezahlt. Sowohl der Grundbeitrag als auch der Ausgleichsbeitrag stiegen bis 2030 wieder an. Spätere Rentnergenerationen erhielten nach Rürup dafür aber auch höhere Leibrenten. Unter Berücksichtigung der Leibrente bleibe dadurch der SPV-Beitragssatz für die Versicherten konstant bei 0,85 Prozent bzw. für Rentner bei Rentenbeginn 2,6 Prozent (jeweils Eigenanteil). Im Leistungsbereich sieht der Vorschlag für ambulante und stationäre Pflege künftig einheitliche Beiträge vor. Die Leistungssätze sollen jährlich um 2,25 Prozent angehoben werden.

„Herzog“- Kommission

Die Reformkommission „Soziale Sicherung“ der CDU unter Leitung des ehemaligen Bundespräsidenten Roman Herzog hat am 29.9.2003 ebenfalls Vorschläge zur Reform der Sozialversicherung vorgestellt. Sie sehen zum Teil einen radikalen Umbau der Sozialsysteme vor. Die Pflegeversicherung soll bis zum Jahr 2030 auf ein kapitalgedecktes System mit nach dem Eintrittsalter gestaffelten Beiträgen umgestellt werden. Zum Aufbau des Kapitalstocks wird der Beitragssatz auf 3,2 Prozent erhöht. Der spätere Beitrag soll nicht höher als 66 Euro liegen. Die kapitalgedeckte Versicherung könnte bei der GKV oder der PKV angesiedelt

werden und soll ohne Risikoprüfung, mit Kontrahierungszwang, geschlechtsunabhängig und mit beitragsfreier Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern, die Kinder erziehen oder Eltern pflegen, ausgestaltet sein. Ferner sind eine Dynamisierung der Pflegeleistungen und eine Aufwertung der häuslichen Pflege vorgesehen. Zur Finanzierung des Umbaus der Pflegeversicherung soll ein Urlaubs- oder Feiertag gestrichen werden.

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung (GVG) hat am 11.11.2003 in Berlin ihr Papier zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vorgestellt. Die in der GVG vertretenen Organisationen – Privat- und Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände – haben sich bei Fortbestehen der umlagefinanzierten Pflegeversicherung als Basisabsicherung für die Einführung einer davon getrennten Ergänzungsversicherung im Kapitaldeckungsverfahren ausgesprochen. Durch den Kapitalstock schafften die Versicherten selber Rücklagen für ihre im Alter benötigten Leistungen. Nachwachsende Generationen würden nicht belastet.

GVG-Papier und
Vorschlag der PKV

Der Bundesrat hatte unter seiner Drucksache 15/308 einen Gesetzentwurf von Bayern eingebracht, mit dem die Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegekassen bei der Hilfsmittelversorgung neu abgegrenzt werden sollten. Weiterhin sollte die Frage geregelt werden, welche Hilfsmittel das Pflegeheim vorzuhalten hat und welche Hilfsmittel die Heimbewohner und –bewohnerinnen von der Krankenversicherung beanspruchen können. Hierzu finden sich bislang weder im SGB XI noch im SGB V ausdrückliche Regelungen. Einem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen seit März 2002 zur Anwendung empfohlenen Abgrenzungskatalog fehlt die rechtliche Verbindlichkeit für alle Beteiligten. Gleichwohl ist der Gesetzentwurf auf Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit und soziale Sicherung vom Bundestag abgelehnt worden. Vor allem um die Unsicherheiten bei der Hilfsmittelversorgung im Pflegeheim zu beseitigen, hatte sich der Verband für eine gesetzliche Regelung ausgesprochen.

Hilfsmittel-
sicherungsgesetz
– HSG –

Das Gesetz zur Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch vom 24.7.2003 (BGBl. I, S. 1526) sieht in Artikel 2 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes vor. In § 193 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz wurden die Wörter „der Behörden,“ gestrichen. Die Durchsetzung eines Kostenerstattungsanspruchs gegen PPV-Versicherte im Rahmen einer Beitragsklage vor den Sozialgerichten ist dadurch erschwert worden, da eine Auslegung der Vorschrift zugunsten der privaten Versicherungsunternehmen, wie sie etwa das Bayerische Landessozialgericht in seinem Beschluss vom 12.12.2002 – Az.: 11 4 B 83/02 P – vorgenommen hat, künftig ausgeschlossen ist. In seiner Stellungnahme hat der Verband der Bundesregierung die Sondersituation der PPV noch einmal erläutert (vgl. RB 2002, S. 90). Dabei wurde – erfolglos – vorgeschlagen, die privaten Pflegeversicherungsunternehmen vom Ausschluss der Kostenerstattung nach § 193 Abs. 4 SGB ausdrücklich auszunehmen, sofern die

Kostenerstattung
im Sozialgerichts-
verfahren

Aufwendungen bei der Geltendmachung von Pflegeversicherungsbeiträgen entstehen. Aufgrund dieser Rechtslage waren die Versicherer dazu übergegangen, die Pauschgebühr als Verzugsschaden geltend zu machen, was jedoch vom Bundessozialgericht nicht anerkannt worden ist (Urteil vom 12.2.2004, B 12 P 2/03 u.a.).

**Kein Anwaltszwang
beim BSG**

Positiv zu vermerken ist die Änderung in § 166 Abs. 1 SGB durch das vorgenannte Gesetz. Danach können sich die privaten Pflegeversicherungsunternehmen wie die öffentlich-rechtlichen Leistungsträger auch künftig selbst vor dem Bundessozialgericht vertreten (vgl. auch BSG, Beschluss vom 28.5.2003, B 3 P 2/03 B).

**Einkommensgrenze
für Familienversicherung
und Beitragslimitierung**

Durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23.12.2002 „Hartz II“ (BGBl. I, S. 4621) ist mit Artikel 6 Nr. 1 § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI geändert worden. Für die private Pflegepflichtversicherung, die die beitragsfreie Versicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 SGB XI festgelegt, gewährleisten muss, bedeutet diese Änderung, dass Kinder auch dann beitragsfrei versichert sind, wenn sie mit einem Einkommen von bis zu 400 Euro geringfügig beschäftigt im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV sind. Für andere Einkunftsarten gilt als Einkommensgrenze für den Anspruch auf Familienversicherung auch weiterhin der Wert von einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, also 345 Euro im Jahr 2004 (Vorjahr: 340 Euro). Für die Beitragsbegrenzung der Ehegatten und Lebenspartner nach § 110 Abs. 1 Nr. 2 g SGB XI gelten die gleichen Einkommensgrenzen.

**Zuschuss zum Pflegeversicherungsbeitrag
aus der Rentenversicherung entfällt**

Das Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und andere Gesetze vom 27.12.2003 (BGBl. I, S. 3013) ändert § 59 Abs. 1 SGB XI in der Weise, dass die Pflegeversicherungsbeiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung von den Mitgliedern allein zu tragen sind. Für privat pflegeversicherte Rentner hat der Gesetzgeber das Gleiche durch die Streichung von § 106 a SGB VI erreicht. Sie erhalten damit keinen Zuschuss zur privaten Pflegepflichtversicherung mehr. Ein Widerspruch dagegen hat nach § 255 c SGB VI keine aufschiebende Wirkung. Die Änderungen traten am 1.4.2004 in Kraft.

**SGB II – Grundversicherung
für Arbeitssuchende**

Im Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003, „Hartz IV“ (BGBl. I, S. 2954), sieht Artikel 1, § 26 Abs. 2 SGB II vor, dass Bezieher von Arbeitslosengeld II (früher Arbeitslosenhilfe), die sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen oder nach § 23 Abs. 1 SGB XI in der PPV versichert sind, einen Beitragszuschuss erhalten. Der Zuschuss ist auf die Höhe des Beitrags begrenzt, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre. Nach Artikel 11 des Gesetzes sieht der neu gefasste § 20 Abs. 1 Nr. 1 a SGB XI Versicherungspflicht für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, vor. Die Regelungen treten am 1.1.2005 in Kraft.

Der Freistaat Bayern hat im Bundesrat einen weiteren Gesetzesantrag eingebracht, der zur Korrektur von Leistungverschiebungen bei häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz – PKG) führen soll (Bundestags-Drucksache 15/1493 vom 28.8.2003). Mit dem Gesetzentwurf soll die durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 30.10.2001 – B 3 KR 2/01 R) über die Erbringung von Leistungen der Behandlungspflege bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen ausgelöste Verschiebung von Leistungen der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung unterbunden werden. Außerdem sollen die durch die Rechtsprechung konkretisierten Kriterien für eine ausnahmsweise Berücksichtigung eines behandlungspflegerischen Hilfeaufwands bei der Einstufung in die Pflegeversicherung in das Pflegeversicherungsrecht übernommen werden. Der Gesetzentwurf ist am 6.11.2003 in erster Lesung beraten und an den Ausschuss für Gesundheit und soziale Sicherung und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen worden.

Pflege-Korrektur-
gesetz – PKG –

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 1996) wurden der geänderten Gesetzeslage angepasst. Die vom juristischen Treuhänder mit Schreiben vom 12.3.2003 gebilligte Fassung berücksichtigt Artikel 6 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23.12.2002 (BGBl. I, 2002, I, S. 4621, 4629), Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 9.9.2001 (BGBl. I, S. 2320, 2321) und Artikel 1 Nr. 6 d des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) vom 14.12.2001 (BGBl. I, S. 3728).

Allgemeine Versiche-
rungsbedingungen
– MB/PPV –

3. Medizinische Begutachtung der Antragsteller

Die Begutachtungen für die private Pflegepflichtversicherung werden von der MEDICPROOF – Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH, einem Tochterunternehmen des PKV-Verbandes – durchgeführt. Die gutachterlichen Untersuchungen erfolgen durch freie ärztliche Mitarbeiter. Deren Gutachten werden von sechs fest angestellten ärztlichen Mitarbeitern der MEDICPROOF GmbH auf formale Korrektheit und inhaltliche Plausibilität geprüft, gegebenenfalls in Abstimmung mit den externen Gutachtern optimiert und dann der zuständigen privaten Krankenversicherung zugestellt.

MEDICPROOF

Die Zeit zwischen Eingang des Begutachtungsauftrages bei der MEDICPROOF GmbH bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens hat im Jahr 2003 im Mittel 26 Tage bei ambulanter und 23 Tage bei stationärer Pflege betragen. Bei Verlegungen aus einem Krankenhaus in ein Pflegeheim erfolgt innerhalb von zwei Tagen eine vorläufige gutachterliche Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage ohne Einschaltung externer

Begutachtungsdauer

Gutachter; die Pflegestufe wird dann innerhalb von ca. sechs Wochen durch externe Gutachter im Pflegeheim überprüft.

Gutachter bei MEDICPROOF

Mit Stand vom 1.12.2003 waren 879 freie Mitarbeiter für die MEDICPROOF GmbH tätig, 810 Ärzte und 69 Pflegefachkräfte. Gemäß § 6 Abs. 2 MB/PPV 1996 erfolgt die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt, wohingegen Pflegefachkräfte mit Pflegeberatungen und zusätzlichen pflegefachlichen Stellungnahmen beauftragt werden.

Die Zahl der externen Gutachter richtet sich nach dem regionalen Aufkommen von Begutachtungen. Hieraus erklärt sich eine begrenzte Fluktuation der Zahl externer Gutachter. Die externen Gutachter werden zunächst alle vor Aufnahme der gutachterlichen Tätigkeit geschult und dann in regelmäßigen Intervallen in den spezifischen Belangen der Pflegeversicherung fortgebildet. Bei der Auswahl der externen Gutachter wird auf hohe Qualifikation geachtet, was sich in einem hohen Anteil von Fachärzten widerspiegelt:

Allgemeinmedizin	23%
Innere Medizin	15%
Arbeitsmedizin	13%
Chirurgie, Orthopädie	5%
Öffentliches Gesundheitswesen	6%
Neurologie, Psychiatrie	4%
Pädiatrie	3%
Sonstige Fachärzte	6%
Praktische Ärzte	25%

Begutachtungsrichtlinien

Grundlage der gutachterlichen Bewertung sind die Begutachtungsrichtlinien der gesetzlichen Pflegekassen. Diese wurden erstmals im Jahr 1997 novelliert. Seither sind für die verschiedenen Pflegebereiche (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) Zeitkorridore als Anhaltswerte vorgegeben, so dass sich durch Addition der Zeitwerte induktiv die Pflegestufen ergeben. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) werden Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, d.h. mit Demenzen, geistigen Behinderungen oder anderen psychischen Krankheiten, und daraus resultierendem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung seit 1.4.2002 zusätzliche Leistungen zur Verfügung gestellt. Entsprechend wurden die Begutachtungsrichtlinien um ein „Assessment“ zur Ermittlung des Betreuungsbedarfes erweitert.

Im Jahr 2003 wurden 92.529 Anträge auf Pflegeleistungen gutachterlich bearbeitet, je Gutachter monatlich also ca. neun Gutachten, so dass von der MEDICPROOF GmbH täglich etwa 370 Gutachtenverfahren zu koordinieren und zu überprüfen waren. Davon entfielen 26 Prozent auf die stationäre Pflege, 74 Prozent auf die ambulante Pflege. Täglich wird eine Zufallsstichprobe von 2 Prozent der Gutachten systematisch anhand einer Checkliste auf ihre Qualität geprüft; diese Qualitätskontrolle erfolgt zusätzlich bei allen Begutachtungen von Kindern unter zwölf Jahren. Die Gutachten werden erst dann der jeweiligen privaten Krankenversicherung zugeleitet, wenn Qualitätsdefizite bereinigt wurden.

Begutachtungsergebnisse

Als Ergebnis der gutachterlichen Beurteilung der Pflegestufen ergab sich für das Jahr 2003:

	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege
Erstbegutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit i.S. SGB XI	21,8 %	8,8 %
Pflegestufe I	50,4 %	38,0 %
Pflegestufe II	22,6 %	38,2 %
Pflegestufe III	5,2 %	15,0 %
Alle Begutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit i.S. SGB XI	14,4 %	3,8 %
Pflegestufe I	42,9 %	23,5 %
Pflegestufe II	32,1 %	46,2 %
Pflegestufe III	10,6 %	26,5 %

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 31.12.2003 1.690 Versicherte (711 (42 Prozent) Frauen, 979 (58 Prozent) Männer) als Härtefall anerkannt worden. Das Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung betrug 65 ± 21 (Mittelwert \pm Standardabweichung) Jahre. 12 Prozent waren jünger als 40 Jahre, 27 Prozent älter als 80 Jahre (Tabelle 1). Stationäre Pflege wurde häufiger als häusliche Pflege in Anspruch genommen:

Härtefälle

Geschlecht	Anzahl	Anteil	Alter (Mittelwert)	Alter (Standardabweichung)	Häusliche Pflege	Anteil	Stationäre Pflege	Anteil
insg.	1.690	100 %	65	21	693	41 %	997	59 %
m	979	58 %	61	20	443	45 %	536	55 %
w	711	42 %	70	22	250	35 %	461	65 %

Mit fast 85 Prozent waren Hirnkrankheiten die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit (siehe Schaubild IV). Hier standen – im Wesentlichen wie in den vergangenen Jahren – Demenzen (36 Prozent) im Vordergrund, gefolgt von apallischen Syndromen, amyotropher Lateralsklerose, ischämischen Schlaganfällen, der multiplen Sklerose und der Parkinson-Krankheit. Malignome (bösartige Tumoren) spielten mit insgesamt ungefähr 5 Prozent eine geringere Rolle.

In einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 1002 Fällen aus der gesamten privaten Pflegeversicherung trugen Erkrankungen des Nervensystems in Pflegestufe I mit 41 Prozent, in Stufe II mit 53 Prozent und in Stufe III mit 69 Prozent als führende, den Pflegebedarf begründende Diagnose bei, dabei die Demenzen in Pflegestufe I mit 17 Prozent, in Stufe II mit 23 Prozent und in Stufe III mit 36 Prozent.

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 bzw. bei stationärer Pflege auf 5 Prozent der Pflegestufe III zu begrenzen. Am Stichtag 31.12.2003 belief sich der Anteil im ambulanten Bereich auf 1,4 Prozent, im stationären Bereich auf 3,0 Prozent, so dass die gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind.

4. Recht der Versicherungsleistungen

Die Dritte Kammer des Bundesverfassungsgerichts hat in einem Beschluss vom 22.5.2003 – Az.: 1 BvR 1077/00 – festgestellt, dass der strenge Bezug des Begriffs der Pflegebedürftigkeit auf bestimmte Verrichtungen in § 14 Abs. 4 SGB XI und der dadurch bedingte Ausschluss des krankheitsbedingten Bedarfs an allgemeinen Betreuungs- und Hilfeleistungen in den Fällen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen nicht gegen Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz verstößt. Der 1937 geborene und in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Beschwerdeführer litt an einem Psychosyndrom mit Verwahrlosungsgefahr nach Korsakow infolge von Alkoholmissbrauch. Seit 1990 lebte er vollstationär in einem zugelassenen Pflegeheim. Die Kosten trug der Sozialhilfeträger. Der Beschwerdeführer hatte ohne Erfolg versucht, von einer Pflegekasse Leistungen bei vollstationärer Pflege zu erhalten. Auch vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit war er erfolglos geblieben. Die Ablehnung wurde jeweils

Unbeachtlichkeit
des allgemeinen
Beaufsichtigungsauf-
wands verstößt
nicht gegen Art. 3
Abs. 1 GG

darauf gestützt, dass der für die Pflegestufe I notwendige Hilfebedarf bei der Grundpflege von mehr als 45 Minuten wöchentlich im Tagesdurchschnitt nicht erreicht werde. Der Zeitaufwand, der für die allgemeine Beaufsichtigung des Beschwerdeführers anfalle, dürfe dabei nicht berücksichtigt werden. Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit würden für die stationäre Pflege keine Besonderheiten gelten. Die Verfassungsbeschwerde wurde nicht zur Entscheidung angenommen.

Im Verfahren B 12 P 2/02 vor dem Bundessozialgericht ging es der Klägerin darum, ob für sie Versicherungspflicht als Pflegeperson in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht (§ 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI). Die Klägerin war halbtags berufstätig und pflegte daneben ihre Mutter. Diese war in der privaten Pflegeversicherung versichert und bezog Leistungen nach der Pflegestufe I. Die Klägerin beantragte im Jahre 1998 bei der Pflegeversicherung (Beklagte) ihrer Mutter, für sie (die Klägerin) als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson Beiträge zur Rentenversicherung zu entrichten. Dieses wurde abgelehnt, weil die für die Rentenversicherungspflicht erforderliche Mindestdauer der Pflege von 14 Stunden wöchentlich nicht erreicht werde. Dabei sei nur der bei der Pflegebedürftigen anerkannte zeitliche Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) zu berücksichtigen, der auch für die Pflegestufen maßgeblich sei. Die Klägerin hat Klage erhoben und geltend gemacht, die 14 Stunden und damit Versicherungspflicht seien erreicht, wenn man, wie das geboten sei, zusätzlich die familiäre Pflege und Betreuung im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB XI wie die Begleitung bei Spaziergängen, gesellschaftlichen Veranstaltungen und Verwandtenbesuchen berücksichtige. Das Bundessozialgericht hat nicht in der Sache entschieden. Die Klage sei bereits unzulässig gewesen. Es sei zunächst eine Entscheidung des Rentenversicherungsträgers über die Versicherungspflicht der Klägerin als Pflegeperson in der Rentenversicherung erforderlich gewesen (Urteil vom 23.9.2003).

Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen

In mehreren Urteilen hat sich das Bundessozialgericht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern geäußert. Eine Leistungspflicht der Pflegeversicherung scheidet nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in diesen Fällen zwar von vornherein aus, die Entscheidungen werden aber hier behandelt, weil es um die Frage geht, ob bestimmte Hilfsmittel in die Versorgungszuständigkeit des Pflegeheims oder der Krankenkasse fallen.

Hilfsmittelersatz in Pflegeheimen

In zwei Entscheidungen vom 24.9.2002 – Az.: B 3 KR 15/02 R und B 3 KR 39/02 R – ging es um die Leistungspflicht für Wechsellagermatratzen, die auch als Dekubitusmatratzen bezeichnet werden. Das Gericht unterscheidet dabei zwischen Dekubitusmatratzen, die zur Behandlung und zur Nachsorge von akuten Dekubitalgeschwüren eingesetzt werden – die Finanzierungszuständigkeit liegt dann bei der Krankenkasse – und Dekubitusmatratzen, die allgemein der Prophylaxe dienen und wesentlich eine druckreduzierende Weichlagerung ermöglichen – in diesem Fall besteht

Dekubitusmatratzen

eine Vorhaltepflcht der Pflegeheime. Dekubitusmatratzen, die aus prophylaktischen Gründen eingesetzt werden, weil andernfalls die Entstehung eines Dekubitus unmittelbar droht, begründen ebenfalls eine Leistungspflicht der Krankenkasse. Allerdings muss es sich hier um entsprechend gefährdete Pflegebedürftige handeln und es müssen gesundheitliche Gründe gegeben sein, die eine konsequente Anwendung der erforderlichen Prophylaxe (Lagerung) nicht zulassen.

Ernährungspumpen

Auch für Ernährungspumpen besteht nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 6.6.2002 – Az.: B 3 KR 67/01 R – keine vorrangige Vorhaltepflcht des Heimträgers. Das Bundessozialgericht hat in diesem Urteil auch seine Sphärentheorie präzisiert, die es in den Rollstuhlurteilen vom 10.2.2000 aufgestellt hatte. Der Begriff der „Heimsphäre“ sei nicht rein räumlich dahin zu verstehen, dass alle Hilfsmittel aus der Leistungspflicht der Krankenkasse herausfielen, die nur innerhalb des Heims verwendet würden. Vom Heim vorzuhalten seien, soweit der Versorgungsvertrag nicht ausdrücklich eine entsprechende Heimausstattung vorschreibe, lediglich zur Durchführung von üblichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderliche Hilfsmittel. Das Gericht spricht sich dafür aus, hierzu auch Gegenstände zu rechnen, bei denen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen sei, ganz überwiegend aber die Pflege im Vordergrund stehe, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) nicht möglich sei, eine Rehabilitation daher nicht mehr stattfinde. Soweit der Senat in seinem Urteil vom 10.2.2000 ausgeführt habe, jeder Behinderte, der auf einen Rollstuhl angewiesen sei, das Heim aber nicht verlasse, sei vom Heimträger damit auszustatten, sei dies in der Weise einzuschränken, dass davon Menschen ausgenommen seien, die ihre Wege und Aufenthaltsorte zumindest innerhalb des Heims noch selbst bestimmten. Nach der von der privaten Krankenversicherung vertretenen Auffassung kommt es in diesem Fall darauf an, dass der Heimbewohner diesen Wunsch auch weitgehend selbständig umsetzen kann. Pflegeliegerollstühle (Schieberollstühle mit Rückenlehnenverstellung) gehören mithin regelmäßig zur Ausstattung des Heimes.

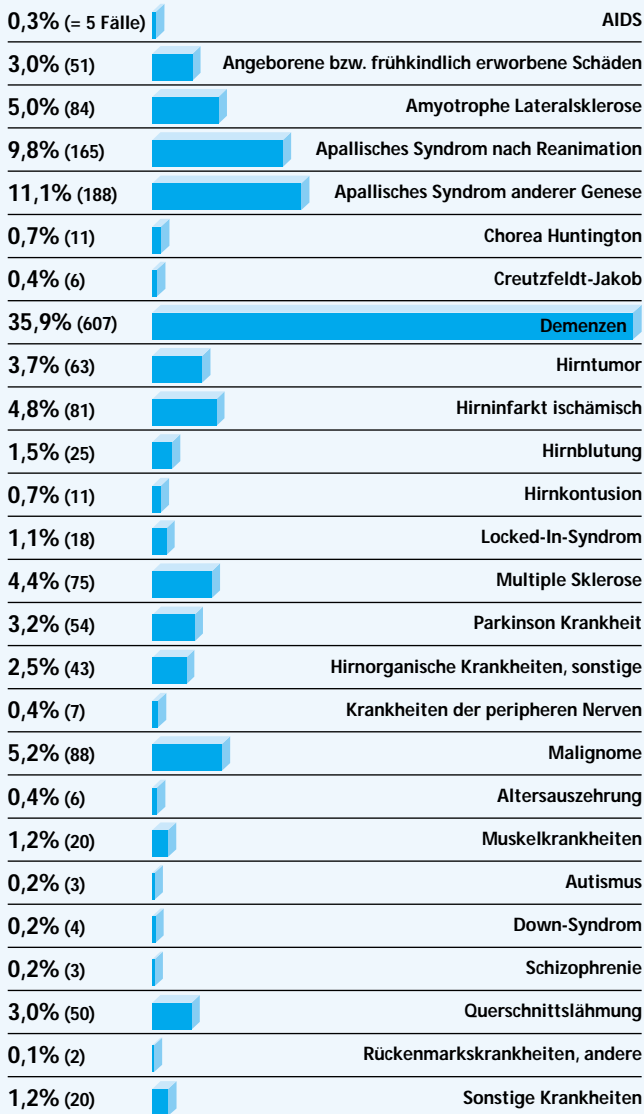
Abgrenzungskatalog

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben die aktuelle Rechtsprechung zur Hilfsmittelausstattung der Pflegeheime zum Anlass genommen, den dort bestehenden Abgrenzungskatalog zu überarbeiten. Der Abgrenzungskatalog, der ohne Mitwirkung der Leistungserbringer zustande gekommen ist, liegt in der Fassung vom 14.3.2003 vor.

Pflichtpflegeeinsatz bei häuslicher Pflege

In seinem Urteil vom 24.7.2003 – Az.: B 3 P 4/02 R – hat das Bundessozialgericht entschieden, dass Wohnungen verfassungsrechtlich vor staatlichen Eingriffen, z.B. in Form von Durchsuchungen, durch das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung in Artikel 13 Abs. 1 Grundgesetz geschützt sind. Versicherte der Pflegeversicherung, die Pflegegeld für selbst organisierte häusliche Pflege beziehen, haben dennoch in bestimmten Abständen einen Pflegeeinsatz im häuslichen Umfeld durch einen professionellen ambulanten Pflegedienst abzurufen, und zwar

Pflegebegründende Diagnosen



auch dann, wenn sich an ihrem Gesundheitszustand voraussichtlich nichts Wesentliches ändert. Denn der Pflegeeinsatz soll der Sicherung der Qualität der Pflege dienen, die auch durch Veränderungen im häuslichen Umfeld und bei der Pflegeperson gefährdet werden kann. Die Pflegekasse darf bei Weigerung der Abrufung des Pflegeeinsatzes auch das Pflegegeld kürzen und im Wiederholungsfall entziehen. Der damit verbundene Eingriff in das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung ist als verhältnismäßig hinzunehmen.

Verwendung von Ersparnissen für Heimkosten der Eltern

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs müssen Gutverdienende einen Teil ihres Einkommens für die Heim- und Pflegekosten ihrer Eltern aufbringen. Bei finanzieller Absicherung durch das Einkommen der Ehegatten über einen Selbstbehalt-Mindestbetrag hinaus steht der für die Vermögensbildung gedachte Teil (durchschnittlich 10 Prozent des Einkommens) grundsätzlich für den Unterhalt der Eltern zur Verfügung – Az.: XII ZR 69/01.

5. Beziehungen zu den Leistungserbringern

Finanzielle Misere der öffentlichen Haushalte

Ein dominierender Eindruck des Jahres 2003 waren die bundesweit spürbaren Probleme in den öffentlichen Haushalten. Diese Situation hatte erheblichen Einfluss auf das Tagesgeschäft der Leistungsanbieter und der Kostenträger. Fehlende bzw. restriktive Verhandlungsmandate, umfangreiche Rückspracheerfordernisse, nachträglich eingelegter Widerspruch u.ä. erschwerten und verzögerten das Verhandlungsgeschehen auf Seiten der Kostenträger in allen Ländern erheblich und führten teilweise zu nicht mehr nachvollziehbaren Entscheidungen. Irritationen zwischen Sozialhilfeträgern und den übrigen Kostenträgern waren die Folge. Die traditionell reibungslose Zusammenarbeit wurde einige Male hinterfragt und auf die Probe gestellt; allerdings konnte schließlich immer wieder ein gemeinsamer Nenner gefunden werden.

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen

Darüber hinaus ging es in diesem Jahr weiterhin um die Umsetzung des Pflegequalitäts-Sicherungsgesetzes (PQSG). Ein wichtiges Thema, das es in allen Ländern zu lösen galt, waren die ab 2004 verbindlichen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) gemäß § 80 a SGB XI. Nur in sehr wenigen Ländern konnte ein Konsens gefunden werden und damit den Verhandlungspartnern rechtzeitig eine LQV zur Verfügung gestellt werden. Für das Jahr 2004 sind daher möglicherweise einige Schiedsstellen zu diesem Thema gefordert, falls es nicht doch noch kurzfristig zu gemeinsamen Lösungen kommen sollte.

Personalrichtwerte versus Personalbedarfsermittlungsverfahren

Ein weiterer Sachverhalt, den es im Rahmen des PQSG zu beraten galt, war der in § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XI fixierte Auftrag zur Vereinbarung von landesweiten Personalrichtwerten bzw. alternativ zur Anwendung landesweiter Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs. Diese müssen in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI festgehalten werden, so dass es in diesem Zusammenhang zu Kündigungen oder Teilkündi-

gungen sowie im Anschluss zu Neuverhandlungen von Rahmenverträgen kam. In den meisten Fällen entschied man sich schließlich für die Festlegung von Personalrichtwerten in den Rahmenverträgen. Die Diskussion um Personalbedarfsermittlungsverfahren, bei der es zuletzt in der Regel um PLAISIR ging, wurde dagegen auf der Länderebene nicht mehr so engagiert betrieben wie in den Jahren zuvor. Hintergrund sind Probleme lizenzrechtlicher Art, die zunächst von den Gremien der Bundesebene gelöst werden müssen.

Die Empfehlung gemäß § 37 Abs. 5 SGB XI, die die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI thematisiert, ist mittlerweile fachlich geeinigt. Alle Beteiligten konnten sich schließlich auf das Erfordernis des Einsatzes von Pflegefachkräften zur Durchführung der Beratungsbesuche verständigen. Dissens besteht allerdings bezüglich der Höhe der vorgegebenen Vergütung der Beratungseinsätze, die laut Meinung der Leistungsanbieter bei gegebener, nunmehr festgelegter Qualität nicht ausreichend ist. Mitarbeiter des BMGS, die zu dieser Frage um Stellungnahme gebeten wurden, betonten, dass eine Streichung der im Gesetz genannten Beträge nicht vorstellbar sei. Die Vergütungen seien bewusst festgelegt worden und eine Preisfindung z.B. nach § 89 SGB XI nicht vorgesehen, um bundesweit die gleiche Qualität zum gleichen Preis zu gewährleisten.

Empfehlung gemäß § 37 Abs. 5 SGB XI

Auch die Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) dauerte während des Jahres 2003 an. Die einschlägigen Rechtsverordnungen gemäß §§ 45 b und 45 c SGB XI konnten nunmehr in vielen Ländern beschlossen werden. Allerdings gibt es immer noch einige wenige Länder, die hier noch gar nicht tätig geworden sind. Vor allen Dingen die Umsetzung der Verordnung gemäß § 45 c SGB XI wird immer noch sehr zögerlich angegangen. Sicherlich ist die zusätzliche finanzielle Belastung, die mit der Verpflichtung zur Modellförderung einhergeht, in dem Zusammenhang ein nicht unerheblicher Faktor. In Niedersachsen wurde darauf verwiesen, dass, nachdem eine Verordnung gemäß § 45 b SGB XI beschlossen worden war, eine weitere Umsetzung des PflEG nur im Einklang mit der Überarbeitung des Landespflegegesetzes vorstellbar sei.

Rechtsverordnungen gemäß §§ 45 b und 45 c SGB XI

Eine solche Novellierung ist auch in einigen anderen Ländern – wie z.B. in Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern – erfolgt. Hintergrund ist dabei u.a. ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.6.2001 – Az: B 3 P 9/00 –, das den wettbewerbsrechtlichen Charakter des SGB XI betont. Landespflegegesetze, die diesem Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen entgegenstehen, weil etwa eine Objektförderung vorgesehen ist, sollten daher überarbeitet werden und einer Subjektförderung den Vorrang geben. Die mit den Novellierungen der Landespflegegesetze darüber hinaus verfolgten Ziele sind in der Regel eine Entlastung der Kommunen, eine sinnvolle Förderung der Investitionen zur Komplettierung des Angebotes und eine nachhaltige Qualitätssicherung im Altenpflegebereich. Allerdings kommt es regelmäßig auch zu erheblichen Mehrbelastungen bei Einrichtungsbewohnern, auf deren Einkom-

Novellierung von Landespflegegesetzen

men und Vermögen verstärkt zurückgegriffen werden kann. Konsens besteht darüber, dass zeitgemäße, die aktuellen Rahmenbedingungen berücksichtigende Landespflegegesetze auch bedeutende ökonomische Effekte bewirken können. Diese These wurde durch eine von der Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Bremen in Auftrag gegebene Studie „Regionalökonomische Effekte von Investitionen im Pflegeheimsektor“ bestätigt.

Bemühen um Entbürokratisierung

Regelungswut und Bürokratie hatten während der vergangenen Jahre zunehmend um sich gegriffen. Nunmehr ist in verschiedenen Ländern das Bemühen erkennbar, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten. Die für die Kostenträger reizvolle Perspektive ist, auf diesem Weg bereits vorhandene und teilweise auch finanzierte Ressourcen in den Einrichtungen zu reaktivieren. In Niedersachsen wurde von der Landesregierung ein Projekt zur Entbürokratisierung und zur Harmonisierung der gesetzlichen Vorschriften des SGB XI und des Heimgesetzes angestoßen. Eine Bundesratsinitiative oder alternativ eine individuelle niedersächsische Regelung sind das Ziel.

Abrechnung krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen

Vor dem Hintergrund des Bundessozialgerichtsurteils vom 30.10.2001 – Az.: B3 KR 2/01 R –, das die Abrechnung krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen über das SGB XI ermöglichte, wurde weiterhin versucht, die erforderlichen Vergütungsregelungen zur Abrechnung solcher Leistungen in die bestehenden Leistungskomplexsysteme zu integrieren. Diese Verlagerung von Kosten hinein in den Regelungsbereich des SGB XI bewirkte in der Konsequenz eine stärkere Belastung der pflegebedürftigen Selbstzahler und der Sozialhilfeträger, die zudem länderindividuell sehr unterschiedlich ausfiel. Die Leistungsanbieter erreichten, dass Abhilfe über das GKV-Modernisierungsgesetz geschaffen wurde. Nachdem nach langer Zeit in den meisten Ländern Abrechnungsmöglichkeiten innerhalb des SGB XI für die Abrechnung der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen geschaffen werden konnten, laufen diese nun ins Leere, da ab dem Jahr 2004 ambulante behandlungspflegerische Leistungen, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Grundpflege erbracht werden, wieder über das SGB V abgerechnet werden müssen.

V. Rechnungslegungs-, Solvabilitäts- und Steuerfragen

1. Rechnungslegung

Die Verordnung (EG) Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 19.7.2002 betreffend die Anwendung internationaler Rechnungslegungsstandards (IAS-Verordnung) harmonisiert die Finanzinformationen, die von kapitalmarktorientierten Unternehmen vorzulegen sind. Ziel ist ein hoher Grad an Transparenz, um die Vergleichbarkeit der Abschlüsse zu gewährleisten. Die Vierte Richtlinie 78/660/EWG (Bilanzrichtlinie) des Rates vom 25.7.1978 sowie die Siebente Richtlinie 83/349/EWG (Konzernbilanzrichtlinie) des Rates vom 13.6.1983 (beide zuletzt geändert durch Richtlinie 2003/51/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18.6.2003 zur Änderung der Richtlinien 78/660/EWG, 83/349/EWG und 91/674/EWG) sind die Hauptinstrumente für die Harmonisierung der Rechnungslegung innerhalb der Europäischen Union. Diese geänderten Richtlinien enthalten Pflichten und Wahlrechte für die Mitgliedstaaten zur Anwendung der International Accounting Standards (IAS, zukünftig International Financial Reporting Standards – IFRS). Die Mitgliedstaaten müssen die notwendigen Rechts- und Verwaltungsvorschriften bis zum 1.1.2005 in Kraft setzen, um den Inhalten dieser Richtlinien zu entsprechen. Die Verordnung (EG) Nr. 1725/2003 der Kommission vom 29.9.2003 betreffend die Übernahme bestimmter internationaler Rechnungslegungsstandards in Übereinstimmung mit der Verordnung (EG) Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates ist am 16.10.2003 in Kraft getreten. Der Verordnung ist ein Anhang mit den IAS und Interpretationen, die in das europäische Recht übernommen werden, beigefügt. Sie ist in allen ihren Teilen verbindlich und gilt unmittelbar in jedem Mitgliedstaat. Entsprechend der Verordnung werden alle IAS, die am 14.9.2002 vorlagen, mit Ausnahme von IAS 32 „Finanzinstrumente: Angaben und Darstellung“ und IAS 39 „Finanzinstrumente: Ansatz und Bewertung“, und die dazugehörigen Interpretationen in das europäische Recht übernommen. Diese Vorgehensweise der Europäischen Kommission basiert auf der Empfehlung des Accounting Regulatory Committee (ARC) vom Juli 2003. Vor dem Hintergrund des derzeitigen Improvement-Projektes des International Accounting Standards Board (IASB) bezüglich der IAS 32 und IAS 39, das international erheblich kritisiert und deswegen umfassend diskutiert wird, hält die Europäische Kommission zum momentanen Zeitpunkt die Übernahme der bestehenden Fassungen vorgenannter Standards nicht für zweckmäßig. Diese beiden Standards müssen noch den Endorsement-Mechanismus durchlaufen. Am 17.12.2003 wurden die überarbeiteten IAS 32 und IAS 39 vom IASB veröffentlicht. Diese beiden Standards bringen einen wesentlichen Fortschritt bei der Bilanzierung und Bewertung von Finanzinstrumenten. Diese verbesserten Vorschriften haben ein besonderes Gewicht, da

Internationalisierung der Rechnungslegung

die bisher bestehenden Fassungen dieser beiden Standards von der Europäischen Kommission noch nicht in europäisches Recht umgesetzt worden sind. Die Rechnungslegung für Finanzinstrumente ist ein außerordentlich komplexes und schwieriges Gebiet. Die Europäische Kommission wird nun vorrangig die Übernahme der revidierten Standards prüfen.

**IAS-Anwendung
ab 2005 für kapital-
marktorientierte
Unternehmen**

Unternehmen, die als Wertpapieremittenten an einem organisierten Kapitalmarkt auftreten, sind nach der IAS-Verordnung verpflichtet, ab 1.1.2005 in ihren Konzernabschlüssen zwingend die IAS anzuwenden. Für die Konzernabschlüsse der übrigen, nicht am organisierten Kapitalmarkt tätigen Unternehmen und für Einzelabschlüsse aller Kapitalgesellschaften sieht Artikel 5 der Verordnung die Anwendung der IAS als Option vor. Die Mitgliedstaaten haben insoweit die Möglichkeit, die Anwendung dieser Bilanzgrundsätze vorzuschreiben oder als Unternehmenswahlrecht zuzulassen.

**Bilanzrechtsreform-
gesetz (HGB-Re-
form) – Referenten-
entwurf –**

Ein Referentenentwurf „Gesetz zur Einführung internationaler Rechnungslegungsstandards und zur Sicherung der Qualität der Abschlussprüfung (Bilanzrechtsreformgesetz – BilReG)“ wurde am 8.12.2003 vom Bundesministerium der Justiz (BMJ) veröffentlicht. Durch dieses Gesetzesvorhaben setzt der deutsche Gesetzgeber u.a. die Richtlinien 2003/51/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18.6.2003 zur Änderung der Richtlinien 78/660/EWG, 83/349/EWG, 86/635/EWG und 91/674/EWG, die den Jahresabschluss und den konsolidierten Abschluss von Gesellschaften bestimmter Rechtsformen, von Banken und anderen Finanzinstituten sowie von Versicherungsunternehmen betreffen, in nationales Recht um.

**Transparenz-
Richtlinie**

Die Europäische Kommission hat am 26.3.2003 einen Vorschlag für eine Richtlinie zur Harmonisierung der Transparenzanforderungen in Bezug auf Informationen über Emittenten, deren Wertpapiere zum Handel auf einem regulierten Markt zugelassen sind (KOM (2003) 138), sowie zur Änderung der Richtlinie über die Zulassung von Wertpapieren zur amtlichen Börsennotierung und über die hinsichtlich dieser Wertpapiere zu veröffentlichenden Informationen (2001/34/EG) vorgelegt. Börsennotierte Gesellschaften sollen mit dieser Transparenz-Richtlinie zur Offenlegung umfangreicher Informationen verpflichtet werden. Von der geplanten Regelung werden alle Unternehmen erfasst, die auf regulierten Märkten notiert sind. Diese Gesellschaften sollen z.B. dazu verpflichtet werden, vierteljährliche Zwischenberichte zu erstellen. Für das vierte Quartal wird auf einen eigenen Bericht verzichtet, wenn der Jahresabschluss innerhalb von drei Monaten nach Ende dieses Quartals vorliegt. Das deutsche Recht (Börsengesetz) sieht zwar bisher lediglich eine Pflicht zur Halbjahresberichterstattung vor. Für im Prime Standard der Deutschen Börse notierte Aktiengesellschaften ist allerdings in den Vorschriften der Deutschen Börse sowie in den IAS bereits die Pflicht zur Quartalsberichterstattung implementiert. Für die Vorlage des Jahresabschlusses wird eine Frist von drei Monaten eingeräumt. Zudem sieht der

Richtlinienvorschlag sowohl für Aktienemittenten als auch für Emittenten, die lediglich börsennotierte Schuldverschreibungen begeben, verpflichtende Halbjahresberichte vor. Dieser Halbjahresbericht soll einen verkürzten Abschluss sowie eine Aktualisierung der letzten Fassung des Lageberichts enthalten. Durch den Richtlinienvorschlag werden zudem erweiterte Mitteilungspflichten beim Erwerb oder der Veräußerung von Wertpapieren eingeführt, falls hierdurch 5, 10, 15, 20, 25, 30, 50 oder 75 Prozent der Stimmrechte oder des Kapitals erreicht oder über- oder unterschritten werden. Die Kapitalbeteiligung ist allerdings lediglich dann mitzuteilen, wenn der Herkunftsmitgliedstaat Mehrfachstimmrechte aus Aktien zulässt und der Emittent diese in der Satzung vorsieht. Der Richtlinienvorschlag sieht eine Umsetzung dieser Transparenz-Richtlinie in nationales Recht zum 31.12.2004 vor.

Das IASB hat am 31.7.2003 den Standardentwurf ED (Exposure Draft) 5 „Versicherungsverträge“ und damit im direkten Zusammenhang stehende Papiere veröffentlicht. Es handelt sich hierbei um das Kernstück des Entwurfes „ED 5 Insurance Contracts“, die „Basis for Conclusions on Exposure Draft“ und den „Draft Implementation Guidance“, wobei dieses Papier nicht Kernbestandteil des Standardentwurfes ist. Das IASB-Projekt „Versicherungsverträge“ ist seit Mai 2002 in zwei Phasen unterteilt. Zunächst wird in Phase I ein Zwischen-Rechnungsstandard für Versicherungsverträge erarbeitet. Phase I ist die Phase, die den Zeitraum bis zur Anwendung eines umfassenden International Financial Reporting Standards (IFRS) für Versicherungsverträge in der Phase II betrifft. Sie ist deshalb für Versicherungsgesellschaften, die bereits jetzt oder ab 2005 Abschlüsse nach IAS erstellen, interimsmäßig relevant. Der vorliegende ED 5 ist das vorläufige Ergebnis der Arbeiten im Rahmen der Phase I. Es ist geplant, dass die IFRS für Versicherungsverträge im Jahr 2007, spätestens jedoch 2008, angewendet werden. Gegenstand des ED 5 sind Versicherungsverträge und nicht Versicherungsunternehmen. Der ED 5 sieht zunächst eine Definition des Versicherungsvertrages vor. Anhand dieser Kriterien müssen alle existierenden Versicherungsverträge geprüft werden. Entsprechen sie der Definition, handelt es sich um einen Versicherungsvertrag im Sinne der Rechnungslegung nach IAS, und der ED 5 kommt zur Anwendung. Werden die Kriterien der Definition eines Versicherungsvertrages hingegen nicht erfüllt, dann handelt es um ein Finanzinstrument im Sinne der IAS-Rechnungslegung und IAS 39 „Finanzinstrumente: Ansatz und Bewertung“ muss angewendet werden. Kreditversicherungen sind aus dem Anwendungsbereich des IAS 39 herauszunehmen und gelten grundsätzlich als Versicherungsvertrag. Im Rahmen der Phase I ist vom IASB vorgesehen, für die Bilanzierung im Wesentlichen noch an nationalen Vorschriften festzuhalten.

IFRS für Versicherungsverträge (ED 5)

Vor diesem Hintergrund wird für Versicherungsverträge eine zeitweise Ausnahme von den Vorschriften des Entwurfs für IAS 8.5 und 6 bis Ende 2006 gewährt. Bestimmte Praktiken, die nach Auffassung des IASB nicht im Einklang mit dem Rechenwerk stehen, werden jedoch ausdrücklich ausgeschlossen. Zu anderen Ansatz- und Bewertungsmethoden

Ausnahmeregelungen für Versicherungsverträge

den darf lediglich dann übergegangen werden, wenn sie die Verlässlichkeit (reliability) und Relevanz (relevance) der Informationen verbessern. Der Schwerpunkt der Änderungen liegt in den umfangreichen Anhangangaben. Das IASB schlägt hierzu drei Offenlegungsprinzipien vor: Erstens sind in der Bilanz sowie in der Gewinn- und Verlustrechnung Beträge, die aus Versicherungsverträgen resultieren, zu benennen und zu erläutern. Zweitens sind Informationen offen zu legen, die den Bilanzadressaten unterstützen sollen, die geschätzten Beträge, die zukünftigen Cashflows von Versicherungsverträgen in zeitlicher Hinsicht und unter dem Aspekt der Ungewissheit zu verstehen. Drittens ist die Angabe der „Fair Values“ für die aus Versicherungsverträgen resultierenden Vermögenswerte und Schulden erstmalig zum 31.12.2006 vorgesehen.

Fair
Value-Ermittlung

Wie der Fair Value objektiv ermittelt werden kann, wird Gegenstand der Phase II sein und ist bislang keinesfalls geklärt. Das IASB geht davon aus, dass die Frage der Ermittlung des Fair Values spätestens Ende 2006 gelöst sein wird. Die endgültige IAS-Vorschrift für Phase I soll bis Ende März 2004 vorliegen und ab dem 1.1.2005 angewendet werden. Ein Exposure Draft für die Phase II wird bis Ende 2005 erarbeitet.

2. Aufsicht und Solvabilität

Solvency II

Die EU-Kommission und die International Association of Insurance Supervisors (IAIS) arbeiten momentan intensiv an einem neuen Aufsichtsmodell für Versicherungsunternehmen. Bei der Europäischen Kommission trägt dieses langfristige Projekt die Arbeitsbezeichnung „Solvency II“. Dabei steht nicht mehr nur die Sicherheit der Kunden oder die eines einzelnen Unternehmens im Mittelpunkt der Diskussion, sondern vielmehr die Stabilität und die Sicherheit der internationalen Kapitalmärkte. Ergänzend ist es innerhalb der Europäischen Union notwendig, dass Versicherungsgesellschaften gleichen Solvabilitätsanforderungen unterliegen sowie einen einheitlichen Interessenschutz der Versicherungsnehmer bieten. Gleichzeitig soll auch eine Harmonisierung des Aufsichtsrechts für die Unternehmen geschaffen werden. Innerhalb des Solvabilitätspakts I sind Entscheidungen über grundlegende Rahmenbedingungen (z.B. Aufsichtsstruktur, Identifikation der Risiken, Behandlung versicherungstechnischer Rückstellungen) für das neue Solvabilitätssystem getroffen worden. Die gegenwärtigen Anforderungen bezüglich der Solvabilität sind vor kurzem innerhalb des Solvabilitätspaketes I (Solvency I) umfassend ergänzt und aktualisiert worden. Das momentane Solvency II-Projekt hat eine weitaus größere Reichweite als Solvency I. In diesem Projekt ist eine Einschätzung vorzunehmen, ob grundlegende Änderungen der europäischen Solvabilitätsanforderungen für Versicherungen benötigt werden. Schwerpunkt des Projektes ist eine fundamentale und weitreichende Überprüfung der gegenwärtigen Anforderungen im Licht der laufenden Entwicklung vor allem in den Bereichen Versicherungen, Risikomanagement, Finanzierungsmethoden

und Finanzberichterstattung. Weitere Projekthalte stellen u.a. ein risikoorientiertes Konzept, Harmonisierung der Berechnung versicherungstechnischer Rückstellungen und neue Risikotransfermethoden dar. Das Hauptziel ist die Implementierung eines Solvabilitätssystems, das an die tatsächlichen Risiken eines Versicherungsunternehmens angepasst ist. Solvency II wurde hierzu in zwei Phasen unterteilt. Die erste Phase besteht darin, grundsätzliche Fragen zur allgemeinen Form des Solvabilitätssystems zu untersuchen. Die zweite Phase beschäftigt sich mit technischen Einzelheiten zur Einbeziehung der relevanten Risiken. Das von der Europäischen Kommission im März 2003 vorgelegte Dokument „Entwurf eines künftigen Aufsichtssystems in der EU – Empfehlungen der Kommissionsdienststellen“ (MARKT/2509/03) diente als Entscheidungsvorbereitung für den Abschluss der ersten Phase von Solvency II. Am 11.9.2003 hat die Europäische Kommission ihr neues Dokument „Solvency II – Reflections on the general outline of a framework directive and mandates for further technical work“ (MARKT/2539/03) veröffentlicht. Hierin sind die wesentlichen Gesetzesänderungen, die sich voraussichtlich durch das Solvabilitätsprojekt für die Versicherungsunternehmen ergeben werden, dargestellt. Durch dieses Papier wurde gleichzeitig die Phase I des Projektes Solvency II abgeschlossen. Einen Meilenstein stellt dabei die Drei-Säulen-Struktur dar.

In Anlehnung an die Basel-II-Bestimmungen für die Aufsicht des Bankensektors besteht das Konzept für Solvency II aus drei Komponenten (finanzielle Mindestanforderungen, aufsichtsrechtliches Überprüfungsverfahren und Maßnahmen zur Förderung der Marktdisziplin). Zudem ergänzt ein Risikoverständnis, das auf der Gesamtsolvabilität eines Unternehmens aufbaut, die Grundlage des geplanten neuen Aufsichtssystems. Die Anforderungen an das Eigenkapital werden erstmalig unternehmensspezifisch differenziert. Neben der absoluten Mindestspanne (absolute minimum margin – AMM), die mit den bisherigen Bestimmungen des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) vergleichbar ist, wird der Begriff der wünschenswerten Kapitalausstattung/Zielkapital (target capital – TC) eingeführt. Dieser orientiert sich an dem ökonomischen Kapital und hat das Ziel, das Insolvenzrisiko auf einem annehmbaren Niveau zu halten. Diese Kapitalgröße soll in Zukunft das wesentliche Steuerungselement der Aufsicht im Hinblick auf die Kapitalausstattung sein. Die Mindestkapitalanforderungen können mittels eines risikobasierten Standardansatzes oder mit Hilfe von unternehmensinternen Modellen nachgewiesen werden.

Drei-Säulen-Struktur

Die Arbeiten innerhalb des Projektes Solvency II führen zu einem grundsätzlichen Wandel der Definition des Begriffes der Aufsicht. Bislang wurden Versicherungsgesellschaften undifferenziert mit Hilfe eines Standardverfahrens aufsichtsrechtlich beurteilt. Zukünftig werden die Versicherungsunternehmen eigene Methoden und Ansätze zur Erkennung, Steuerung und Überwachung von potentiellen Risiken einbringen können, die belegen, dass das Management der eingegangenen Risi-

Neues Aufsichtsverständnis

ken integraler Bestandteil des internen Risikokontrollsystems ist. Demnach wird die Aufsicht in Zukunft vor allem die Qualität der internen Risikomanagementsysteme der Unternehmen im Auge behalten. In der noch andauernden zweiten Phase von Solvency II werden die Arbeitsgebiete weiter vertieft und Simulations- und Proberechnungen durchgeführt. Das neue Solvabilitätssystem soll bis 2007 realisiert sein.

Wechselwirkungen mit IAS

Die externe Rechnungslegung nach IAS/IFRS soll in Zukunft Grundlage aufsichtsrechtlicher Solvenzanforderungen sein. Angesichts der Internationalisierung der Rechnungslegung und ihrer Wechselwirkungen mit dem zukünftigen Solvabilitätssystem ist die Frage zu lösen, wie mit der gestiegenen Volatilität der Kapitalmärkte umzugehen ist. Eine Bilanzierung nach IAS wird dazu führen, dass die Wertansätze zahlreicher Bilanzpositionen im Vergleich zum deutschen Handelsgesetzbuch (HGB) stärkeren Marktschwankungen unterworfen sein werden (Fair Value Konzept (IAS) vs. Anschaffungswertprinzip (HGB)). Somit wird auch die Höhe des Kapitals und die Höhe der Solvabilität entsprechend den Marktbewegungen schwanken. Da ein zukünftiger internationaler Rechnungslegungsstandard „Versicherungsverträge“ noch nicht endgültig verabschiedet ist, kann nur schwer eingeschätzt werden, welcher Einfluss durch die internationalen Bilanzierungsvorschriften auf das risikoorientierte Aufsichtsmodell insgesamt ausgeübt wird. Es kann jedoch konstatiert werden, dass die zukünftigen Solvabilitätsanforderungen der stärkeren Subjektivität einer IAS-Bilanz ausreichend Rechnung tragen müssen.

VAG-Novelle

Das Gesetz zur Umsetzung aufsichtsrechtlicher Bestimmungen zur Sanierung und Liquidation von Versicherungsunternehmen und Kreditinstituten ist am 17.12.2003 in Kraft getreten. Damit hat der deutsche Gesetzgeber die Richtlinien des Rates und des Europäischen Parlaments (2001/17/EG, 2001/24/EG, 2002/83/EG, 2002/13/EG und 73/239/EWG) in nationales Recht transformiert. Dies führte u.a. zu einer Novellierung des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG). Mit der VAG-Novelle wird das Projekt Solvency I über die Änderungsrichtlinien zur Solo-Solvabilität in nationales Recht umgesetzt. Damit erfolgen eine Aktualisierung und Ergänzung der geltenden Solvabilitätsvorschriften. Versicherungsunternehmen haben zukünftig stets über freie unbelastete Eigenmittel innerhalb der geforderten Solvabilitätsspanne zu verfügen, die sich nach dem gesamten Geschäftsumfang bemisst. Die Bestimmungen sind grundsätzlich für diejenigen Geschäftsjahre, die am 1.1.2004 oder danach beginnen, erstmalig anzuwenden. Allerdings wird die Möglichkeit eingeräumt, dass die Mitgliedstaaten den Unternehmen eine Frist von bis zu fünf Jahren gewähren können, um den Anforderungen nachzukommen. Diese Option hat der deutsche Gesetzgeber ausgeübt und den Unternehmen eine Übergangsfrist bis zum 1.3.2007 eingeräumt, um den neuen Solvabilitätsanforderungen zu entsprechen.

Anwendung der Versicherungsgruppenrichtlinie

Gruppeninterne Geschäfte sind in § 104 e Abs. 2 VAG definiert. Sie umfassen insbesondere Darlehen, Garantien und außerbilanzmäßige Ge-

schäfte, Eigenkapital im Sinne des § 53 c VAG, Kapitalanlagen, Rückversicherungsgeschäfte und Kostenteilungsvereinbarungen. Die Berichtspflicht nach § 104 e Abs. 3 VAG bezieht sich auf die Geschäfte zwischen Versicherungsunternehmen auf horizontaler und vertikaler Ebene. In diese Berichtspflicht sind grundsätzlich auch ausländische Unternehmen einzubeziehen. Die Berichterstattung über gruppeninterne Geschäfte stellt somit auf die Beziehungen zwischen deutschen Erstversicherungsunternehmen und anderen Unternehmen im In- und Ausland ab.

Die Richtlinie 2002/87/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.12.2002 über die zusätzliche Beaufsichtigung der Kreditinstitute, Versicherungsunternehmen und Wertpapierfirmen (Finanzkonglomerats-Richtlinie) ist zum Beginn des Jahres 2003 in Kraft getreten und soll bis August 2004 in nationales Recht transformiert werden. Bei planmäßigem Verlauf wären die neuen Regelungen erstmalig bei der aufsichtsrechtlichen Prüfung von Abschlüssen für die Geschäftsjahre, die ab 1.1.2005 beginnen, anzuwenden. Eine Kernfrage bei der Umsetzung der Richtlinie wird die Ermittlung eines Finanzkonglomerats sein. Eine weitere Kernfrage betrifft die Umsetzung der Regelungen bezüglich der Eigenmittelausstattung und deren Berechnungsmethode. Hierbei sieht die Richtlinie vier mögliche Verfahren zur Berechnung einer angemessenen Kapitalausstattung vor. Die Methoden sind als gleichwertig anzusehen. Im Rahmen der Umsetzung in nationales Recht hat sich der Gesetzgeber für die Zulassung einer bestimmten oder mehrerer Methoden zu entscheiden. Zudem enthält die Richtlinie Regelungen, die die Risikokonzentration und das Risikomanagement von Unternehmen betreffen. Dabei sollten nach der Meinung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) qualitative anstelle von quantitativen Bestimmungen eingeführt werden. Ferner sollten sich die Vorschriften eng an bereits bestehenden Gesetzen und Standards zum Risikomanagement, z.B. Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) sowie der Deutsche Rechnungslegung Standard (DRS) Nr. 5-20 „Risikoberichterstattung von Versicherungsunternehmen“, orientieren.

Zusätzliche
Beaufsichtigung

3. Steuern

Entsprechend der Empfehlung seines Finanzausschusses hat der Bundesrat dem am 21.3.2003 vom Deutschen Bundestag beschlossenen Steuervergünstigungsabbaugesetz (vgl. RB 2002, S. 105 ff.) die Zustimmung versagt. Im Vermittlungsausschuss ist es daraufhin zu einem Kompromiss gekommen, der den umstrittenen Abbau von Steuervergünstigungen und Ausnahmeregelungen auf Maßnahmen zur Besteuerung von Körperschaftsteuerpflichtigen Unternehmen reduziert. So wird für die Geltendmachung von Körperschaftsteuerguthaben aus der Zeit des Anrechnungsverfahrens ein Moratorium bis 31.12.2005 eingeführt. Danach ist die Guthabenerstattung nur noch linear verteilt bis 2019 mög-

Steuervergünstigungsabbaugesetz

lich. Die Körperschaftsteuerliche Organschaft wird nicht mehr für das Wirtschaftsjahr der Beschlussfassung anerkannt, sondern erst für das Wirtschaftsjahr, in dem der Gewinnabführungsvertrag in das Handelsregister eingetragen wurde. Gewerbesteuerliche „Oasen“, also Gemeinden mit einem Gewerbesteuerhebesatz von weniger als 200 Prozent, werden beseitigt, indem der Gewerbesteuermessbetrag der in einer solchen Gemeinde ansässigen Tochtergesellschaft der Muttergesellschaft zugerechnet wird. Mehrmutterorganschaften werden ab 2003 auch im Körperschaftsteuerrecht nicht mehr anerkannt. Verluste aus Beteiligungen an stillen Gesellschaften können nur noch mit Gewinnen aus derselben stillen Beteiligung verrechnet werden. Das „Gesetz zum Abbau von Steuervergünstigungen und Ausnahmeregelungen (Steuervergünstigungsabbaugesetz – StVergAbG)“ vom 16.5.2003 ist im Bundesgesetzblatt 2003, Teil I, Seite 660 ff., verkündet worden und am Tag nach der Verkündung bzw. am 1.7.2003 in Kraft getreten.

**Neuregelung der
Besteuerung von
Lebens- und
Krankenversiche-
rungsunternehmen**

Die Gesetzesvorschläge, über die im Vermittlungsverfahren zum Steuervergünstigungsabbaugesetz keine Einigung erzielt werden konnten, wurden auf weitere Gesetzgebungsverfahren im Laufe des Jahres 2003 vertagt. Dazu hat die Bundesregierung mit Datum vom 9.4.2003 eine Protokollerklärung abgegeben. Mit dem Ziel einer Stabilisierung des Körperschaftsteueraufkommens verpflichtet sich die Bundesregierung dazu, gesetzgeberische Maßnahmen zur Beseitigung der Europarechtswidrigkeit der Gesellschafter-Fremdfinanzierung, zur Eingrenzung ungerechtfertigter Steuergestaltungen bei der Tonnagesteuer, zu Änderungen im Außensteuergesetz, zur Neugestaltung des geltenden Verlustverrechnungssystems, zu einer Vereinheitlichung des Betriebsausgabenabzugsverbotes bei Dividenden und Veräußerungsgewinnen sowie zur Einschränkung des Verlustabzuges bei stillen Gesellschaftern auf den Weg zu bringen. Darüber hinaus wird in dieser Protokollerklärung auch zugesagt, das Besteuerungssystem der Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen daraufhin zu überprüfen, ob durch geeignete gesetzliche Maßnahmen steuerliche Rahmenbedingungen zu schaffen sind, die den Versicherungsunternehmen zukünftig regelmäßig auch ein positives zu versteuerndes Einkommen vermitteln. Mit dieser Zusage soll die Besteuerungssituation auf den Prüfstand gestellt werden, die sich bei Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen bei der Umstellung des Körperschaftsteuersystems vom Anrechnungs- auf das Halbeinkünfteverfahren ergeben hat: Nach dem neuen System sind nämlich Dividendenerträge und Veräußerungsgewinne einerseits sowie Veräußerungsverluste und Teilwertabschreibungen andererseits steuerlich nicht mehr berücksichtigungsfähig; Ansatz und Bewertung der als Betriebsausgabe abzuziehenden Rückstellung für Beitragsrückerstattung allerdings stellen unverändert auf die Handelsbilanz ab. Dadurch können handelsrechtlicher und steuerlicher Gewinn auseinanderfallen, was bei rückgehender Ertragslage, wie sie aufgrund der schlechten Kapitalmarktsituation gegenwärtig gegeben ist, zu deutlich höheren Steuerzahlungen führen kann, als sie durch das handelsrechtliche Ergebnis gerechtfertigt wären. Vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. ist deshalb gegen-

über Politik und Gesetzgeber der Vorschlag gemacht worden, 90 Prozent / 80 Prozent der Kapitalerträge wieder in die Besteuerung einzubeziehen und nur für den darüber hinausgehenden Teil das neue Körperschaftsteuersystem gelten zu lassen (s. auch RB 2002, S. 904 f.).

Die in der Protokollerklärung angesprochenen Maßnahmen sind in dem „Gesetz zur Umsetzung der Protokollerklärung der Bundesregierung zur Vermittlungsempfehlung zum Steuervergünstigungsabbaugesetz“ (sog. Korb II-Gesetz) umgesetzt worden, dessen Kabinettsentwurf am 13.8.2003 beschlossen worden ist. Die vorgeschlagene Neuregelung der Besteuerung von Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen war in diesem Entwurf allerdings noch nicht enthalten, sondern ist erst im Vermittlungsverfahren eingefügt worden. Das im Bundesgesetzblatt 2003, Teil I, Seite 2840 ff. verkündete „Gesetz zur Umsetzung der Protokollerklärung der Bundesregierung zur Vermittlungsempfehlung zum Steuervergünstigungsabbaugesetz“ vom 22.12.2003, das am 1.1.2004 in Kraft getreten ist, sieht nunmehr Folgendes vor:

Korb II-Gesetz

- Durch die Einfügung eines neuen Absatzes 8 in § 8 b KStG werden Anteile, die bei Lebens- und Krankenversicherern den Kapitalanlagen zuzurechnen sind, grundsätzlich in die Steuerpflicht einbezogen. Eine Ausnahme gilt für Beteiligungserträge, bei denen in der Vergangenheit ohne Möglichkeit der steuerlichen Berücksichtigung abgeschrieben worden ist; hier bleiben auch zukünftige Zuschreibungen steuerfrei. Daneben können auch künftig Anteile nicht gewinnmindernd abgezogen werden, die von einem verbundenen Unternehmen erworben wurden, bei dem der Veräußerungsgewinn steuerfrei realisiert wurde. Diese Regelung ist auch auf Aktien anwendbar, die in Investmentfondsanteilen gehalten werden. Für die Ermittlung des Einkommens sind die Anteile mit den nach handelsrechtlichen Vorschriften ausgewiesenen Werten anzusetzen, die bei der Ermittlung der nach § 21 KStG abziehbaren Beträge zugrunde gelegt wurden. Der Höchstbetrag der abzugsfähigen Beitragsrückerstattungen ist um die nach einem Doppelbesteuerungsabkommen steuerfreien Dividenden von einer ausländischen Gesellschaft zu mindern. Bei der Gewerbesteuer entfallen die Kürzungen gemäß § 9 Nr. 2, 2 a, 7 und 8 GewStG. Diese Regelung gilt ab dem Wirtschaftsjahr 2004.
- Wahlweise, d.h. auf einheitlichen, bis zum 30.6.2004 zu stellenden und unwiderruflichen Antrag, können die Vorschriften bereits ab dem Jahr 2001 angewandt werden. Bei Ausübung dieser Option ist § 8 b Abs. 8 KStG in einer geänderten Fassung anzuwenden, nach welcher Bezüge, Gewinne und Gewinnminderungen im Sinne des § 8 b Abs. 1 bis 7 KStG nur zu 80 Prozent bei der Ermittlung des Einkommens zu berücksichtigen sind. Auch dürfen negative Einkünfte des Rückwirkungszeitraums nicht in Veranlagungszeiträume außerhalb der Jahre 2001 – 2003 rück- oder vorgetragen werden. Auf negative Einkünfte des Rückwirkungszeitraums findet § 14 Abs. 1 KStG keine Anwendung.

- In § 40 a KAGG ist klargestellt worden, dass körperschaftsteuerpflichtige Unternehmen Teilwertabschreibungen auf ihre Anteile am Investmentfond und Verluste aus der Veräußerung dieser Aktien nicht geltend machen können, wenn diese aus in Fonds gehaltenen Aktien herrühren. Von dieser Klarstellung erfasst werden rückwirkend alle Veranlagungszeiträume, die bei In-Kraft-Treten des Gesetzes noch nicht bestandskräftig sind. Für Veranlagungszeiträume ab 2004 findet sich eine entsprechende Regelung im Investmentsteuergesetz.
- Erzielte Gewinne können nach Überschreiten eines Freibetrages von einer Mio. Euro bei der Einkommen- und Körperschaftsteuer nur noch zu höchstens 60 Prozent mit Verlusten aus Vorjahren steuermindernd verrechnet werden. Im Ergebnis folgt aus dieser Regelung eine Mindestbesteuerung in Höhe von 40 Prozent.
- Die in § 8 a KStG enthaltenen Regelungen zur Gesellschafter-Fremdfinanzierung gelten in Zukunft auch für Inlandssachverhalte.
- Das für ausländische Beteiligungserträge geltende pauschale Betriebsausgabenabzugsverbot in Höhe von 5 Prozent wird auf inländische Beteiligungserträge sowie auf inländische und ausländische Veräußerungsgewinne ausgedehnt.

Steueränderungs-
gesetz 2003

Das „Zweite Gesetz zur Änderung steuerlicher Vorschriften (Steueränderungsgesetz 2003 – StÄndG 2003)“ (BGBl. 2003 I, S. 2645 ff.) sieht mit Wirkung ab 1.1.2004 eine Reihe von Maßnahmen zur Modernisierung und Vereinfachung der Besteuerungspraxis vor. Konzernunternehmen wird die Möglichkeit eröffnet, die lohnsteuerlichen Pflichten Dritter zu übernehmen, indem bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen der Lohnsteuerabzug über eine einzige Lohnsteuerkarte gestattet wird. Damit wird auch einem langjährigen Anliegen der Versicherungswirtschaft Rechnung getragen. Weitere Neuregelungen betreffen die Automatisierung des Lohnsteuerabzugsverfahrens, die Vereinfachung, Modernisierung und Harmonisierung der mehrwertsteuerlichen Anforderungen an die Rechnungslegung, die Einführung von neuen und dauerhaften Steuernummern, eine frühere Verwirkung von Säumniszuschlägen, die Pflicht zur Erstellung von Jahressteuerbescheinigungen, eine Ermächtigung der Bundesregierung zur Umsetzung der EU-Zinsinformationsrichtlinie durch Rechtsverordnung sowie Änderungen bei der Versicherungs- und Feuerschutzsteuer.

Haushalts-
begleitgesetz 2004

Das Haushaltsbegleitgesetz 2004 (BGBl. 2003 I, S. 3076 ff.) sieht im Wesentlichen das teilweise Vorziehen der für das Jahr 2005 vorgesehenen Absenkung des Einkommensteuertarifs vor. Der Eingangssteuersatz wird auf 16 Prozent, der Spitzensteuersatz auf 45 Prozent ermäßigt. Zur Gegenfinanzierung erfolgt insbesondere eine Absenkung bestehender Steuerermäßigungen und Freibeträge.

Das im Bundesgesetzblatt 2003, Teil I, S. 2676 ff. verkündete „Gesetz zur Modernisierung des Investmentwesens und zur Besteuerung von Investmentvermögen (Investmentmodernisierungsgesetz)“ enthält in Artikel 2 mit dem Investmentsteuergesetz eine Regelung zur Besteuerung von Investmentfonds. Entsprechend der Regelung in § 8 b Abs. 3 KStG sollen ab 2004 Teilwertabschreibungen und Veräußerungsverluste, die körperschaftsteuerpflichtige Anleger auf ihre in den Investmentanteilen enthaltenen Aktienanteile vornehmen, nicht mehr anerkannt werden. Weitere Neuregelungen betreffen Auslandsfonds, die in das Halbeinkünfteverfahren einbezogen werden.

**Investmentsteuer-
gesetz**

Für weitere Einzelheiten zu den im Berichtszeitraum in Kraft getretenen Steuergesetzen wird auf die Berichterstattung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. verwiesen.

**Berichterstattung
GDV**

Teil B

Internationale Zusammenarbeit

Im Jahr 2003 fanden wieder drei Sitzungen der Kommission KRANKENVERSICHERUNG im Comité Européen des Assurances (CEA) statt, und zwar am 4.2. und 1.10. in Brüssel und am 6.5. in Paris.

Kommission
KRANKEN-
VERSICHERUNG
im CEA

Das Pariser Treffen im Mai, traditionell dasjenige mit der größten Beteiligung aus den nationalen Verbänden und Versicherungsunternehmen, behandelte unter dem Vorsitz von Frau Sibylle Sahmer, PKV-Verband (Stellvertreter: J.R. Ferrán, SANITAS, Spanien und P. van de Werd, AXA, Niederlande), das Generalthema „Freizügigkeit der Patienten in der EU“. Dazu wurden drei Vorträge gehalten: Rechtsanwalt G. Soussan von der Kanzlei LeBoeuf, Lamb, Greene & MacRae, Brüssel, referierte über „Versicherungsschutz für grenzüberschreitende Behandlungen in der Rechtsprechung des EuGH“, Prof. Dr. J.A.M. Marse und Frau Irene Tjiam von der Universität Maastricht stellten die Ergebnisse ihrer Untersuchung über „Private Krankenversicherung und Freizügigkeit in der EU“ vor und Herr Dr. G. Danner, Stellvertretender Direktor der Europavertretung der deutschen Sozialversicherer in Brüssel sprach zu dem Thema „Öffnung des europäischen Krankenversicherungsmarktes als Chance für die Krankenkassen für grenzüberschreitende Leistungserbringung“. Die Vortragstexte, mit Ausnahme desjenigen von Herrn Dr. Danner, können bei der Verbandsgeschäftsstelle angefordert werden. In der Kommission KRANKENVERSICHERUNG wird das Thema anhand eines von der niederländischen Delegation entworfenen Fragebogens an die nationalen Delegationen weiter verfolgt.

Freizügigkeit der
Versicherten

Starke Beachtung in allen Versammlungen der Krankenversicherungskommission fand das Projekt der Generaldirektion Beschäftigung und Soziale Angelegenheiten der EU-Kommission zur Verabschiedung einer Richtlinie über die Gleichbehandlung der Geschlechter beim Zugang zu Gütern und Dienstleistungen. Die bisher vorliegenden Gleichbehandlungsrichtlinien beschränken sich auf die Bereiche Beschäftigung und soziale Angelegenheiten. Der Richtlinienvorschlag, der am 5.11.2003 von der Kommission vorgestellt wurde, verbietet privaten Versicherungen jegliche Beitragsdifferenzierung zwischen Männern und Frauen. Sowohl über das CEA, in dem sich die Versicherer aller Sparten einhel-

Gleichbehandlung
von Männern und
Frauen

lig gegen die Verpflichtung zu Unisexstarifen ausgesprochen haben, als auch auf nationaler Ebene sind zahlreiche Gespräche geführt und schriftliches Material ausgetauscht worden, um die Berechtigung der unterschiedlichen Beiträge für Männer und Frauen zu belegen. Dabei ist auf die höhere Leistungsanspruchnahme in der Krankenversicherung, mit einem Anteil von nur 10 Prozent der Kosten für Schwangerschaft und Geburt, auf die höhere Lebenserwartung der Frauen (relevant für Kranken- und Lebensversicherung) und die geringere Schadenhäufigkeit von Frauen in der Kraftfahrzeugversicherung hingewiesen worden. Die Versicherungswirtschaft befürchtet, dass eine Verpflichtung zum Angebot von Unisexstarifen zu höheren Versicherungsbeiträgen für alle Versicherten führt und damit keinen Nutzen für die Verbraucher mit sich bringt. Inzwischen ist deutlich geworden, dass die sehr stark frauenpolitisch motivierte Frage der Erforderlichkeit einer solchen Richtlinie eine politische Positionierung der Mitgliedstaaten erforderlich machen wird. Im Rat ist für die Verabschiedung Einstimmigkeit erforderlich.

OECD Arbeitsgruppe
Krankenversicherung

Der mit Unterstützung des CEA erstellte Bericht über die PKV in Europa und in anderen Ländern wird im Mai 2004 beim Treffen der OECD-Gesundheitsminister vorgestellt werden. Die Kommission KRANKENVERSICHERUNG wird die gute Zusammenarbeit nach Möglichkeit fortsetzen.

Zahlen zur (privaten)
Krankenversicherung
in EUROPA

Eine ständige Aufgabe der Kommission KRANKENVERSICHERUNG ist es, sich einen Überblick über die Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in Europa zu verschaffen. Auf der Grundlage der von 14 nationalen Delegationen gelieferten Daten konnte die Übersicht um die Zahlen für das Jahr 2001 ergänzt werden. Die Gesamtausgaben für medizinische Heilbehandlung betragen danach 721,3 Mrd. Euro, was einem durchschnittlichen Anteil am Bruttosozialprodukt von 8,4 Prozent entspricht.

Weitere Aktivitäten

Weiter befasste sich die Kommission mit Aktivitäten der EU mit Bedeutung für den Bereich der Krankenversicherung. Im Einzelnen handelte es sich um

- den gemeinsamen Bericht (EU-Kommission und Rat) über Krankenversorgung und Pflege für ältere Menschen, der vom europäischen Rat am 21.3.2003 verabschiedet wurde,
- das Grünbuch über Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse, wobei unklar war, ob die Versicherungswirtschaft davon erfasst sein sollte,
- den Bericht der hochrangigen Gruppe über die Freizügigkeit der Patienten, der bisher nur als Entwurf vorlag,
- das Europäische Gesundheitsforum, ein Informationsgremium, das für eine Koordination geeignete Gegenstände identifizieren soll und in dem das CEA nicht vertreten ist,

- den Vorschlag des belgischen Sozialministers Vandenbrouke zur Ergänzung des EG-Vertrages,
- das Verfahren des britischen Versicherers BUPA vor dem EuGH wegen der Beteiligung an dem in Irland für die freiwillige private Zusatzversicherung vorgeschriebenen Risikoausgleichsverfahren,
- die Krankenversicherungsreform in Deutschland, Frankreich und den Niederlanden und
- die elektronische Datenübermittlung und die europäische Gesundheitskarte (CEA-Arbeitsgruppe „HERDS“).

Teil C

Grenzfragen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

I. Sozialpolitische Entwicklung im Jahre 2003

1. Sozialgesetzgebung

Durch die „Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2004 (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2004)“, BGBl. I, S. 2497, ergibt sich eine Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten für 2004 in den alten Bundesländern von 61.800 Euro jährlich oder 5.150 Euro monatlich (Vorjahr: 61.200 Euro jährlich oder 5.100 Euro monatlich) und in den neuen Bundesländern von 52.200 Euro jährlich oder 4.350 Euro monatlich (Vorjahr: 51.000 Euro jährlich oder 4.250 Euro monatlich). Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 6 SGB V 46.350 Euro jährlich bzw. 3.862,50 Euro monatlich (Vorjahr: 45.900 Euro jährlich bzw. 3.825 Euro monatlich). Sie gilt für das Neugeschäft ab 1.1.2003. Für diejenigen, die am Tag vor dem Inkraft-Treten des Beitragssatzsicherungsgesetzes (BGBl. I 2002, S. 4637), also am 31.12.2002, wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und in einer privaten substitutiven Krankenversicherung versichert waren, beträgt gemäß § 6 Abs. 7 SGB V die Jahresarbeitsentgeltgrenze 2004 41.850 Euro jährlich oder 3.487,50 Euro monatlich. Beide Jahresarbeitsentgeltgrenzen wurden an die Einkommensentwicklung angepasst. Die Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sind für alle zum 1.1.2004 von 41.400 Euro jährlich oder 3.450 Euro monatlich auf 41.850 Euro jährlich oder 3.487,50 Euro monatlich gestiegen.

Versicherungsgrenzen in der Renten- und Krankenversicherung

Nach der vorstehend genannten Rechengrößenverordnung beträgt die Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV 28.980 Euro im Jahr 2004 bzw. 2.415

Bezugsgröße

Euro monatlich in den alten (Vorjahr: 28.560 Euro jährlich bzw. 2.380 Euro monatlich) und 24.360 Euro jährlich bzw. 2.030 Euro monatlich in den neuen Bundesländern (Vorjahr: 23.940 Euro jährlich bzw. 1.995 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:

Bedeutung für die Familienversicherung und die Künstlersozialversicherung

Ein Siebtel davon und damit im Jahr 2004 bundeseinheitlich monatlich 345 Euro (Vorjahr: 340 Euro) beträgt die Einkommensgrenze für die Einbeziehung des Ehegatten, des Lebenspartners und der Kinder in die Familienversicherung in der GKV nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V und in der SPV nach § 25 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI.

... für den Mindestbeitrag freiwilliger GKV-Mitglieder

Ein Drittel der Bezugsgröße und damit 805 Euro (Vorjahr: 793,33 Euro) monatlich macht die dem Beitrag freiwilliger GKV-Mitglieder nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zugrunde zu legende Mindesteinnahme aus. Für hauptberuflich selbständig erwerbstätige freiwillige GKV-Mitglieder gelten nach § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V als beitragspflichtige Einnahmen auf den Monat umgerechnet mindestens drei Viertel der Bezugsgröße und damit 1.811,25 Euro (Vorjahr: 1.785 Euro).

... für den 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 2004 110 Euro monatlich ausmacht. In den neuen Bundesländern hat dieser Beitragszuschuss keine Bedeutung.

... für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

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

Versicherungsfreie geringfügige Beschäftigung

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

Beitragsatz der GKV allgemein, für Rentner und für Studenten

Laut „Bekanntmachung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zum Stichtag 1. Januar 2003 und des für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten maßgebenden Beitragssatzes“ vom 10.4.2003 betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der GKV am 1.1.2003 im gesamten Bundesgebiet 14,3 Prozent (Vorjahr: 14,0 Prozent). Rentenbeziehern, die freiwillig in der GKV oder in der PKV versichert sind, steht ein monatlicher Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag zu, und zwar jeweils nach der auf den Rentenzahlbetrag anzuwendenden Hälfte des erwähnten Bei-

Rechengrößen für 2004 in Euro

		Bisherige Werte in Klammern			
		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung	jährlich	61.800	(61.200)	52.200	(51.000)
	monatlich	5.150	(5.100)	4.350	(4.250)
Beitragsbemessungsgrenze Kranken-, Pflegeversicherung	jährlich	41.850	(41.400)	41.850	(41.400)
	monatlich	3.487,50	(3.450)	3.487,50	(3.450)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	46.350	(45.900)	46.350	(45.900)
	monatlich	3.862,50	(3.825)	3.862,50	(3.825)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	41.850	(41.400)	41.850	(41.400)
	monatlich	3.487,50	(3.450)	3.487,50	(3.450)
Bezugsgröße	jährlich	28.980	(28.560)	24.360	(23.940)
	monatlich	2.415	(2.385)	2.030	(1.995)
Geringfügigkeitsgrenze		400		400	
Einkommensgrenze für Familienversicherung		345	(340)	345	(340)
Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung		14,3 %	(14 %)	14,3 %	(14 %)
Durchschnittlicher Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung		498,72	(483)	498,72	(483)
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		249,36	(241,50)	249,36	(241,50)
Höchstbeitrag PVN	einzeln	59,28	(58,66)	59,28	(58,66)
	Ehegatten (150 %)	88,92	(87,98)	88,92	(87,98)
	Ehegatten				
	einzeln (75 %)	44,46	(43,99)	44,46	(43,99)
Höchstbeitrag PVB	einzeln	23,71	(23,46)	23,71	(23,46)
	Ehegatten (150 %)	35,56	(35,20)	35,56	(35,20)
	Ehegatten				
	einzeln (75 %)	17,78	(17,60)	17,78	(17,60)
Zuschuss zur PPV		29,64	(29,33)	29,64	(29,33)
				in Sachsen 12,21	(12,08)

tragssatzes, jedoch begrenzt auf die Hälfte des tatsächlichen Beitrags (§ 106 SGB VI). Die Beitragssätze für krankenversicherungspflichtige Studenten betragen für den Zeitraum vom Beginn des Wintersemesters 2003/2004 bis zum Beginn des Wintersemesters 2004/2005 nach der bezeichneten Bekanntmachung 10 Prozent im gesamten Bundesgebiet (Vorjahr: 9,8 Prozent).

Beitragssatzsicherungsgesetz

Bei der Umsetzung des Beitragssatzsicherungsgesetzes stellte sich die Frage, welche Personen unter den Bestandsschutz des § 6 Abs. 7 SGB V fallen. Konkret ging es um diejenigen Personen, die am 31.12.2002 als Angestellte versicherungsfrei waren und zu diesem Zeitpunkt sowohl eine substitutive Krankenversicherung abgeschlossen hatten als auch freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung waren. Durch Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes hat sich herausgestellt, dass auch solche Personen in den Genuss der Bestandsschutzregelung des § 6 Abs. 7 SGB V kommen.

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG –) wurde im Bundesgesetzblatt I vom 19.11.2003, S. 2190 ff., verkündet. Es enthält im Wesentlichen folgende Regelungen:

- Versicherungsfremde Leistungen in der GKV (zum Beispiel Leistungen rund um die Schwangerschaft, Mutterschaftsgeld oder das Krankengeld bei Betreuung eines erkrankten Kindes) werden künftig aus Steuermitteln mitfinanziert. Die gesetzliche Krankenversicherung erhält 2004 erstmals eine pauschale Summe von einer Milliarde Euro. Für 2005 sind 2,5 Mrd. Euro und für 2006 und die Folgejahre zunächst jeweils 4,2 Mrd. Euro eingeplant. Um das finanzieren zu können, erhöht die Bundesregierung die Tabaksteuer bis Mitte 2005 in drei Schritten um insgesamt 4,5 Cent pro Zigarette (In-Kraft-Treten des § 221 SGB V: 1.1.2004).
- Für die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen gilt nicht mehr die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes, sondern der volle allgemeine Beitragssatz. Nur für Renten der Alterssicherung der Landwirte wird die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes herangezogen (In-Kraft-Treten des § 248 SGB V: 1.1.2004).
- Für das Krankengeld wird ein Sonderbeitrag von 0,5 Prozent bei den Versicherten erhoben (§ 241 a SGB V). Die freiwillig Versicherten, die kein Krankengeld erhalten (§ 44 Abs. 2 SGB V), müssen diesen Sonderbeitrag auch entrichten. Allerdings ist bei fehlendem Anspruch auf Krankengeld der allgemeine Beitragssatz gem. § 243 Abs. 1 SGB V zu ermäßigen (In-Kraft-Treten des § 241 a SGB V: 1.1.2006).
- Der Zahnersatz wird ab 1.1.2005 aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen: Die Versicherten müssen für die Leistung Zahnersatz entweder einen Beitrag an die Krankenkasse zahlen, dessen Hö-

he von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt wird (§ 58 Abs. 1 und 3 SGB V) oder sie müssen der Krankenkasse einen privaten Versicherungsvertrag vorweisen, der für sie und ihre mitversicherten Familienangehörigen Versicherungsleistungen bestätigt, die der Art und dem Umfang nach denen des § 55 Abs. 1 SGB V und des § 56 SGB V vergleichbar sind. Für Letztere entfällt dauerhaft der Leistungsanspruch auf Zahnersatz aus der GKV und der dafür entsprechende Beitrag. Für die Versorgung mit Zahnersatz in der GKV werden ab dem 1.1.2005 „befundbezogene Festzuschüsse“ eingeführt (§ 55 SGB V). Kosten oberhalb dieser Festzuschüsse tragen die Versicherten selbst. Am Umfang und an der Qualität der Versorgung wird sich gegenüber dem heutigen Stand nichts ändern.

Durch das GMG wurden zahlreiche Leistungen der GKV gestrichen bzw. eingeschränkt:

- Ein Anspruch auf Sehhilfen besteht nur noch in Ausnahmefällen (In-Kraft-Treten des § 33 SGB V: 1.1.2004).
- Sterbegeld (§§ 56 f. SGB V), Entbindungsgeld (§§ 195, 200 b RVO) und die medizinisch nicht begründbare Sterilisation (§ 24 b SGB V) sind aus dem Leistungskatalog gestrichen worden (In-Kraft-Treten: 1.1.2004).
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente (OTC-Präparate) werden bis auf wenige Ausnahmen von den Kassen nicht mehr erstattet. Kinder bis 12 Jahre und entwicklungsgestörte Kinder und Jugendliche sind hiervon ausgenommen (In-Kraft-Treten des § 34 SGB V: 1.1.2004).
- Fahrkosten bei einer ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen in Zukunft nur noch in besonderen, vorab genehmigten Ausnahmefällen. Auch dann muss der Patient 10 Prozent der Fahrkosten, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro zuzahlen (In-Kraft-Treten des § 60 SGB V: 1.1.2004).
- Bei der künstlichen Befruchtung darf die Krankenkasse nur noch die Hälfte der Kosten für maximal drei Versuche übernehmen (bisher vier). Die andere Hälfte müssen die Betroffenen selbst bezahlen. Außerdem gilt jetzt eine Altersgrenze: bei Frauen von 25 bis 40 Jahren und bei Männern von 25 bis 50 Jahren (In-Kraft-Treten des § 27 a SGB V: 1.1.2004).

Die Zuzahlungsregelungen wurden geändert:

- Grundsätzlich beträgt die Zuzahlung gemäß § 61 SGB V 10 Prozent (mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro) für alle Leistungen, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlung zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben, aller-

dings ist diese Zuzahlung auf 28 Tage im Jahr begrenzt, § 39 Abs. 4 SGB V (In-Kraft-Treten: 1.1.2004).

- Für einen Besuch beim Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt oder beim Psychotherapeuten wird eine Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro fällig. Versicherte ab 18 Jahren zahlen 10 Euro für die erste Inanspruchnahme eines Leistungserbringers im Quartal (§ 28 Abs. 4 SGB V). Die Praxisgebühr entfällt bei Überweisung. Auch Vorsorgeuntersuchungen (§ 25 SGB V), Schutzimpfungen (§ 23 Abs. 9 SGB V), die jährliche Zahnprophylaxe (§ 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V, ab 1.1.2005 § 55 Abs. 1 Sätze 4 und 5 SGB V) sowie Maßnahmen zur Schwangersorge (§ 196 Abs. 1 RVO) sind gebührenfrei (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Die Belastungsobergrenze beträgt 2 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, für Chroniker 1 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens (§ 62 Abs. 1 SGB V). Die Belastungsgrenze orientiert sich am Haushaltseinkommen. Das bedeutet: Die Zuzahlungen des Versicherten und seiner Angehörigen werden zusammengezählt. Ebenso die Einnahmen zum Lebensunterhalt der Familie. Für Kinder und andere Angehörige gibt es Freibeträge (§ 62 Abs. 2 SGB V). Beim Zahnersatz gilt noch das ganze nächste Jahr über die alte Härtefallregelung, § 62 Abs. 4 SGB V (In-Kraft-Treten des § 61 SGB V: 1.1.2004).

Die Neuregelung im Vertragsrecht zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen sind folgende:

- Die Krankenkassen können auf Grundlage von Gesamtverträgen mit einzelnen Vertragsärzten Versorgungsverträge abschließen, § 73 c SGB V (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Zulassung medizinischer Versorgungszentren, § 95 SGB V (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004)
- Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung für bestimmte Indikationen, hochspezialisierte Leistungen und schwerwiegende Erkrankungen, § 116 b SGB V (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).

Im Arzneimittelbereich hat es ebenfalls Änderungen gegeben:

- Die Regelung des Apothekenrabatts (§ 130 SGB V) wird vereinfacht. Der neue Apothekenabschlag von 2 Euro je Arzneimittel stellt gegenüber dem geltenden Recht eine Erhöhung des Rabatts dar, wenn der Arzneimittelpreis unter ca. 33 Euro liegt. Die Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen werden für das Jahr 2004 von 6 Prozent auf 16 Prozent erhöht (§ 130 a SGB V). Die Abschläge der pharmazeutischen Großhändler, die durch das Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23.12.2002 eingeführt wurden, werden allerdings gestrichen (In-Kraft-Treten der §§ 130, 130 a SGB V, Artikel 26 GMG: 1.1.2004).

- Verzicht auf eine Positivliste, Artikel 1 Nr. 21 GMG (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Beschränkte Aufhebung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken (Zulassung von bis zu drei Filialapotheken), Beibehaltung des Fremdbesitzverbotes, § 2 Abs. 4 und 5 Gesetz über das Apothekenwesen (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Zulassung von Versandapotheken unter Wahrung von Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit, §§ 11 a, 11 b Gesetz über das Apothekenwesen (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Grundsätzliche Preisfreigabe für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, § 1 Abs. 4 Arzneimittelpreisverordnung (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel ohne nennenswerte therapeutische Verbesserung in die Festbetragsregelung, § 35 Abs. 1 a SGB V (In-Kraft-Treten der Regelung: Am Tag nach der Verkündung).

Steuerungs- und Strukturmaßnahmen in der GKV:

- Die elektronische Gesundheitskarte soll für die GKV bis spätestens 2006 eingeführt werden, § 291 a SGB V (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Versicherte erhalten auf Verlangen vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Kosten- und Leistungsinformation (Patientenquittung), § 305 Abs. 2 SGB V, für die sie eine Aufwandspauschale von 1 Euro zuzüglich Versandkosten zahlen müssen (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Die Krankenkassen können in ihre Satzung aufnehmen, dass allen Versicherten bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorge- oder Präventionsmaßnahmen sowie bei Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung Boni eingeräumt werden. Für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann auch der Arbeitgeber einen Bonus erhalten, § 65 a SGB V (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten nach ihren Satzungen eine so genannte hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig und dauert mindestens ein Jahr. Für die Behandlung beim Facharzt ist eine Überweisung nötig, § 73 b SGB V (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Alle Mitglieder der Krankenkassen erhalten die Möglichkeit der Kostenerstattung, die auf den ambulanten Bereich beschränkt werden kann. An die Wahl der Kostenerstattung ist der Versicherte ein Jahr

gebunden, § 13 Abs. 2 SGB V (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).

- Erleichterung bei der Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union. Angleichung des deutschen Rechts an die Urteile des EuGH in Sachen „Kohl“ (C-158/96) und „Decker“ (C-120/95) vom 28.4.1998 (In-Kraft-Treten des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V: 1.1.2004).
- Die Krankenkassen können ihren freiwillig Versicherten Selbstbehalte (§ 53 SGB V, nur bei Kostenerstattung) oder Beitragsrückzahlung (§ 54 SGB V) anbieten (In-Kraft-Treten der Regelungen: 1.1.2004).

Sonstige Regelungen:

- Kooperation zwischen GKV und PKV: Nach einem neuen § 194 Abs. 1 a SGB V wird es Krankenkassen ermöglicht, eine Bestimmung in die Satzung aufzunehmen, nach der die Krankenkassen private Zusatzkrankenversicherungen vermitteln können, wobei nach der Gesetzesbegründung vorgesehen ist, dass die Versicherungsverträge nur zwischen Mitgliedern der Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen geschlossen werden. Durch diese Ermächtigung gibt es nun eine von § 30 Abs. 1 SGB IV geforderte gesetzliche Grundlage, die Krankenkassen und die privaten Versicherungsunternehmen müssen aber nach wie vor das Wettbewerbs- und Kartellrecht beachten (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).
- Öffnung von Betriebskrankenkassen privater Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen: Die Regelung des § 173 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V bedeutet, dass Betriebskrankenkassen privater Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen nicht mehr von Versicherten, die nicht im Trägerunternehmen arbeiten, wählbar sind, auch wenn sie nach ihrer Satzung geöffnet sind. Wenn sie bis zum 26.9.2003 aber eine Satzungsregelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V hatten (sie also geöffnet waren) oder mit einer anderen Betriebskrankenkasse zu einer geöffneten Betriebskrankenkasse fusioniert sind, können sie auch über den 1.1.2004 hinaus von Externen gewählt werden.
- Beteiligung der PKV an der Qualitätssicherung: Die PKV vereinbarte u. a. mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 137 Abs. 1 SGB V Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser. Durch die Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V i.d.F. des GMG) beschließt dieser die Maßnahmen der Qualitätssicherung. Die PKV hat nach § 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.d.F. des GMG nur noch ein Beteiligungsrecht an den Beschlüssen. Die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (§ 137 b SGB V) übernimmt auch der Gemeinsame Bundesausschuss. Eine Mitwirkung der PKV ist nicht vorgesehen (In-Kraft-Treten der §§ 137, 137 b SGB V: 1.1.2004).

- Künstlersozialversicherungsgesetz: Ein selbständiger Künstler oder Publizist muss gemäß Artikel 12 Nr. 1 zu § 7 Künstlersozialversicherungsgesetz drei aufeinander folgende Jahre mit seinem Arbeitseinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen, um sich von der Krankenversicherungspflicht befreien zu lassen. Der Gesetzgeber hat die im Jahr 2003 erstmalig in Kraft getretene Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 6 SGB V in die Norm hineingeschrieben. Dies bedeutet, dass ein Künstler nach dem In-Kraft-Treten des GMG am 1.1.2004 auch in den Jahren 2003, 2002 und 2001 über der erst im Jahre 2003 eingeführten Versicherungspflichtgrenze gelegen haben muss (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2004).

Die für die private Krankenversicherung bzw. private Pflegepflichtversicherung wichtigen Regelungen im Zweiten Gesetz zur Änderung des SGB VI sind folgende:

Zweites und Drittes Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (BGBl. I 2003, 3013 ff. und 3019 ff.)

- § 106 SGB VI, der den Zuschuss der Rentenversicherung zum Krankenversicherungsbeitrag regelt, ist geändert worden. Inhaltlich entspricht die Norm aber der alten Fassung mit der Ausnahme, dass der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz zum 1. 3. eines Jahres festgestellt wird. Dieser ist jedoch nur von Bedeutung für den Zuschuss zur PKV. Bei freiwillig in der GKV Versicherten ist der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse maßgebend. Die neue Übergangsregelung befindet sich in § 269 a SGB VI.
- § 106 a SGB VI wird mit der Folge gestrichen, dass die Rentner keinen Zuschuss mehr zur privaten Pflegepflichtversicherung erhalten.
- Auch § 255 c SGB VI betrifft privat Kranken- und Pflegeversicherte, da der Widerspruch gegen den Wegfall des Beitragszuschusses zur privaten Pflegepflichtversicherung nach § 106 a SGB VI keine aufschiebende Wirkung entfaltet, ebenso wie eine Klage gegen die Festsetzung des Beitragszuschusses zur Krankenversicherung nach § 106 SGB VI zum 1.7.2004.
- Artikel 7 setzt den Beitragssatz zur Rentenversicherung auf 19,5 Prozent für das Jahr 2004 fest.

Der Wegfall des Zuschusses zur privaten Pflegepflichtversicherung tritt am 1.4.2004 in Kraft.

Im Dritten Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze wird die Fälligkeit und Auszahlung so genannter laufender Geldleistungen neu geregelt. Zu den laufenden Geldleistungen zählt auch der Zuschuss zur Krankenversicherung. Nach § 118 SGB VI wird die Auszahlung laufender Geldleistungen auf den letzten Bankarbeitstag des Monats verlegt und dementsprechend die Fälligkeit auf das Monatsende gelegt.

Für Bestandsrentner und Personen, deren Rente vor dem vierten auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Monat beginnt, verbleibt es bei der Zahlung im Voraus (§ 272 a SGB VI). Das Gesetz tritt am 1.3.2004 in Kraft.

Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt
(BGBl. I 2003, S. 3002 ff.)

Im Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt werden hauptsächlich das Kündigungsschutzgesetz, das Teilzeit- und Befristungsgesetz und das Arbeitszeitgesetz geändert. Folgende Regelungen betreffen die PKV:

- In Artikel 3 Nr. 2 (§ 127 SGB III) wird die Dauer des Anspruches auf Arbeitslosengeld gekürzt. Allerdings betrifft die neue Anspruchsdauer nur diejenigen, deren Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem 31.1.2006 entstanden ist (Artikel 3 Nr. 4, § 434 I SGB III).
- Artikel 4 b betrifft die Änderung des Arbeitszeitgesetzes und dient der Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofes vom 9.9.2003 zum Bereitschaftsdienst in das deutsche Recht.

Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch
(BGBl. I 2003, S. 3022 ff.)

Durch dieses Gesetz wird das Sozialhilferecht im neuen Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe – zusammengefasst. Die Regelung des ehemaligen § 13 BSHG zur Übernahme von Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherung befindet sich in § 32 SGB XII (Artikel 1), die des ehemaligen § 37 BSHG zur Hilfe bei Krankheit in § 48 SGB XII (Artikel 1). Die Hilfe zur Pflege, insbesondere auch die Konkurrenz zwischen Ansprüchen aus dem SGB XII und anderen Ansprüchen auf Pflegeleistungen, die vormals in den §§ 68 ff. BSHG geregelt war, ergibt sich aus den §§ 61 ff. SGB XII (Artikel 1).

Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, „Hartz III“
(BGBl. I 2003, S. 2848)

Das Dritte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ändert das Leistungsrecht der Arbeitslosenversicherung und regelt die Neustrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit, die von nun an Bundesagentur für Arbeit heißt. Die die PKV berührenden Regelungen sind folgende:

- Änderungen des SGB III (Artikel 1)

Pflegepersonen, die einen Angehörigen, der in Pflegestufen nach dem SGB XI eingestuft ist und der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung bezieht, pflegen, können sich gemäß § 28 a SGB III (Artikel 1 Nr. 20) auf Antrag ein Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung begründen. Sie haben gem. § 349 a SGB III (Artikel 1 Nr. 207) die Beiträge alleine zu tragen (In-Kraft-Treten der Regelungen: 1.2.2006).

- Änderungen des SGB V (Artikel 4)
 - Neuer, in der Praxis aber wohl kaum relevanter Tatbestand der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V (Artikel 4 Nr. 1) für ausländische Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz im Ausland haben.

- Vorgabe für die Berechnung von Vorversicherungszeiten als Voraussetzung für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV, § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Artikel 4 Nr. 1).

In-Kraft-Treten beider Regelungen: 1.1.2004.

- Änderungen des SGB XI (Artikel 10)

§ 44 SGB XI (Artikel 10 Nr. 2) wird dahingehend ergänzt, dass Pflegepersonen, die nach der Pflege Tätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, bei beruflicher Weiterbildung nach Maßgabe des SGB III bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen gefördert werden können (In-Kraft-Treten der Regelung: 1.1.2005).

Durch das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wird das Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) – Grundsicherung für Arbeitssuchende – eingeführt. Im SGB II (Artikel 1) befinden sich folgende die PKV angehende Regelungen:

Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, „Hartz IV“
(BGBl. I 2003, 2954 ff.)

- Abzug von Beiträgen zur PKV und PPV bei dem für die Frage der Hilfebefähigkeit zu berücksichtigenden Einkommen, § 11 Abs. 2 SGB II.
- Regelung des Zuschusses zur PKV und PPV für Bezieher von Arbeitslosengeld II (frühere Arbeitslosenhilfe), die sich von der Versicherungspflicht in der GKV haben befreien lassen, § 26 Abs. 2 SGB II.

In-Kraft-Treten der Regelungen: 1.1.2005.

- Änderungen des SGB V (Artikel 5)

- Da es die Arbeitslosenhilfe nicht mehr gibt, kann deren Bezug auch keine Versicherungspflicht mehr auslösen. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 a SGB V (Artikel 5 Nr. 1 b) begründet aber der Bezug von Arbeitslosengeld II grundsätzlich Versicherungspflicht. Eine Familienversicherung geht dieser Pflichtmitgliedschaft vor.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II sind von der Regelung des § 6 Abs. 3 a SGB V, nach der über 55-jährige PKV-Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr versicherungspflichtig werden können, nicht betroffen (Artikel 5 Nr. 2). Sie können also noch über das 55. Lebensjahr hinaus versicherungspflichtig werden.
- Diejenigen, die durch den Bezug von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig werden, können sich nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V (Artikel 5 Nr. 3) von der Versicherungspflicht unter den dort weiter genannten Voraussetzungen befreien lassen.
- Tatbestand zur freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV für Spätaussiedler und deren Familienangehörige, § 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V (Artikel 5 Nr. 3 a).

- Befristeter Tatbestand zum Beitritt in die GKV als freiwilliges Mitglied für Personen, die Leistungen zum Lebensunterhalt aus der Sozialhilfe bezogen haben, § 9 Abs. 1 Nr. 8 SGB V (Artikel 5 Nr. 3 a).
- Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, wird als beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße zugrunde gelegt (§ 232 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, Artikel 5 Nr. 11). Es gilt der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenversicherung, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1.10. feststellt für das folgende Kalenderjahr (§ 246 SGB V; Artikel 5 Nr. 12). Der Bund trägt die Beiträge für die Arbeitslosengeld II-Bezieher (§ 251 Abs. 4 SGB V, Artikel 5 Nr. 12 a). Der Zuschuss, den PKV-versicherte Arbeitslosengeld II-Bezieher nach § 26 Abs. 2 SGB II erhalten, ist auf die Höhe des Betrages begrenzt, der in der GKV zu zahlen wäre.

In-Kraft-Treten der Regelungen: 1.1.2005.

- Änderungen des SGB XI (Artikel 11)

Änderung des Tatbestands in § 20 Abs. 1 Nr. 2 und 2 a SGB XI, der Versicherungspflicht auslöst: Nach Nr. 2 a werden Personen unter den dort genannten Voraussetzungen in der SPV versicherungspflichtig (In-Kraft-Treten: 1.1.2005).

Haushaltsbegleitgesetz 2004
(BGBl. I S. 3076)

Durch das Haushaltsbegleitgesetz 2004 wird unter anderem das Bundeserziehungsgeldgesetz durch Artikel 20 geändert. Wichtigste Änderungen sind:

- Die Höhe des Erziehungsgeldes wird leicht abgesenkt, § 5 Abs. 1 (Artikel 20 Nr. 4).
- Die Einkommensgrenzen, nach denen der Anspruch auf Erziehungsgeld entfällt, sind erhöht worden, § 5 Abs. 3 (Artikel 20 Nr. 4).
- § 15, der den Anspruch auf Elternzeit regelt, ist seinem Inhalt nach gleich geblieben (Artikel 20 Nr. 2).
- Die Übergangsvorschrift befindet sich in § 24 (Artikel 20 Nr. 13).

In-Kraft-Treten der Regelungen: 1.1.2004.

2. Gesundheitspolitische Diskussion

Das Jahr 2003 war durch intensive Diskussionen über die künftige Gesundheitsreform bestimmt.

Die von der Bundesregierung eingesetzte und nach ihrem Vorsitzenden benannte Rürup-Kommission fordert eine politische Werteentscheidung zwischen zwei Systemen, die mit unserem gegenwärtigen, im historischen und internationalen Vergleich trotz aller Kritik außerordentlich bewährten System, vollständig brechen. Die Kommission sieht für eine langfristig tragfähige Reform nur die Alternativen Pauschalprämienmodell und „Bürgerversicherung“. Damit ignoriert sie weitere tragfähige und deutlich leichter erreichbare Optionen.

Rürup-Kommission

Will man das politische Ziel einer nachhaltigen, generationengerechten Finanzierung des Gesundheitswesens mit wettbewerblichen Strukturen bei Krankenversicherern wie bei Leistungserbringern erreichen – und jede verantwortliche, zukunftsgerichtete Politik muss dieses Ziel zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen – und dabei den Versicherten mehr Selbstbestimmung und Wahlfreiheit einräumen, müssen die bestehenden Strukturen mutig weiterentwickelt werden. Dazu gehören eine Konzentration des Leistungskatalogs der GKV sowie die Ausweitung der Kapitaldeckung und eine deutlich gestärkte Vertragskompetenz der PKV gegenüber den Leistungserbringern.

Insbesondere die Einführung einer von Teilen der Kommission vorgeschlagenen „Bürgerversicherung“ – oder richtiger: Volkseinheitsversicherung – ist abzulehnen. Sie bedeutet das Ende von Wettbewerb und Wahlfreiheit, bedeutet Bevormundung, Bürokratie und Kontrolle. Ihre Einführung setzte voraus, dass alle Versicherten einer Meldepflicht unterliegen. Bei freier Kassenwahl müssten sie sich von einer bundeseinheitlichen Meldestelle der GKV erfassen und registrieren lassen, um Nicht- oder Doppelmeldungen zu vermeiden. Dies ist nur eine von vielen Folgen einer „Bürgerversicherung“, die zu einem bürokratischen Monster ausarten würde. So würde sie auch zwangsläufig zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen. Während heute Leistungserbringer gesetzlich und privat Versicherte auf gleich hohem Qualitätsniveau behandeln, würde Spitzenmedizin dann – internationale Vergleiche zeigen dies – zum Privileg Weniger werden. Hinzu kommt, dass die demographieanfällige Umlagefinanzierung auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt würde.

„Bürgerversicherung“
= Zwei-Klassen-
Medizin

Gegenüber dem Modell der Volksversicherung hat das von Rürup selbst propagierte Pauschalprämienmodell den Vorzug, die kapitalgedeckte – und damit demographiefeste – PKV bei unveränderter Versicherungspflichtgrenze unberührt zu lassen. Das Gutachten anerkennt insofern die unüberwindbaren rechtlichen Hürden, in das Geschäftsfeld der PKV einzugreifen. Es anerkennt, dass nur mit einer starken privaten Krankenversicherung Wettbewerb und Einheitlichkeit der Versorgungsstrukturen sowie ein hoher Qualitätsstandard zu gewährleisten sind.

„Pauschalprämienmodell“ vergrößert
Staatseinfluss

Allerdings mag man bezweifeln, dass Pauschalprämien der geeignete Finanzierungsweg sind. Sie setzen massive staatliche Transferzahlungen von rd. 25 Mrd. Euro jährlich voraus. Der Staat würde so einen dominie-

renden Einfluss auf das Gesundheitswesen nehmen. Damit ginge ein wesentlicher Vorzug dieses Systems in Deutschland – die vergleichsweise staatsferne Steuerung und Verwaltung durch die unmittelbar Systembeteiligten – verloren. Das mit dem Pauschalprämienmodell verbundene Ziel, mehr Felder für Wettbewerb zu erschließen, ist zu unterstützen und kann selbstverständlich auch vor der PKV nicht halt machen. Allerdings stößt die von der Kommission geforderte Mitgabe der Alterungsrückstellung auf bisher – wie das Ergebnis aller eingesetzten Experten-Kommissionen zeigt – nicht zu überwindende Hürden. Dies gilt auch für den im Bericht skizzierten Weg. Wie etwa will man für einen Versicherten zum Zeitpunkt des Wechsels exakt quantifizieren, welche Kosten er in Zukunft verursacht? Dazu müsste man eine konkrete, individuelle Prognose abgeben, man müsste die Fortschritte der Medizin antizipieren, man müsste die zukünftige Kostenentwicklung kennen und eine sichere Prognose über die individuelle Lebenserwartung machen können. Überdies muss sich die Einschätzung des abgebenden Unternehmens mit der des aufnehmenden decken – bei der Informations- und Interessenasymmetrie eine gewagte Annahme.

Gleichwohl erklärt die PKV ausdrücklich ihre Bereitschaft, konstruktiv an einer Lösung mitzuarbeiten, die den Wechsel erleichtert, die aber auch die Interessen der nicht wechselnden Versicherten berücksichtigt. Und worauf überdies zu achten sein wird: Sie muss administrierbar sein.

Herzog-Kommission

Von der Union ist die nach ihrem Vorsitzenden benannte Herzog-Kommission eingesetzt worden. Das von ihr vorgelegte Konzept ist außerordentlich mutig, unter anderem weil es eine klare Absage an die Idee der sog. Bürgerversicherung formuliert.

Uneingeschränkt zuzustimmen ist der Herzog-Kommission in ihrer Problemanalyse und zu großen Teilen auch in dem Ziel einer Gesundheitsreform. Zutreffend beschreibt die Herzog-Kommission die demographische Herausforderung, die bei Stärkung des Umlageverfahrens unausweichlich zu einer Überforderung unserer Kinder und der nachwachsenden Generation führt. Dies wäre in der Tat das Gegenteil von Solidarität. Auf der Finanzierungsseite muss also eine demographische Vorsorge aufgebaut werden. Dabei müssen die Lohnzusatzkosten reduziert werden, um die internationale Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands zu stärken und das eigentliche Problem unseres Sozialsystems – die Arbeitslosigkeit – deutlich zu reduzieren.

Auch das Ziel der Stärkung der Eigenverantwortung wird von der Herzog-Kommission aufgegriffen. So reduziert sie den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung um das Krankengeld und die gesamte Zahnbehandlung inklusive Zahnersatz und erhöht gleichzeitig die Autonomie der Versicherten, in eigener Verantwortung über Art und Umfang von Teilen ihres Versicherungsschutzes selbst zu entscheiden. So richtig diese Weichenstellung ist, so kritisch ist sie hinsichtlich der

richtig beschriebenen Herausforderung „Demographie“ und „Senkung der Lohnzusatzkosten“ zu beurteilen.

Zwar ist es angesichts der Tatsache, dass die Menschen immer älter werden und der Nachwuchs ausbleibt, unausweichlich, eine Demographie-reserve zu bilden. Diese Notwendigkeit ist von der PKV seit jeher erkannt und entsprechend in ihren Tarifen abgebildet worden. Sie verfügt heute über Alterungsrückstellungen von 84 Mrd. Euro, wohingegen das Defizit der GKV in der Krankenversicherung der Rentner bei jährlich über 30 Mrd. Euro liegt. Die notwendige Demographiereserve jedoch – wie Herzog fordert – im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubauen, ist angesichts der Erfahrungen, wie der Staat mit Reserven umgeht, auf die er Zugriff hat, verfehlt. Auch die Idee eines Kapitalstocks bei der Bundesbank ist keine Lösung, weil die Politik mit einfacher Mehrheit des Deutschen Bundestages Zugriff nehmen kann. Ein Beispiel hierfür ist die gesetzliche Rentenversicherung: Dieses ehemals mit Reserven ausgestattete System verfügt heute noch über eine Schwankungsreserve von einer halben Monatsausgabe – die jetzt zur Deckung aktueller Defizite beinahe vollständig aufgezehrt werden soll. Dies zeigt, dass eine echte Demographiereserve immer nur auf privatrechtlicher Grundlage – wie in der privaten Krankenversicherung seit Jahrzehnten erfolgreich praktiziert – gebildet werden kann.

Die von Herzog vorgeschlagene, von allen Erwachsenen in gleicher Höhe zu zahlende Pauschalprämie löst zwar das Problem der Lohnzusatzkosten, erhöht allerdings aufgrund des zwingend notwendigen Solidarausgleichs für die unteren Einkommensklassen den staatlichen Einfluss auf das Gesundheitswesen in Deutschland. Damit wird die Autonomie der Vielzahl von Akteuren im Gesundheitswesen potentiell deutlich geschwächt. Hinzu kommt, dass angesichts der katastrophalen Situation der öffentlichen Haushalte, die sich auf absehbare Zeit kaum verbessern dürfte, staatliche Transfers in der notwendigen Größenordnung von mindestens 25 Mrd. Euro jährlich kaum möglich sein dürften.

Es führt also an einem „dritten Weg“ jenseits von Bürgerversicherung und Pauschalprämienmodell kein Weg vorbei. Festlegungen und Schnellschüsse auf Basis unausgelegener Reformkonzepte, die weder auf ihre gesellschaftspolitische Orientierung noch auf die finanziellen Auswirkungen, geschweige denn auf die Qualität des Versorgungsniveaus hin untersucht wurden, verbieten sich. Vielmehr muss die Zeit bis zur vollen Wirksamkeit des GKV-Modernisierungsgesetzes von der Politik und allen Akteuren im Gesundheitswesen für eine Konsensbildung auf Basis zielführender, in ihren Auswirkungen durchgeprüfter Reformkonzepte genutzt werden. Die private Krankenversicherung wird sich an diesem notwendigen Prozess mit eigenen Vorstellungen konstruktiv beteiligen.

II. Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit zu Grenzfragen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Befreiung
von der KvdR

In dem Verfahren vor dem Bundessozialgericht – Az.: B 12 KR 3/03 R – ging es um die Frage, ob durch einen zeitweisen Verzicht auf eine Rente das Recht zur Befreiung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner neu eröffnet wird. Der im Beitrittsgebiet lebende Kläger bezog eine Halbwaisenrente, die nach der Herstellung der Einheit von der BfA gezahlt wurde. Auf Grund dieses Rentenbezuges war der Kläger versicherungspflichtig und Mitglied der beklagten Krankenkasse. Nachdem der Vater des Klägers im Jahre 1992 Polizeibeamter geworden war, beantragte der Kläger im Hinblick auf eine bestehende private Krankenversicherung die Entlassung aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses lehnte die beklagte Krankenkasse ab, weil die Frist für eine Befreiung nach § 8 Abs. 1 Nr. 3 SGB V nur bis Ende März 1991 gelaufen und bis dahin und sogar bis Ende 1992 kein Befreiungsantrag des Klägers gestellt worden sei. Nach weiteren Auseinandersetzungen um die Befreiung verzichtete der Kläger Anfang 1996 gegenüber der BfA für einen Monat auf die Rente und beantragte nach Wiederaufnahme der Rentenzahlung erneut die Befreiung. Sie wurde von der Beklagten abgelehnt, weil dieses Vorgehen die dreimonatige Frist für eine Befreiung nach § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht neu eröffne. Das Bundessozialgericht gab dem Kläger kein Recht. Der Verzicht auf die Rentenzahlung für einen Monat hat das Recht zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (§ 8 SGB V) nicht neu eröffnet.

Werkstudenten-
privileg

In den Verfahren B 12 KR 24/03 R und B 12 KR 4/03 R vor dem Bundessozialgericht wurde über die Versicherungsfreiheit für Werkstudenten entschieden. Ein Kläger absolvierte bei einer Sparkasse eine Ausbildung zum Bankkaufmann und war anschließend ganztags bei der Sparkasse beschäftigt. Dann nahm er ein Jura-Studium auf und arbeitete seither nur noch zwölf Stunden wöchentlich bei der Sparkasse. Die beklagte Krankenkasse sah den Kläger zunächst in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung als versicherungsfreien Werkstudenten an (vgl. für die Krankenversicherung § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Sie änderte diese Auffassung jedoch im Anschluss an ein Besprechungsergebnis der Spitzenverbände ab April 2000. Nach Ansicht der Spitzenverbände ergebe sich aus dem Urteil des Senats vom 10.12.1998 – Az.: B 12 KR 22/97 – dass bei Arbeitnehmern, die ihre Beschäftigung nach Aufnahme des Studiums beim selben Arbeitgeber fortsetzten, Versicherungsfreiheit aufgrund des Werkstudentenprivilegs nicht in Betracht komme. Dieser Personenkreis könne nur bei einer hier nicht vorliegenden Geringfügigkeit der Beschäftigung versicherungsfrei sein. Der Kläger vertrat demgegenüber die Ansicht, das Werkstudentenprivileg sei auch bei ihm anzuwenden; die Ansicht der Spitzenverbände lasse sich

dem genannten Urteil nicht entnehmen. Das Bundessozialgericht gab dem Kläger Recht. Im zweiten Verfahren klagten Rechtsanwälte, die in ihrer Praxis zunächst eine Rechtsanwalts- und Notariatsfachangestellte beschäftigten. Diese nahm an einer Universität das Studium der Betriebswirtschaftslehre auf und arbeitete seither nur noch 18 Stunden wöchentlich bei den Klägern. Auch hier entschied das Bundessozialgericht, dass das Werkstudentenprivileg anzuwenden sei.

In einem weiteren Verfahren vor dem Bundessozialgericht – Az.: B 12 KR 26/03 R – war die Anwendung des Werkstudentenprivilegs in der Zeit zwischen einem bestandenen Freiversuch im ersten juristischen Staatsexamen und einer Wiederholungsprüfung umstritten. Der Kläger war während seines Jura-Studiums als studentische Hilfskraft bei der Universität beschäftigt und als Werkstudent versicherungsfrei. Im Juli 1997 bestand er die erste juristische Staatsprüfung im Freiversuch. Er blieb danach weiterhin immatrikuliert und bis Ende September 1997 bei der Universität beschäftigt. Im Oktober 1997 meldete er sich zum Zwecke der Notenverbesserung für die Wiederholungsprüfung an, die er im Oktober 1998 bestand. Mit Bescheid und Widerspruchsbescheid stellte die beklagte Krankenkasse fest, dass der Kläger in der Zeit zwischen dem Bestehen des Examens im Freiversuch und der Anmeldung zur Wiederholungsprüfung aufgrund der Beschäftigung versicherungspflichtig gewesen sei, weil er für diese Zeit nicht mehr als Studierender angesehen werden könne. Das Bundessozialgericht hat dem Kläger Recht gegeben. Das Werkstudentenprivileg galt zu Gunsten des Klägers auch in der Zeit nach dem bestandenen Freiversuch im Juli 1997 und dem Ende seiner Beschäftigung bei der Universität Ende September 1997 und führte zur Versicherungsfreiheit.

Teil D

Statistik

I. Statistische Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde

Auch im Jahr 2003 wurde von den Mitgliedsunternehmen die statistische Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde nach den seit 1995 gültigen Formblättern abgegeben, wie sie im Rechenschaftsbericht 1995, S. 141, beschrieben sind. Es handelt sich dabei sowohl um Quartalsmeldungen als auch um Jahresnachweisungen. Im Zuge der Umsetzung der versicherungsrechtlichen Richtlinien der EU in deutsches Recht erhielt das BAV (heute Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – BaFin) mit der Bestimmung in § 103 a VAG und der Ausführungsbestimmung in § 17 der Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (KalV) die Verpflichtung, Wahrscheinlichkeitstabellen als mögliche Grundlage für die Kalkulation von Krankenversicherungstarifen zu veröffentlichen und die Daten dazu von den Versicherungsunternehmen zu erheben. Hierzu werden aus ambulanten, stationären und Zahntarifen die versicherten Personen, die Rechnungsbeträge sowie die Erstattungsbeträge angefordert, für Krankentagegeldtarife neben den versicherten Personen die Leistungstage und im Bereich der Pflegeversicherung die versicherten Personen und die dazugehörigen Abgänge durch Tod und durch Stornierungen abgefragt. Bei den Unternehmen wurden erstmals Daten für das Berichtsjahr 1995 erhoben. Seitdem erfolgt die Erhebung in jährlichem Turnus.

Meldungen an die
Bundesanstalt für
Finanzdienst-
leistungsaufsicht

II. Verbandsstatistik

1. Allgemeines

Seitens des Verbandes werden durch diverse Umfragen und Erhebungen bei den Mitgliedsunternehmen statistische Daten ermittelt. Zusätzlich erhält der Verband von den meisten Meldungen der Mitgliedsunternehmen an die Bundesanstalt Kopien für die Verbandsstatistik. Auch führt

Verbandsstatistik

der Verband einige der Statistiken weiter, die nach den seit 1990 geltenden Vorschriften für die Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde entfallen sind. Dadurch wird er in die Lage versetzt, der Öffentlichkeit aktuelles Zahlenmaterial über die wirtschaftliche Entwicklung der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellen.

2. Wahrscheinlichkeitstabeln

Allgemeines

Bereits seit dem Jahr 1970 werden seitens des Verbandes Daten zu Wahrscheinlichkeitstabeln von den Mitgliedsunternehmen erhoben. Es handelte sich dabei ursprünglich nur um Rechnungsbeträge in den Bereichen ambulanter und stationärer Versicherungsschutz. Später kam hinzu, dass die Abhängigkeiten der Erstattung von den Selbstbehalten untersucht wurden. Seit dem Beobachtungsjahr 1992 werden auch Daten über das Ausscheiden von Versicherungsnehmern durch Stornierung der Verträge oder durch Tod erhoben und untersucht. Diese Daten bilden die Basis für Untersuchungen und Berechnungen in Arbeitskreisen des Verbandes, deren Ergebnisse wiederum den Mitgliedsunternehmen zur Verfügung gestellt werden. Die Unternehmen verwenden die Ergebnisse als Grundlage für Tarifikalkulationen, wenn die Daten des eigenen Unternehmens nicht genügend Aussagekraft besitzen oder Produktentwicklungen in neuen Bereichen vorgenommen werden.

a) Wagnisstatistik

Ermittlung der Profile

Die Mitgliedsunternehmen stellen tarifspezifische Daten zu Rechnungs- und Leistungsbeträgen für folgende Leistungsarten zur Verfügung:

- Arzneien und Verbandmittel
- Zahnbehandlung
- Zahnersatz und Kieferorthopädie
- Sämtliche übrigen ambulanten Leistungen
- Krankenhaus-Regelleistungen
- Krankenhaus-Regelleistungen, Chefarztbehandlung und Zuschlag für Zweibettzimmer
- Krankenhaus-Regelleistungen, Chefarztbehandlung und Zuschlag für Einbettzimmer
- Krankenhaus-Regelleistungen, Chefarztbehandlung und Zuschlag für Einbettzimmer mit Ersatztagegeld.

Im Bereich der stationären Leistungen werden zusätzlich Krankentage erfasst. Hinzu kommen aus Krankentagegeldversicherungen Angaben zur Anzahl der Leistungstage. Dabei werden unterschiedliche Karenzzeiten berücksichtigt, um die verschiedenen Versichertengruppen – Angestellte und Selbständige – abzudecken. Es werden nur von Versicherten Daten in die Statistik einbezogen, welche mindestens drei Jahre dem Versichertenbestand angehören. Die Erhebung erfolgt unterschiedlich nach Geschlecht und Einzelaltern.

Ausgewählte Werte aus dieser Statistik werden im Zahlenbericht sowohl tabellarisch als auch graphisch dargestellt. Die Ergebnisse werden im Übrigen den Mitgliedsunternehmen zur Verfügung gestellt, welche sie ergänzend zu den nicht so detaillierten Wahrscheinlichkeitstabellen der BaFin für die Tarifikalkulation benutzen.

Verwendung

b) Auswirkung von Selbstbehalten auf die rechnungsmäßigen Kopfschäden von Krankheitskostentarifen

Für den ambulanten Bereich werden von den Mitgliedsunternehmen zusätzlich Daten zu den Leistungen in Selbstbehalttarifen für die unterschiedlichen Selbstbehaltstufen geliefert. Diese Erhebung wird seit dem Beobachtungsjahr 1976 durchgeführt. Da bei diesen Auswertungen größere Bestände zusammengefasst werden, können hier leichter als im Bestand nur eines Mitgliedsunternehmens Korrelationen zwischen der Höhe von Selbstbehalten und der von Kopfschäden festgestellt werden. Insbesondere kleine Mitgliedsunternehmen, deren Bestände für die Ermittlung repräsentativer eigener Daten noch zu gering sind, können für ihre Berechnungen und Planungen diese Statistik mit heranziehen.

Selbstbehaltstatistik

c) Ausscheidewahrscheinlichkeiten

Ab dem Beobachtungsjahr 1992 werden vom Verband bei den Mitgliedsunternehmen Daten über das Ausscheiden von Versicherungsnehmern durch Stornierung der Verträge erhoben. Die Ergebnisse dieser Statistik geben den Unternehmen Anhaltspunkte für die Festlegung der Stornowahrscheinlichkeiten in ihren eigenen Tarifen. Als genaue Rechnungsgrundlage kann diese Statistik allerdings nicht herangezogen werden, da die Unterschiede bei den einzelnen Unternehmen je nach Struktur des Außendienstes und der Kundenzielgruppe zu groß sind und da keine Beginnjahre eliminiert werden.

Stornostatistik

Ebenfalls ab dem Beobachtungsjahr 1992 werden Daten über die Todesfälle bei versicherten Personen erhoben. Aus den Werten der ersten drei Jahre wurde unter Verwendung von allgemein anerkannten Ausgleichsverfahren und mit einer aus allgemeinen Daten ermittelten Extrapolation über fünf Jahre die Sterbetafel „PKV 2000“ ermittelt. Die weitere Beobachtung der Sterbefälle hat zu der Erkenntnis geführt, dass sich die Lebenserwartung weiter erhöht hat und somit eine Überarbeitung der Sterbetafel nötig wurde. Aus den Daten der Beobachtungsjahre bis einschließlich 1999 wurde ein PKV-eigener Trend für die Entwicklung der Lebenserwartung abgeleitet und damit aus den vorliegenden Daten die Sterbetafel „PKV 2004“ fünf Jahre in die Zukunft extrapoliert. Diese wird nun sukzessive bei Beitragsanpassungen in die Tarife der Unternehmen eingeführt.

Sterbewahrscheinlichkeiten

3. Krankheitsartenstatistik

Krankheitsarten-
statistik

In der Krankheitsartenstatistik wird untersucht, wie sich einerseits Leistungen und andererseits Krankenhausaufenthalte auf die verschiedenen Krankheitsarten verteilen. Die Beteiligung an dieser Statistik ist – insbesondere bezogen auf Marktanteile – relativ gering. Die Ergebnisse werden seit dem Berichtsjahr 2000 im Zahlenbericht des Verbandes, für frühere Zeiten im Rechenschaftsbericht des Verbandes veröffentlicht.

4. Rechnungsauswertungen

GOÄ und GOZ

Auch im Jahr 2003 wurde die Erhebung von Arztrechnungen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie von Zahnarztrechnungen kontinuierlich fortgesetzt. Der Umfang und die Form der Ziehung wurden gegenüber dem im Rechenschaftsbericht 1988, Abschnitt D.II.4., S. 114 dargestellten Verfahren nicht geändert. Es ist weiter zu beobachten, dass zahlenmäßig nur ein geringer Teil der Leistungen über dem Regelhöchstsatz abgerechnet wird. Insbesondere im Zahnbereich, aber auch im stationären Bereich sind es vor allem die teuren Leistungen, für die ein solcher Ansatz gewählt wird. Der weit überwiegende Teil der Leistungen wird zum Regelhöchstsatz liquidiert. Seit der letzten Preisanpassung in GOÄ und GOZ im Jahr 1996 hat sich im ambulanten Bereich der durchschnittlich abgerechnete Betrag je Leistung um 3,8 Prozent erhöht, im stationären Bereich um 5,7 Prozent, wohingegen er im Zahnbereich um 9,1 Prozent sank. Dagegen steht allerdings die Entwicklung der, je Arztkontakt, insgesamt abgerechneten Leistungen. Deren Betrag stieg in allen drei Bereichen und zwar bei ambulanter Behandlung um 16,4 Prozent, bei stationären Leistungen um 6,5 Prozent und im Zahnbereich um 5,1 Prozent. Hieran lässt sich deutlich auch ein Ausweiten der abgerechneten Mengen ablesen.

5. AIDS-Statistik

AIDS-Statistik

Die Mitgliedsunternehmen liefern seit dem Jahr 1985 an den PKV-Verband Daten über die Zahl der erkannten HIV-Infektionen. Da zu Beginn der Erhebungen auch die Vergangenheit erfasst wurde, spiegelt die Statistik die Entwicklung seit Auftreten der Krankheit wider. In die Statistik geht neben der Zahl der erkannten HIV-Infektionen auch die Anzahl der Verstorbenen ein.

Umstellungen

Bis einschließlich Beobachtungsjahr 2002 wurden die Kosten beobachtet, die in den letzten drei Jahren vor dem Tod eines HIV-Infizierten festgestellt wurden. In den letzten Jahren war zu beobachten, dass die Zahl der Todesfälle – bei konstanter Anzahl der Neuinfektionen – deutlich abnahm. Darin spiegelt sich die Tatsache, dass durch neue Medikamente und Behandlungsmethoden die Lebenserwartung von Aidskranken stark angestiegen ist. Diese Behandlungen gehen allerdings mit hohen Kosten einher. Insofern ist die Beobachtung der Kosten nur drei Jahre vor dem

Tod weniger relevant. Ab dem Jahr 2003 wurde daher die Statistik umgestellt, so dass nun die von allen HIV-Infizierten in Anspruch genommenen Leistungen in einem Jahr beobachtet werden. Wegen der Umstellung der Statistik liegen die Ergebnisse noch nicht vor. Sie werden in dem im Herbst erscheinenden Zahlenbericht 2003/2004 veröffentlicht.

6. Statistik der Pflegepflichtversicherung

Die die Pflegepflichtversicherung betreibenden Unternehmen – ob sie dem Verband angehören oder nicht – haben sich über einen Poolvertrag zu einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zusammengeschlossen, für die der PKV-Verband als Geschäftsführung fungiert. Zweck der Gesellschaft ist die einheitliche Beitragskalkulation, die nach dem Pflegeversicherungsgesetz vorgeschrieben ist, die Durchführung des ebenfalls vorgeschriebenen finanziellen Ausgleichs, die für diese Zwecke nötige Führung der Gemeinschaftsstatistik und die Revision bei den Gesellschaftern. Für die Statistik werden von den Unternehmen sehr detailliert Daten zu Beständen und Leistungen an den Verband übermittelt.

Datenerhebung

In der Bestandsstatistik werden Daten über die Zusammensetzung der Bestände nach Alter, Geschlecht, Tarifstufe, alte bzw. neue Bundesländer und Status (z. B. beitragsfreies Kind oder Beitragskappung unter Ehegattenregelung) zusammen mit den von diesen Versicherten tatsächlich erhobenen Beiträgen übermittelt. Die Verbandsgeschäftsführung ermittelt daraus den sich aus der Eintrittsalters- und geschlechtsabhängigen Kalkulation im Anwartschaftsdeckungsverfahren ergebenden tatsächlichen Beitragsbedarf. Aus diesen Daten wird der Beitrags-Poolausgleich berechnet. Dessen Notwendigkeit ergibt sich daraus, dass im Pflegepflichtversicherungsgesetz geschlechtsunabhängige Beiträge vorgeschrieben sind, die der Höhe nach auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Pflegeversicherung, für Ehegatten unter bestimmten Voraussetzungen auf zusammen 150 Prozent davon, begrenzt sind, und Kinder beitragsfrei zu führen sind. Die durch diese Bestimmungen fehlenden Beitragsteile werden durch Umlage von den übrigen Versicherten erhoben. Da die Bestandsverteilung in den einzelnen Unternehmen sehr unterschiedlich ist, ist es nötig, einen unternehmensübergreifenden Ausgleich durchzuführen. Der gesamte Umlagebedarf betrug im Jahr 2003 nach der Kalkulation 271 Mio. Euro. Ein großer Teil des Ausgleichs erfolgt innerhalb der Unternehmen. Zwischen den Unternehmen wurden für das Jahr 2003 auf der Basis vorläufiger Werte, die aus den Daten des ersten Halbjahres auf das Gesamtjahr hochgerechnet werden, bereits 66 Mio. Euro ausgeglichen. Davon entfallen 54 Mio. Euro auf den Umlagebedarf, der bei den Versicherten der Versorgungseinrichtungen von Bahn und Post (Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und Postbeamtenkrankenkasse) entsteht. Für diesen Personenkreis schreibt das PflegeVG vor, dass die Pflegepflichtversicherung durch die PKV abzudecken ist. Dafür wurde eine Mitversicherungsgemeinschaft aller die Pflegepflichtversicherung betreibenden Unternehmen gegründet.

Bestandsstatistik

Leistungsstatistik

Für die Leistungsstatistik werden Daten differenziert nach Alter und Geschlecht sowie nach 38 verschiedenen Leistungsstufen und Unterstufen in den beiden Tarifstufen (Beihilfeberechtigte und Nichtbeihilfeberechtigte) erhoben. Diese Daten bilden die Basis für die jährliche Überprüfung der Kalkulation sowie für eine Neukalkulation, sobald diese nötig wird. Dabei ermöglicht die Unterscheidung in die einzelnen Leistungsbereiche, Leistungsanpassungen bei einer Gesetzesnovellierung in einer dafür nötigen Nachkalkulation korrekt abzubilden. Die Statistik dient darüber hinaus dazu, zwischen den Unternehmen einen Leistungsausgleich durchzuführen. Dieser wird dann nötig, wenn innerhalb eines Unternehmens die sich aus der Kalkulation ergebenden rechnermäßigen Schadenerwartungen zuzüglich gewisser Sicherheiten niedriger liegen als die im Unternehmen tatsächlich eingetretenen Schäden. Das Volumen des Leistungsausgleichs kann allerdings nur gering sein, da durch die ständige Überprüfung der Rechnungsgrundlagen jedenfalls in Unternehmen mit größeren Beständen keine Überschäden über den gesamten Bestand auftreten können. Bei kleinen Unternehmen kann dagegen durch einzelne Großschäden bereits Ausgleichsbedarf entstehen.

Meldungen an das Bundesgesundheits- ministerium und das Statistische Bundesamt

Durch die Pflegestatistikverordnung ist die PKV verpflichtet, Daten zur Anzahl von Leistungsempfängern regional aufgliedert an das Statistische Bundesamt zu übermitteln. Darüber hinaus erhält das Bundesgesundheitsministerium Angaben zur Anzahl der Versicherten, der Anzahl der Leistungsempfänger in bestimmten Leistungsarten jeweils nach Alter und Geschlecht sowie die Leistungsausgaben nach Leistungsarten.

III. Bundesstatistik zur Krankenversicherung

Mikrozensus

Nachdem ab dem Jahr 1995 die jährliche Befragung über den Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung im Rahmen der Mikrozensusuntersuchungen des Statistischen Bundesamtes auf einen Vierjahresrhythmus umgestellt wurde, wurde nach der Befragung im Jahr 1999 (Ergebnisse siehe Rechenschaftsbericht 2000, S. 108 f.) im Jahr 2003 wieder eine Befragung zur Krankenversicherung durchgeführt. Mit Ergebnissen ist frühestens Ende 2004 zu rechnen.

Anhang

Grußwort

**anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten
Krankenversicherung am 12.6.2003 in Dresden**

von
Jochen Sanio
Präsident der Bundesanstalt
für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bonn

Meine Damen und Herren,

Sie haben sich einen wunderschönen, zugleich aber auch symbolträchtigen Ort für Ihre Jahrestagung ausgesucht: Dresden, die Perle des Barock. Aber Dresden ist auch die Stadt August des Starken. Möge ein wenig von der legendären Stärke des Kurfürsten von Sachsen und Königs von Polen auf Sie übergehen. Sie werden sie brauchen, um nach den Turbulenzen der jüngsten Vergangenheit wieder Mut zu fassen und die Dinge fest in die Hand zu nehmen.

Das Jahr 2002 hat die Versicherungswirtschaft arg gebeutelt. Im Fokus der Öffentlichkeit standen zwar vor allem die Lebensversicherer, aber der Zusammenbruch der Aktienmärkte hat auch Ihrer Sparte schwer zugesetzt. Der Blick in die Bilanzen der privaten Krankenversicherer schmerzt, er zeigt nur allzu deutlich, wie stark die Überschüsse gesunken sind. Dabei haben viele Unternehmen erstmals von der Möglichkeit des § 341 b HGB Gebrauch gemacht; ich nehme an in der Hoffnung, dass sich die Kurse bald wieder nach oben bewegen. Doch wie sagte einst ein berühmter amerikanischer Baseballstar: Die Zukunft ist auch nicht mehr das, was sie einmal war.

Die Baisse an den Aktienmärkten zieht sich nun schon viel länger hin, als wir alle befürchtet haben. Und die Vorhersage fällt nicht schwer, dass ein großer Teil der bestehenden stillen Lasten im Jahr 2003 abgeschrieben werden muss und somit leider auch die Jahresabschlüsse des Jahres 2003 belasten wird. Trotz allem, die Krankenversicherer standen im vergangenen Jahr nicht im Mittelpunkt unserer Aufsicht, denn durch die geltenden Kalkulationsvorschriften, vor allem durch den Sicherheitszuschlag, konnten sie immer noch Überschüsse erzielen. Die Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellung war daher jederzeit gewährleistet. Doch ein Unglück kommt selten allein, wie auch Sie erfahren mussten. In den vergangenen Jahren sind nicht nur die Aktienkurse dramatisch gesunken, auch mit der Anlage in Rentenpapieren lassen sich nur noch deutlich niedrigere Verzinsungen erzielen, als das in der Vergangenheit der Fall war. Der Höchstrechnungszins der Lebensversicherer wird deshalb demnächst nach langen und intensiven Diskussionen gesenkt. Ein Schicksal, das auch Ihnen blühen könnte. In der privaten Krankenversicherung liegt der Höchstrechnungszins mit 3,5 Prozent sogar noch über dem bisherigen Höchstrechnungszins der Lebensversicherung. Wir werden daher gemeinsam darüber nachdenken müssen, ob und inwieweit auch der Rechnungszins in der Krankenversiche-

rung gesenkt werden sollte. Für bestehende Verträge kann der Rechnungszins zwar nur dann gesenkt werden, wenn eine Beitragsanpassung wegen des steigenden Schadenbedarfs erforderlich ist. Für neu abzuschließende Verträge könnte der Gesetzgeber dagegen kurzfristig reagieren.

Meine Damen und Herren, die Zeiten könnten schwieriger nicht sein – oder etwa doch? „Oft ist die Zukunft schon da, ehe wir ihr gewachsen sind“, hat ein berühmter amerikanischer Dichter einmal bemerkt. Die BaFin wollte deshalb wissen, was wäre wenn? Wenn also die Aktienkurse noch weiter sanken und die Verzinsung der Rentenpapiere noch stärker nachließe. Die privaten Krankenversicherer mussten der BaFin daher mit Stichtag 31. März 2003 erstmals die Ergebnisse eines Stresstests vorlegen. Dabei haben wir zwei unterschiedliche Szenarien zugrunde gelegt: Das Szenario A geht von einem Marktwertverlust von 35 Prozent bei Aktien und 10 Prozent bei Rentenpapieren aus und im Szenario B haben wir einen Marktwertverlust von 20 Prozent bei Aktien und von 5 Prozent bei Rentenpapieren angenommen. Wenn ein Unternehmen den Stresstest A nicht bestanden hat, war der Gesamtvorstand zu informieren, hat es auch Stresstest B nicht bestanden, musste zusätzlich der Aufsichtsrat informiert werden. Außerdem haben wir uns dann vom Vorstand darlegen lassen, mit welchen Mitteln er die Risikotragfähigkeit seines Unternehmens verbessern würde. Zumindest der Stresstest A ist ein rechtes „worst case“-Szenario im wahren Sinne des Wortes, dessen Eintritt, das wiederhole ich immer wieder und besonders gern, wenn die Presse zugegen ist, unwahrscheinlich ist – und das ist noch milde ausgedrückt.

„Aber das Schlimmste fürchten, heilt oft das Schlimmere“, wusste schon Shakespeare. Dabei geht es, das will ich hier auch betonen, aber um eine rein unternehmensinterne Perspektive, mit der jeder Vorstand es dann auch genug sein lassen sollte. Es gibt allerdings einzelne Unternehmen, die damit werben, dass sie den Stresstest bestanden hätten. Ich halte das für sehr bedenklich und will Ihnen auch sagen, warum: Der Stresstest, den wir zur Zeit verwenden, ist nur ein sehr grober Indikator, der wichtige Dinge nicht berücksichtigt. So bleiben Absicherungsstrategien bei der Aktienanlage und stille Reserven in Namenspapieren außen vor. Außerdem tun wir so, als ob der Sicherheitszuschlag voll zur Deckung von Verlusten aus Kapitalanlagen zur Verfügung stünde. Wenn jedoch Risikoverluste aus dem Schadensverlauf auftreten, müssen diese ebenfalls aus dem Sicherheitszuschlag finanziert werden. Den Stresstest bestanden oder nicht bestanden zu haben, sagt daher allein nichts über die finanzielle Solidität eines Unternehmens aus. Der Messwert, den der Stresstest liefert, ist deshalb als Informationsquelle nur für die BaFin brauchbar, die ihn als Ausgangspunkt für weitergehende Untersuchungen verwenden kann. Für sich allein genommen, sprich ohne weitere Informationen, kann der Stresstest die Situation eines Versicherungsunternehmens nicht zutreffend wiedergeben.

Am Ende kommt es aber nicht darauf an, die Zukunft vorauszusagen, sondern auf sie vorbereitet zu sein. Wir werden deshalb weitere Ansprüche an Sie stellen, meine Damen und Herren. Wie bereits erwähnt, können Versicherungsunternehmen durch die Bildung stiller Lasten das Abschreibungsrisiko auf die Folgejahre übertragen. Das Abschreibungsrisiko kann sich aber durch die zunehmende Volatilität der Aktienmärkte erhöhen – ich hoffe, irgendwann wird sie einmal zurückgehen, aber wer weiß das schon. Für uns als Aufsicht ist es deshalb unverzichtbar, einen zeitnahen Einblick in die Reservesituation der Versicherer nehmen zu können. Die Unternehmen müssen der BaFin daher künftig vier-

teljährlich über die Bestände der einzelnen Kapitalanlagearten und die darin enthaltenen stillen Lasten und stillen Reserven, auch die gibt es schließlich noch, berichten. Damit wird nunmehr auch unterjährig die Bedeckung der versicherungstechnischen Passiva mit qualifizierten Kapitalanlagen abgefragt – sowohl zu Buch- als auch zu Zeitwerten. Beides gilt für sämtliche Vermögensblöcke. Besondere Aufmerksamkeit werden wir dabei dem Deckungsstockvermögen widmen, das schließlich im Falle einer Insolvenz zugunsten der Versicherten verwendet wird und sich deshalb durch besondere Sicherstellungstechniken auszeichnet. Ich denke, mit diesen zusätzlichen aufsichtlichen Anforderungen können Sie leben und hier wird nicht neues, bürokratisches Übermaß produziert.

Von anderer Seite, denke ich, musste die private Krankenversicherung in letzter Zeit Schlimmeres einstecken. Der Gesetzgeber hat zum 1. Januar 2003 die Versicherungspflichtgrenze deutlich erhöht. Was dies für das Neugeschäft auf dem Gebiet der Vollversicherung bedeutet, brauche ich Ihnen nicht zu erklären. Außerdem scheint die Diskussion um die Versicherungspflichtgrenze damit noch nicht beendet zu sein. So wird von verschiedenen Seiten gefordert, alle Krankheitskostenvollversicherungen auf die gesetzliche Krankenversicherung zu überführen. Da die Krankheitskostenvollversicherung einschließlich der Pflegepflichtversicherung 77 Prozent der gesamten Beitragseinnahmen der privaten Krankenversicherung ausmacht, ist klar, was die pure Verwirklichung dieses Plans für die Existenz der privaten Krankenversicherungsunternehmen bedeuten würde.

Auf der anderen Seite wird allerdings diskutiert, das Krankengeld und vielleicht auch noch etwas anderes, das wird Herr Rürup sicherlich viel besser darstellen können, der GKV aus der paritätischen Finanzierung herauszunehmen. Die privaten Krankenversicherer haben hierzu ein Angebot vorgelegt, wie der Verdienstausschlag privatrechtlich versichert werden könnte. Dieses Modell hätte den Vorteil, dass – wie in der privaten Krankenversicherung üblich – eine Alterungsrückstellung gebildet würde. Die jüngeren Versicherten sorgen damit für den Fall vor, dass für sie mit zunehmendem Alter steigende Versicherungsleistungen erbracht werden müssen. Leider enthält auch dieses Modell einige Problempunkte: Wegen der geplanten sozialbedingten Höchstbeiträge sollen die Versicherten zusätzlich einen Umlagebeitrag leisten wie in der privaten Pflegepflichtversicherung. Darüber hinaus soll es einen Poolausgleich unter den Versicherungsunternehmen geben. Verständlich ist, dass die Beiträge des Krankengeldtarifes höher wären als die Beiträge, die die GKV zurzeit benötigt. Für den Aufbau der Alterungsrückstellung müssen zusätzliche Mittel bereitgestellt werden, die nur aus Beiträgen kommen können. Der Vorteil eines Anwartschaftsdeckungsverfahrens kann sich leider nur langfristig zeigen. Besonders deutlich wird der Vorteil dieses Verfahrens allerdings häufig schon in der Pflegeversicherung, in der die Leistungsfälle vorwiegend bei älteren Versicherten auftreten. Der Präsident des Bundesversicherungsamtes hat prognostiziert, dass die Rücklagen der sozialen Pflegeversicherung in fünf Jahren aufgebraucht sein werden. Die private Pflegepflichtversicherung hat ihre Beiträge dagegen mehrfach senken können.

Der Gesetzentwurf zur Modernisierung des Gesundheitssystems sieht vor, dass gesetzliche und private Krankenversicherungen bei Zusatzversicherungen künftig kooperieren dürfen. Bei den Tarifen, die von den Versicherungsunternehmen zur Deckung des zusätzlichen Bedarfs auf den Markt gebracht werden, würde es sich um Tarife der nicht substitutiven Krankenversicherung handeln. Eine Pflicht zur Vorlage der Technischen Berechnungsgrundlage bei der Versicherungsaufsicht, bestünde also nicht. Wir könnten nur bei örtlichen Prüfungen feststellen, ob die kalkulierten Beiträge ausreichend bemessen sind.

Für den Fall, dass das alles so kommen wird, möchte ich deshalb schon heute an Sie appellieren, Sie als die Verantwortlichen, die Beiträge dann nicht zu optimistisch zu kalkulieren. Einige Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung fordern, künftig selbst Zusatztarife für Chefarztbehandlung im Krankenhaus und für privatärztliche Behandlung anbieten zu können. Hier meine ich, wenn schon, denn schon: Wer privatrechtliche Versicherungsverträge abschließt, muss auch nach den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes und des Versicherungsaufsichtsgesetzes antreten. Wenn zwei Fußballmannschaften gegeneinander spielen, ist normalerweise nicht nur das Spielfeld eben, sondern es gelten für beide Teams auch die gleichen Spielregeln.

Zu guter Letzt möchte ich noch ein Anliegen an Sie herantragen, um das es mir wirklich sehr ernst ist. Auch in vielen anderen Staaten Europas erwachsen aus der demographischen Entwicklung Probleme für die Krankenversicherung. Ich möchte Sie deshalb ermuntern, das deutsche Kalkulationsmodell der privaten Krankenversicherung im Rahmen Ihrer internationalen Kontakte weiter bekannt zu machen. Wir sollten gemeinsam versuchen, bei unseren Freunden und Partnern in der Europäischen Union mehr Verständnis dafür zu wecken, dass in der Krankenversicherung die Beiträge mit einer Alterungsrückstellung kalkuliert werden sollten.

Und schließlich möchte ich Sie nachdrücklich bitten: Stellen Sie sich Schulter an Schulter mit uns der großen Herausforderung der Zukunft, die da heißt: „Solvency II“. Mit „Solvency II“, dem aufsichtsrechtlichen Mammutprojekt der EU, wird auch die Versicherungsaufsicht den Weg gehen, den „Basel II“ schon für die Bankenaufsicht vorgezeichnet hat. Weg von einem eher quantitativen Ansatz, hin zu einer stärker qualitativen, präventiv agierenden Aufsicht. Ich versichere Ihnen schon heute auf Ehre und Gewissen, „Solvency II“ wird Ihr Nachteil nicht sein. Legen Sie Ihre Vorbehalte ab, falls Sie noch welche haben, und arbeiten Sie mit uns zusammen. Nur auf diese Weise können wir die deutschen Interessen in Brüssel wirksam vertreten und unsere private Krankenversicherung stark halten. Den besonderen Wert der privaten Krankenversicherung hat niemand treffender beschrieben als Eugen Roth in seinem kleinen Gedicht:

Privatpraxis
Der Arzt heißt herzlich Dich willkommen,
was Dir auch fehlt, Geld ausgenommen.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg für den weiteren Verlauf Ihrer Verbandstagung und August der Starke sei mit Ihnen.

Grußwort

**anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten
Krankenversicherung am 12.6.2003 in Dresden**

von
Professor Dr. Dr. h. c. Bert Rürup
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaften,
Technische Universität Darmstadt

„Schwerpunkte der anstehenden Gesundheitsreform“““

Sehr geehrte Damen und Herren,

lassen Sie mich mit einigen wenigen, aber wichtigen ordnungspolitischen Bemerkungen beginnen:

Der Hintergrund unserer Diskussion ist die seit spätestens 20 Jahren bekannte Bevölkerungsalterung. Nur glaube ich, die Politik hat immer noch nicht erkannt, dass die Probleme, die aus der Bevölkerungsalterung resultieren, nicht in erster Linie Probleme der Sozialversicherung sind. Wir haben hier eine ziemlich verkürzte Diskussion. Wenn wir uns das Profil unseres Bevölkerungsaufbaus vergegenwärtigen, haben wir jetzt eine Wettertanne mit dem Einschnitt ab 1970. Da wir keine standgehaltenen Geburtenzahlen mehr haben, wird dies dazu führen, und zwar völlig unabhängig davon, wie wir Zuwanderung gestalten (Zuwanderung wird im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung völlig überschätzt), dass wir in 50 Jahren keine Wettertanne als Profil mehr haben, sondern, höflich formuliert, ein pilsförmiges Gebilde, drastisch formuliert, ein urnenförmiges Gebilde. Die am stärksten besetzte Bevölkerungsgruppe werden dann die 60-Jährigen sein und jeder nachwachsende Jahrgang wird kleiner sein als der vorhergehende. Das ist das, was man eine implodierende Gesellschaft nennt.

Die Probleme dieser implodierenden Gesellschaft kann man nicht durch Reformen der sozialen Sicherungssysteme beseitigen. Wir werden hier zwar sehr viel machen müssen. Sie können sicher sein, dass ich mir mein Betätigungsfeld nicht wegdiskutiere, aber ich glaube, die entscheidenden Antworten auf dieses Problem werden auf dem Gebiet der Bildungspolitik und nicht zuletzt der Familienpolitik gefunden werden. Und das haben wir leider noch nicht erkannt. Diese Entwicklung können wir nicht durch Reformen und auch nicht durch Kapitaldeckung wegbekommen. Da sind andere Politikfelder gefordert und ich würde mir wünschen, dass die Politik hier einmal den Blick weitet und sieht, dass alternde Gesellschaften notwendigerweise wachstumsschwächer und innovationsschwächer sind und dass zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit Bildungspolitik erforderlich ist, und zwar Weiterbildungspolitik.

Wir haben den Pisa-Schock, wir schauen auf die Erstausbildung. Die Schlüssel zur Bewältigung der demographischen Alterung liegen aber in der Weiterbildung und nicht zu-

letzt in der Familienpolitik. Ich glaube, die Politik wird einmal das aussprechen müssen, was man gegenwärtig nicht tut: Wir brauchen mehr Kinder.

In keinem Land mit einer funktionierenden staatlichen Ordnung ist das Gesundheitsrisiko privatisiert und das Angebot an medizinischen Leistungen dem freien Markt überantwortet. Überall sind zentrale Bereiche der Produktion, Finanzierung und Verteilung medizinischer Leistungen von einer ansonsten marktwirtschaftlichen Steuerung ausgenommen. Dies natürlich in Abstufungen:

Von einem sehr marktnahen System in den Vereinigten Staaten über die vielfältigen Formen staatlicher Zwangsversicherungen und parafiskalische beziehungsweise korporatistische Organisationen bis zu einem staatlichen Gesundheitssektor in Großbritannien oder Italien.

Die Gründe hierfür sind zum einen die Informationsasymmetrien zwischen Krankenversicherungen und Versicherten zugunsten der Versicherten und zum anderen die Informationsasymmetrien zwischen Arzt und Patient zugunsten des Arztes.

Hinzu kommt, dass eine Individualisierung der Absicherung gegen Gesundheitsrisiken ohne Rücksicht auf die Einkommenssituation des Patienten bzw. Versicherten offensichtlich und weltweit elementaren Gerechtigkeitsvorstellungen widerspricht.

Völlig falsch wäre es allerdings, daraus abzuleiten, dass deswegen im Gesundheitswesen Wettbewerb fehl am Platz ist. Die hier typischen Informationsasymmetrien verbieten es zwar, den Wettbewerb auf den „Markt für Gesundheitsleistungen“ nach dem Vorbild eines „Warenmarktes“ zu organisieren. Diese Asymmetrien verbieten aber nicht, den effizienzsteigernden Wettbewerb instrumentell in den Dienst der Gesundheitspolitik zu stellen. Denn Wettbewerb ist nicht gleich Markt. Wettbewerb ist ein allgemeiner gesellschaftlicher Steuerungsmechanismus, der nicht nur auf oder über gewinnorientierte Märkte etabliert werden kann.

Ein Versagen des Marktes legitimiert daher auf keinen Fall eine staatliche Einheitsversicherung oder einen staatlichen Gesundheitsdienst: Dies umso weniger, als das gängige und auf den ersten Blick plausible Argument, nur eine Einheitsversicherung, die möglichst alle Bürger umfasse, könne eine klassenlose Medizin und damit auch und gerade Spitzenmedizin für alle gewährleisten, falsch ist. Auch wenn es niemals und nirgends eine klassenlose medizinische Versorgung gab und gibt – und natürlich auch bei uns nicht – so zeigt doch ein Blick in Länder, in denen es solche Einheits- bzw. Bürgerversicherungen gibt, dass gerade dort jetzt das praktiziert wird, was wir mit Klassenmedizin bezeichnen.

Denn der Umstand, dass alle Bürger in der Volksversicherung sind, hindert die „Reichen“ doch nicht, sich privat eine bessere Versorgung zu kaufen. Und zu dieser privaten Spitzenmedizin haben dann allerdings die „Nur-Pflichtversicherten“ keinen Zugang, anders als z.B. in unserem gegliederten System, in dem die gleichen Anbieter i.d.R. GKV- und PKV-Versicherte behandeln.

Um einem weiteren Missverständnis vorzubeugen: Wenn ich von kostengünstiger Bereitstellung des Gutes Gesundheit spreche, geht es nicht darum, einer zum Selbstzweck gewordenen Kostendämpfungspolitik das Wort zu reden.

Allein schon die absehbare demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt werden dazu führen, dass es längerfristig nicht möglich ist, den Status quo zu erhalten oder gar Verbesserungen in der gesundheitspolitischen Versorgung ohne Kostensteigerungen zu erreichen.

Die Hoffnung, dass der medizinisch-technische Fortschritt auch zu spürbaren Kostensenkungen führen werde, ist ebenso trügerisch, wie es ein Mythos ist, dass durch Prävention das Gesundheitssystem billiger werden könnte. Durch Prävention lassen sich Krankheiten verhindern und früh erkennen. Prävention verlängert die Lebenserwartung des Einzelnen und verbessert den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Die Vermutung allerdings, dass durch Prävention ein Beitrag zur Senkung der Gesundheitskosten geleistet werden kann, dafür gibt es in der mir bekannten Literatur bislang keinen Beleg.

D.h. es kann keine nachhaltige Gesundheitsreform geben, die nicht auch die Frage „Wie kommt mehr Geld in das System?“ beantwortet.

Allerdings: Jeder Reform des Finanzierungssystems müssen effizienzorientierte Struktur-reformen auf der Ausgabenseite vorausgehen.

Zum Thema:

Wenn man die aktuelle Diskussion verfolgt, könnte man meinen, das deutsche Gesundheitswesen sei völlig marode und der Kollaps stünde unmittelbar bevor. Dies ist falsch. Die medizinische Versorgung ist hochstehend, flächendeckend und umfasst die gesamte Bevölkerung. Und bei nicht wenigen Ausländern erweckt das deutsche System durchaus Neid. Demnach stimmt das Preis-Leistungs-Verhältnis nicht. Das deutsche System ist zu teuer, und es besteht Einigkeit darüber, dass unser Gesundheitssystem durch Fehlanreize, starre Strukturen, Überregulierung, mangelnden Wettbewerb und unzureichende Transparenz gekennzeichnet ist und als Konsequenz daraus durch ein im internationalen Vergleich eher mittelmäßiges Preis-Leistungs-Verhältnis.

Lassen Sie mich mit einer Bestandsaufnahme der ausgabenseitigen Organisations-mängel und Fehlanreizen beginnen.

- Im ambulanten Bereich dominieren eindeutig – trotz der seit dem Jahre 2000 bestehenden Möglichkeiten der integrierten Versorgung oder der seit 2002 implementierten Disease Management Programme – die kollektiven Verträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen über Umfang und Vergütung der Leistungen. Diese Verträge sind nicht Ergebnis einer freien Verhandlung der Einkäufer, der Krankenkassen, und der Verkäufer, den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern letztlich eine Fortschreibung tradierter Aufgabenverteilungen.
- Die Vergütungen sind nicht an der tatsächlichen Leistung und an deren Qualität orientiert, sondern werden durch die von der Politik vorgegebenen ambulanten Budgets bestimmt.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln die Zahl der ambulant tätigen Ärzte, um Überkapazitäten – natürlich auch im Interesse ihrer Mitglieder – zu verhindern. Dennoch weisen internationale Vergleichsstudien von Arztdichten und Arztbesuchsraten auf eine Überversorgung hin.

- Die Krankenkassen nehmen bei den von ihnen nachgefragten Leistungen keine aktive Einkäuferrolle ein. Sie vernachlässigen die für einen Einkäufer eigentlich typischen Aufgaben der Qualitätssicherung und Nachkalkulation von Preisen und Leistungen. Diese Aufgabe ist den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen.
- Im stationären Bereich haben die Krankenkassen zwar Möglichkeiten zur Preisverhandlung und zur Qualitätssicherung im Rahmen der bestehenden Strukturen. Aber auf die stationären Versorgungsstrukturen, d.h. auf die Kapazitäten, die Spezialisierung und die Ausstattung, können sie keinen Einfluss nehmen, da die Krankenhäuser von den Ländern – nicht zuletzt nach Maßgabe regionalpolitischer Ziele – geplant und – allerdings nur hinsichtlich der Investitionen – finanziert werden. Der letzte Versuch, zu einer monistischen Finanzierung überzugehen mit einer (weitgehend) alleinigen Verantwortung der Krankenkassen für Investitionen und Betrieb, ist im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 gescheitert.
- Ambulanter und stationärer Sektor verarzten und heilen aufgrund der getrennten Budgets, der verschiedenen Finanzierungsformen und der unterschiedlichen Organisationsformen weitgehend unabhängig voneinander. Und diese Trennung setzt sich mit den bekannten Reibungsverlusten – etwa durch mangelnde Abstimmung von Therapie und Medikationen oder Doppeluntersuchungen – innerhalb des ambulanten Sektors zwischen den unterschiedlichen Facharztgruppen und den Hausärzten fort.
- Der Arzneimittelvertrieb mutet zumindest bislang „zünftig“ an. Aufgrund der Exklusivität des Arzneimittelvertriebes über die Apotheken, des Mehrbesitzverbotes oder der einheitlichen Apothekenpreise fehlt es in diesem Segment an Wettbewerb.
- Da die Beitragszahlungen der Versicherten für ihre Gesundheitsabsicherung im Regelfall völlig unabhängig vom Umfang der beanspruchten Leistungen sind, bestehen faktisch keine Anreize zu einem kostenbewussten Nachfrageverhalten oder gar einer gesundheitsbewussten Lebensweise.

Für die Versicherten ist es daher durchaus rational, bei Befindlichkeitsstörungen alle ihnen angebotenen Behandlungen in Anspruch zu nehmen und weitere Ärzte aufzusuchen, falls sie sich nicht ausreichend versorgt fühlen. Das Ergebnis sind 560 Millionen Arztkontakte pro Jahr oder die im internationalen Vergleich außerordentlich hohe Zahl von acht Arztkontakten pro Jahr und Versicherten. So ist es zu erklären, dass nach Meinung von Patienten 18 Prozent und nach Meinung von Ärzten 30 Prozent aller Arztbesuche auf Bagatellerkrankungen zurückzuführen sind, also auf Befindlichkeitsstörungen mit einer Tendenz zur Spontanheilung. Dieses aus der Sicht der Versicherten durchaus rationale Verhalten der Patienten eröffnet den Leistungserbringern einen großen Spielraum zur angebotsinduzierten Leistungsausweitung. Denn ein Kunde geht in ein Kaufhaus, wenn er weiß, was er will. Ein Patient geht zum Arzt, um zu wissen, was ihm fehlt. Und dieses Wissen hat der Arzt.

- Die Einführung der Kassenwahlfreiheit hat zwar einen Druck auf die Krankenkassen erzeugt. Da aber Leistungsumfang und Qualität faktisch vorgegeben sind, bleibt der Preis, d.h. der Beitragssatz, der einzige relevante Wettbewerbsparameter. Aus einem Wettbewerb, der über den Preis und um gesunde Versicherte geführt wird, erwachsen aber keine Anreize zur Qualitätssteigerung bei der Behandlung von Kranken.

Was ist zu tun?

Der Anteil der Leistungsausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt lag in den 70er und 80er Jahren bei etwa 6 Prozent und liegt seit der Wiedervereinigung bei etwa 7 Prozent. Eine „Kostenexplosion“ hat es daher – wohl auch als Folge der 260 Kostendämpfungsgesetze – nicht gegeben. Wohl aber sind in dieser Zeit die Beitragssätze von 8,5 Prozent auf 14,5 Prozent angestiegen. Ungeachtet der offensichtlich nicht wirkungslos gebliebenen Kostendämpfungsgesetze besteht Einigkeit darüber, dass es immer beachtliche unausgeschöpfte Wirtschaftlichkeitsreserven im System gibt. Keine Einigkeit herrscht allerdings über den Weg, diese Reserven zu mobilisieren.

Meine Vorstellungen gehen dabei über mehr Wettbewerb die Effizienzreserven zu mobilisieren und damit auch die Qualität der medizinischen Versorgung zu steigern.

Ein typisches Merkmal von Wettbewerb ist aber, dass dessen Wirkungsweise und letztlich auch die Ergebnisse nicht vollständig vorhersagbar sind. Daher kann niemand im Vorhinein sagen, wie sich die Beziehungen zwischen den Beteiligten in einem wettbewerbsorientierten Medizinbetrieb verändern werden. Dennoch darf man sicher sein, dass die Ergebnisse besser sein werden als die durch eine staatliche Gesundheitsbürokratie.

Für einen funktionierenden Wettbewerb unter den Leistungserbringern sind meines Erachtens auf vier Feldern Maßnahmen erforderlich:

1. Die Krankenkassen müssen die Möglichkeit haben, selektive Verträge mit den Leistungserbringern abzuschließen, die den eigenen Qualitätsanforderungen entsprechen. Dazu ist es erforderlich, die Kartellstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzubrechen. Keine Lösung ist es allerdings, die Kassenärztlichen Vereinigungen ad hoc abzuschaffen. Denn es ist unrealistisch anzunehmen, dass alle 350 gesetzlichen Krankenkassen mit allen 120.000 niedergelassenen Ärzten Einzelverträge abschließen. Wichtig ist, dass im ersten Schritt relevante Entscheidungsräume geschaffen werden, von den bisherigen Kollektivverträgen abzuweichen. Es muss möglich sein, dass die Krankenkassen direkt mit einzelnen Ärzten Verträge schließen oder, wenn mit der Kassenärztlichen Vereinigung, dann nur für solche Ärzte, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllen.
2. Eine stärkere Qualitäts- und Ergebnisorientierung ist durch ein entsprechendes Vergütungssystem zu unterstützen. Die heutigen ambulanten Budgets sind sehr effektive Mittel zur Steuerung der Ausgabenentwicklung. Allerdings setzen die punktwertbasierten Abrechnungsverfahren, die ja eine Form der Einzelleistungsvergütung darstellen, Anreize zu einer Leistungsausweitung, nicht jedoch zu einer Qualitätssteigerung. Solche qualitätsorientierten Anreize könnten durch pauschalierende Vergütungssysteme gesetzt werden, die im Hausarztbereich in erster Linie auf patientenbezogenen Pauschalen und im Facharztbereich überwiegend auf Fallpauschalen aufbauen und durch Einzelleistungsvergütungen sowie ergebnisorientierte Anteile ergänzt werden. Die Umstellung des Vergütungssystems kann sukzessive erfolgen, etwa durch die Einführung von Pauschalen im hausärztlichen Bereich und zur Behandlung ausgewählter chronischer Krankheiten.

3. Schließlich und endlich müssen auch auf der Seite der Patienten Anreize zu einem verantwortungsbewussten Nachfrageverhalten gesetzt werden. Eine entscheidende Voraussetzung für kostenbewusstes Nachfrageverhalten der Versicherten sind gezielt gesetzte monetäre Anreize. Da generelle Selbstbehalte unter dem Regime des Sachleistungsprinzips kaum möglich sind, wird man zum Instrument der Zuzahlungen greifen müssen. Eine von der Nachhaltigkeitskommission vorgeschlagene allgemeine Praxisgebühr von 15 Euro je Arztbesuch könnte – unter dem Vorbehalt eines Übergangs zum teureren Erstattungsprinzip – ebenso wie die von der CDU vorgeschlagene allgemeine zehnpromzentige Selbstbeteiligung solche Anreize zu einem kostenbewussten Nachfrageverhalten setzen. Selbstverständlich muss jedes Zuzahlungskonzept – sei es bei Arzneimitteln oder Krankenhausaufenthalten – so ausgestaltet sein, dass erforderliche Behandlungen und Prävention nicht aufgrund finanzieller Härten vernachlässigt werden.
4. Im Bereich des Arzneimittelvertriebes ist der Versandhandel zuzulassen, das nicht mehr zeitgemäße Mehrbesitzverbot sollte fallen und die Preisbindung der zweiten Hand sollte zumindest für OTC-Präparate und Generika aufgehoben werden.

Sieht man sich vor diesem Hintergrund der Fehlanreize und effizienzfeindlichen Organisationsmängel die Vorschläge einerseits der Regierung und andererseits der Opposition an, wird man feststellen, dass die Regierung auf Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern setzt, um eben die auf der Angebotsseite vermuteten Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren, während die Opposition über Selbstbehalte und Leistungsausgrenzungen bei der Nachfrageseite ansetzt.

Mein Problem mit dem CDU-Ansatz ist weniger die zehnpromzentige Zuzahlungsregelung, mit der zum einen kostenbewussteres Nachfrageverhalten motiviert werden soll, sondern die Ausgrenzung des Zahnersatzes. Gewiss gibt es angesichts der sehr hohen Prophylaxeabhängigkeit von Zahnersatz dafür gute Gründe. Andererseits steht aber – auch vor dem Hintergrund der Überlegungen in der Herzog-Kommission – zu befürchten, dass dies der Einstieg in eine Ausgrenzungspolitik bedeuten kann, an deren Ende eine geschredderte GKV steht, deren Leistungsspektrum eben nicht mehr eine komplette medizinische Grundversorgung umfasst.

Demnach: Vom Prinzip her aber schließen sich beide Konzeptionen nicht aus und sollten daher, da wir sowohl Wettbewerb auf der Anbieterseite wie auch mehr Kostenbewusstsein auf der Nachfragerseite benötigen, nicht als ausschließende Alternativen diskutiert werden, sondern als komplementäre Versatzstücke einer umfassenden Reform.

Allerdings: Je kostenbewusster die Versicherten sind und je wettbewerbler das Gesundheitssystem organisiert ist, desto weniger können „standesgemäße Einkommen“ oder generöse Leistungen auch für wenig kostenbewusste Versicherte garantiert werden. Das heißt, es wird Gewinner und Verlierer geben.

Gewinner würden primär die kostenbewussten Versicherten sein, die von einer höheren Behandlungsqualität profitieren, aber auch die Leistungserbringer und Krankenkassen, die sich über ihre hohe Qualität Wettbewerbs- und Marktanteile erarbeiten.

So wichtig solche ausgabenseitigen Reformen sind, die Zukunft unseres Gesundheitssystems entscheidet sich aber an der Finanzierungsfrage.

Inzwischen ist es unstrittig, dass die Finanzierung der Gesundheitsversorgung von 90 Prozent der Bevölkerung und damit eine potenzielle Wachstumsbranche über den Faktor Arbeit, präziser die Löhne und Renten bis zur Beitragsbemessungsgrenze, in doppelter Weise wachstumshemmend wirken, nämlich sowohl gesamtwirtschaftlich als auch bezogen auf den Gesundheitsmarkt.

Bei einem sinkenden Anteil der beitragspflichtigen Einkommen am Brutto sozialprodukt als Folge der Massenarbeitslosigkeit, wachsender Rentnerzahlen, Leistungsrücknahmen bei den Renten und einer Verschiebepolitik zulasten der GKV wurden und werden die Arbeitskosten immer stärker belastet mit den bekannten nachteiligen Konsequenzen für Beschäftigung und Wachstum.

Die Relevanz steigender Sozialabgaben wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass ausweislich jüngster ökonomischer Simulationen durch eine Absenkung der Lohnnebenkosten um drei Prozentwerte in drei Jahren 550.000 neue Arbeitsplätze geschaffen werden könnten.

Dies bedeutet, dass in der Reformdebatte nicht nur die Forderungen nach „sozialer Gerechtigkeit“ und einem Grundrecht auf eine klassenfreie medizinische Versorgung gehört werden müssen, sondern auch die Hinweise auf die damit verbundenen Kosten, z.B. in Form von höherer Arbeitslosigkeit oder Wachstumsverlusten.

Seit über 25 Jahren wird versucht, einen Anstieg der Beitragssätze, Budgetierungen und Leistungseinschränkungen zu dämpfen. Eine solche einnahmenorientierte Ausgabenpolitik mag kurzfristig erforderlich sein, behindert aber die Entwicklung des Gesundheitsmarktes nach Maßgabe der Präferenzen der Patienten und beraubt die Gesundheitsbranchen ihrer Wachstumschancen.

Die derzeitige Finanzierung ist

- in hohem Maße konjunkturagibel,
- aufgrund ihrer Lohnzentrierung arbeitskostenrelevant und damit tendenziell wachstums- und beschäftigungsfeindlich und
- infolge der Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze verteilungspolitisch fragwürdig.

Dennoch wurde bislang auf politischer Ebene eine grundsätzliche Diskussion über eine Reform der Finanzierungsgrundlagen vermieden.

Es werden Einzelmaßnahmen erörtert, wie z.B. die Einführung eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner oder die Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf Vermögenseinkommen. Derartige punktuelle Maßnahmen leisten aber bei näherem Hinsehen nur einen geringen Finanzierungsbeitrag, sind zum Teil verfassungsrechtlich bedenklich und führen aus ordnungspolitischer Sicht in der Regel zu noch größeren Friktionen im System.

Es ist meines Erachtens höchste Zeit, eine grundsätzliche Diskussion der Finanzierungsgrundlagen der GKV anzufassen. Wichtig ist es, in diesem Kontext klar und deutlich herauszustellen, dass es hierbei nur um die Reform der Beitragserhebung geht und dass ungeachtet einer Neuorganisation der Finanzierungsgrundlagen die Grundsätze des GKV-Systems, nämlich

- der Anspruch auf eine das gesamte Morbiditätsspektrum umfassende Grundversorgung nach dem aktuellen Stand der Medizin,
- die Versicherungspflicht,
- die Kassenwahlfreiheit und der Kontrahierungszwang, Beitragszahlungen unabhängig vom Gesundheitsstatus,
- keine Rationierungen oder ein altersabhängiger Zugang zu den Leistungen sowie
- der solidarische Ausgleich,

unangetastet bleiben.

Auch wenn – z. B. – in der Herzog-Kommission nach einem dritten Weg gesucht wird, gibt es letztendlich nur zwei Finanzierungsalternativen zur heutigen lohnzentrierten Beitragserhebung, nämlich

- steuerähnliche Beiträge von allen Bürgern auf alle Einkunftsarten oder die Finanzierung über
- pauschale Gesundheitsprämien mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich.

Beide Optionen sind dem Status quo überlegen.

Bei der Bürgerversicherung wird die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft und es werden nicht nur gutverdienende Arbeitnehmer, sondern auch Beamte und Selbständige in die GKV gezwungen. Damit wird die private Vollversicherung – auf längere Sicht – abgeschafft. Da gleichzeitig alle Einkommensarten verbeitragt werden sollen, werden die GKV-Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu einer Art proportionalen Einkommensteuer. Die Bürgerversicherung steht daher in der Tradition der so genannten Beveridge-Systeme, die sich typischerweise über Steuern finanzieren. Beispiel hierfür sind der National Health Service in England oder das dänische System.

Die Alternative, eine Finanzierung über pauschale Gesundheitsprämien, zielt darauf ab, die Krankenkassenbeiträge vollständig vom Faktor Arbeit und damit den Löhnen zu entkoppeln. Jeder – wenn es nach mir ginge, jedes erwachsene GKV-Mitglied – zahlt eine einkommensunabhängige, kassenindividuelle Pauschalprämie, die sich an den durchschnittlichen Krankheitskosten der einzelnen Kassen orientiert. Derzeit wären dies über alle Kassen gerechnet etwa 200 Euro pro Monat.

Die damit verbundenen regressiven Verteilungseffekte, d.h. die im Vergleich zum Status quo höhere Belastung von Geringverdienern, müssen über das Steuer- und Transfersystem des Staates kompensiert werden.

Dieser soziale Ausgleich, der die unteren Einkommensbezieher in etwa so stellt wie im Status quo, würde Steuermittel in Höhe von rund 25 Mrd. Euro erfordern. Dieser Betrag könnte weitgehend und ohne eine Änderung der Steuergesetze aufgebracht werden, wenn die Arbeitgeberbeiträge als Barlohn ausbezahlt und versteuert würden. Bei einer Finanzierung über pauschale Gesundheitsprämien würde man sich nicht nur von der einkommensbezogenen, sondern auch von der paritätischen Finanzierung verabschieden. Die Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge zum Zeitpunkt der Umstellung als Barlöhne an die Arbeitnehmer wäre für die Arbeitgeber kostenneutral und die folgenden Tarifverhandlungen würden dadurch an den um durchschnittlich 7 Prozent erhöhten Barlöhnen ansetzen.

In beiden Modellen, der steuerähnlichen Finanzierung im Rahmen der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämienfinanzierung mit Steuerzuschüssen für Einkommensschwache, kann der Status quo der Umverteilungen aufrecht erhalten werden.

Bei der Bürgerversicherung bleibt die Finanzierung dieses Ausgleichs eine GKV-interne Aufgabe.

Bei dem pauschalen Gesundheitsprämienmodell ist das GKV-System ausschließlich für die Finanzierung der medizinischen Versorgung zuständig, d.h. der solidarische Ausgleich zwischen Jung und Alt, Männern und Frauen, kinderlos und kinderreich bleibt im GKV-System erhalten, während die Umverteilungsdimension Reich auf Arm dorthin verlagert wird, wo sie meines Erachtens hingehört, nämlich in den steuerfinanzierten Staatshaushalt.

Meine persönliche Präferenz für das Modell der pauschalen Gesundheitsprämien erwächst aus den folgenden fünf Punkten:

1. Nur das Modell der pauschalen Gesundheitsprämien erlaubt eine wirkliche Abkoppelung von den Löhnen und Gehältern. In der Bürgerversicherung bleiben, bei einer Lohnquote von 70 Prozent und solange es eine Beitragsbemessungsgrenze gibt, nach wie vor die Einkommen aus dem Beschäftigungsverhältnis der zentrale Anknüpfungspunkt für die Finanzierung.
2. Da es auch in der Bürgerversicherung eine Beitragsbemessungsgrenze gibt, werden vor allem Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen durch die Verbeitragung ihrer Zins- und Mieteinkünfte betroffen. Die Vermögenseinkünfte der Bezieher höherer Einkommen blieben auch weiterhin beitragsfrei. Im Modell der pauschalen Gesundheitsprämien werden dagegen alle Steuerzahler mit allen Einkommen nach Maßgabe ihrer gesamten steuerlichen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs beteiligt. Zudem wird im Pauschalprämienmodell der soziale Ausgleich zielgenauer sein. In der Bürgerversicherung bleiben die Umverteilungswirkungen des GKV-Systems weiterhin „gut versteckt“, so z.B. so fragwürdige Verteilungseffekte wie die Subventionierung des einkommensstarken alleinverdienenden Familienvaters durch den jungen Single mit niedrigem Einkommen.
3. Im Pauschalprämienmodell würde der Risikostrukturausgleich auf ein Drittel seines derzeitigen Volumens zurückgehen, da Einkommensdifferenzen nicht mehr ausgleichsrelevant wären.

4. Die Bürgerversicherung ist mit erheblichen praktischen Umstellungsproblemen verbunden, die zu einem enormen Verwaltungsaufwand führen.

Ein Beispiel: Ausweislich der jüngsten verfügbaren Einkommensteuerstatistik, die sich auf das Jahr 1995 bezieht, standen 29,1 Mrd. DM an positiven Einkünften aus Vermietung und Verpachtung 51,3 Mrd. DM an negativen Einkünften in Form von Abschreibungen, Werbungskosten etc. gegenüber. Um einen Aufkommenseffekt bei der Verbeitragung von Mieten zu erzielen, müsste eine neue sozialversicherungsrechtliche Einkommensabgrenzung, die von der steuerlichen abweicht, vorgenommen werden. Das SGB V bietet hierzu zwar im Zusammenhang mit den freiwillig Versicherten und der Mitversicherung von Familienangehörigen eine Lösung an. Überzeugend ist diese allerdings nicht.

5. Schließlich und endlich: Die Bürgerversicherung impliziert eine Auflösung der kapitalgedeckten PKV-Vollversicherung.

Daher einige Worte zur Bedeutung der für die PKV typischen Kapitaldeckung. Kapitaldeckung alleine macht ein Gesundheitssystem nicht effizienter im Vergleich zu einem umlagefinanzierten System. Die Effizienz eines Systems hängt weniger von der Art der Finanzierung, sondern in erster Linie von der Intensität des Wettbewerbs zwischen den Kassen und Leistungsanbietern ab. Allerdings werden in einem kapitalgedeckten System – und dies ist in einer alternden Gesellschaft wichtig – die Kosten generationengerechter über die Zeit verteilt. Man zahlt „heute“ mehr und „morgen“ weniger. Die Versicherten werden aufgrund der aus ihren Prämien gebildeten und verzinsten Alterungsrückstellungen, bei denen es sich um eine besondere Form des Altersvorsorgesparens handelt, in der Zukunft entlastet, allerdings zu dem Preis, dass die den Alterungsrückstellungen zugeführten Beitragsanteile den Versicherten in jungen Jahren nicht zur Verfügung stehen. Durch diese Art der Finanzierung werden daher – anders als in unserem GKV-System – keine Kosten auf zukünftige Generationen verschoben.

Alternde Gesellschaften benötigen auch bei der Finanzierung der medizinischen Daseinsvorsorge mehr und nicht weniger Kapitaldeckung. Daher sollte es weniger um die Abschaffung der PKV gehen, sondern darum, den unzureichenden Wettbewerb in diesem Segment zu erhöhen. Aufgrund der fehlenden Portabilität der Alterungsrückstellungen ist – da es daher praktisch keine Bestandskonkurrenz gibt – der Wettbewerb zwischen den privaten Krankenversicherungen weit geringer als zwischen den gesetzlichen Kassen. Daher sollte nach Wegen gesucht werden, die es den privaten Versicherungen ermöglichen, die individualisiert bemessenen Alterungsrückstellungen den Versicherten bei einem Kassenwechsel mitzugeben. Dies ist in meinen Augen nicht nur im Interesse eines effizienten Wettbewerbs zwischen den privaten Krankenkassen wünschenswert und zweckmäßig, sondern auch im Interesse einer Systemkonkurrenz zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungen.

Die Bürgerversicherung sieht den Versicherungsschutz und die Gesundheitsversorgung als Grundrechte an, welche von allen Bürgern über einkommensteuerähnliche Beiträge zu finanzieren sind.

Das Pauschalprämienkonzept orientiert sich am Äquivalenzprinzip und sieht Versicherungsschutz und Gesundheitsleistungen als Güter an, die über Preise alloziiert und fi-

nanziert werden, während der zwingend erforderliche soziale Ausgleich aus dem Gesundheitsbereich ausgegliedert und dem Staatshaushalt zugewiesen wird.

Ich wünsche mir und uns allen, dass die Politik möglichst bald Mut aufbringt, eine diesbezügliche Grundsatzentscheidung zu treffen. Denn die Zeit für eine solche, nicht nur gesundheitspolitische, sondern – da hinter beiden Konzeptionen letztlich unterschiedliche Gesellschaftsentwürfe stehen – auch gesellschaftspolitische Grundsatzentscheidung ist knapp, denn das derzeitige Finanzierungssystem stellt – um es zu wiederholen – eine doppelte Wachstumsbremse dar, sowohl für Beschäftigung und Wirtschaftswachstum als auch für die Entwicklung einer unserer letzten potenziellen Wachstumsbranchen, dem Gesundheitsbereich. Beides können wir uns nicht mehr leisten.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche uns allen einen erfolgreichen Kongressverlauf.

Vortrag

**anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten
Krankenversicherung am 12.6.2003 in Dresden**

von
Generaldirektor **Reinhold Schulte**
Verbandsvorsitzender

„Die Meinung der PKV“

Meine Damen und Herren,

ich glaube feststellen zu können: Diese Legislaturperiode wird voraussichtlich in die Geschichte der Sozial-, aber vor allem der Gesundheitspolitik eingehen. Selten zuvor hat die Gesundheits- bzw. Krankenversicherung in der Politik, der Wirtschaft, bei den Gewerkschaften und in der Bevölkerung einen dermaßen hohen Stellenwert gehabt. Aber auch niemals zuvor war die Finanzsituation der GKV dermaßen desolat. Und die Zukunftsperspektiven sind – schon im Hinblick auf die demographische Entwicklung – düster. Wir stehen mitten in einem großen Reformprozess. Und davon ist auch die PKV mehr denn je betroffen. Für mich persönlich war es das erste Jahr meiner neuen Aufgabe als Verbandsvorsitzender, und ich habe gelernt, dass die Herausforderungen, denen sich die PKV stellen muss, wirklich sehr vielfältig sind. Das Pfund, mit dem der Verband und seine angeschlossenen Unternehmen dabei punkten können, ist nicht nur die große Geschlossenheit der Branche, sondern ausgearbeitete Lösungen und Antworten auf die Probleme und Fragen der Politik und der betroffenen Menschen zu geben.

Bevor ich aber auf die allgemeine politische Lage näher eingehe, lassen Sie mich vorab einige Anmerkungen zur allgemeinen wirtschaftlichen Situation unserer Branche machen.

1. Wirtschaftliche Entwicklung 2002

Wer sich die Zahlen des Jahres 2002 anschaut, wird sich auf den ersten Blick nicht dem Eindruck entziehen können, dass es trotz grauer Wolken auch positive Dinge zu vermelden gibt. Ein Bestandwachstum von voraussichtlich nahezu 221.000 Personen netto ist zunächst sehr positiv. Damit ist sogar das schon gute Vorjahr noch leicht überflügelt worden. Aber es gab Sonderfaktoren – allem voran die bereits vor der Bundestagswahl begonnene Diskussion über die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze.

Wir haben in der privaten Krankenversicherung immer davor gewarnt, dass bereits die Diskussion über eine außerordentliche Veränderung der Grenze oft schon Wanderungsbewegungen auslöst. Betroffene, die davon ausgehen, dass sie demnächst zu Pflichtmitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen gemacht werden, überlegen sich rechtzeitig noch von ihrer Option eines Wechsels zur privaten Krankenversicherung Gebrauch zu machen.

Jede Diskussion einer Veränderung der Pflichtgrenze löst deshalb bereits Wanderungsbewegungen aus, wie sie von den Initiatoren einer solchen Grenzenänderung gerade vermieden werden wollen. Wenn Sie wollen, dann war die mediale Diskussion auch ein politisches Eigentor.

Mit der Zunahme der Neuversicherten sind auch die Beitragseinnahmen um 6,4 Prozent auf über 23 Mrd. Euro gestiegen. Dieser an und für sich erfreulichen Entwicklung steht allerdings ein Anstieg der Leistungsausgaben in der Krankenversicherung von 5,6 Prozent gegenüber.

Die Ausgabenentwicklung betrachten wir seit vielen Jahren mit großer Sorge. Unsere Bemühungen an der Kostenfront sind nicht nur gerechtfertigt, sie bedürfen schon im Interesse unserer Wettbewerbsfähigkeit und auch im Interesse unserer Kunden der Intensivierung. Wir benötigen eine Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen. Wir fordern daher mit gutem Recht, dass auch die Kostenentwicklung in der privaten Krankenversicherung in den Fokus der Politik gehört. Fast acht Mio. Menschen sind heute in der PKV vollversichert. Das sind übrigens deutlich mehr Menschen, als heute bei den Gewerkschaften Mitglied sind. Nur soviel zur politischen Kraft und zu der Anzahl der Menschen, die wir zu vertreten haben. Die Politik ist gefordert, die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für diese acht Mio. Menschen und auch für die neuen Versicherten so zu setzen, dass wir in der Branche genügend Möglichkeiten haben, auf einen erträglichen Kostenanstieg im Interesse unserer Versicherten hinzuwirken.

Dabei sieht die Problemlage und die Lösungsmöglichkeit in jedem Kostenbereich anders aus.

Unser größtes Sorgenkind sind seit einigen Jahren die Arzneimittel. Die Kostensteigerung liegt fast im zweistelligen Bereich. Auch wenn eine hohe Steigerung auch bei den gesetzlichen Krankenkassen festzustellen ist, sind die Kostensteigerungen in diesem Umfang nicht akzeptabel, und sie sind auch nicht alleine durch medizinischen Fortschritt erklär- bzw. akzeptierbar.

Wer in die tiefere Analyse einsteigt, wird zunächst feststellen, dass unsere Selbstbehaltregelungen in den Tarifen jahrelang ein durchaus leistungsfähiges Instrument zur Kostenbegrenzung waren. Dieses Instrument hat im Bereich der Arzneimittel jedoch in den letzten Jahren zunehmend an Schärfe verloren, so dass wir heute vor neuen Aufgaben und Überlegungen stehen.

Die wichtigsten Kostenfaktoren im Arzneimittelbereich sind vor allen Dingen Scheininnovationen, wo angebliche, faktisch aber nicht bestehende therapeutische Fortschritte durch oft nur minimale Produktvariationen dazu genutzt werden, unter dem Deckmantel des Patentschutzes Preiserhöhungsspielräume durchzusetzen. Scheininnovationen sind deshalb oft nichts anderes als die Umgehung üblicher Preisbildungsmechanismen. Die Konsequenzen haben unsere Versicherten zu tragen. Dies ist wohlgerne kein Problem, dass die private Krankenversicherung allein betrifft. Dies ist ein Problem, das den gesamten Arzneimittelmarkt betrifft. Deshalb können Lösungen hier auch nicht nur innerhalb der PKV gefunden werden, sondern müssen am Gesamtmarkt ansetzen. Wir fordern mit Recht, dass dieses Thema aufgegriffen und einer Lösung zugeführt wird.

Überfällig ist auch eine Regelung, dass die Apotheker endlich verpflichtet werden, wie bei den Kassenrezepten auch bei Privatpatienten die Pharmazentralnummer auf die Rezepte aufzutragen. Alle Versuche, hier mit der Apothekerschaft zu einer freiwilligen Regelung zu kommen, sind leider nicht von Erfolg gekrönt gewesen. Für die Apothekerschaft ist das Auftragen der Pharmazentralnummer ohne organisatorischen Mehraufwand verbunden, da dies ja ohnehin bei allen Kassenrezepten geschieht. Für die Unternehmen ist die Kenntnis der Nummer aber von entscheidender Bedeutung. Nicht nur ist sie für die Erstattungsprüfung eine unverzichtbare Voraussetzung, auch eine Vielzahl von Managed-Care-Ansätzen laufen ins Leere, weil es keine Kenntnisse über derzeitige Arzneimittelverschreibung der Versicherten gibt.

Die Kostenentwicklung bei den Ärzten mit plus 7 Prozent bestätigt erneut, dass Ärzte enger werdende Finanzierungsspielräume bei den Kassenpatienten dazu nutzen, eine Kompensation bei Privatpatienten zu versuchen und durchzusetzen. Dieser Tatbestand ist ärgerlich und so lange nicht zu vermeiden, wie die Gebührenordnung für ärztliche Leistungen auf einem extensiven Einzelleistungsprinzip basiert. Das Ergebnis ist eine unaufhaltsame Entwicklung zur Mengenexpansion, der durch keine noch so sorgfältige Rechnungskontrolle effizient zu begegnen ist. Eine Neugestaltung der ärztlichen Vergütungsregelung ist also nicht verzichtbar. Dabei muss dem historischen Grundsatz der GOÄ, dass der Zahlungsverpflichtete vor finanzieller Überforderung zu bewahren ist, stärker Geltung verschafft werden. Jede Neugestaltung muss außerdem den Grundsätzen der Transparenz, der flexiblen Anpassungsfähigkeit auf medizinische Entwicklung und vor allen Dingen auch der Notwendigkeit gehorchen, dass eine Gebührenordnung zwar dafür da ist, Leistungen angemessen zu honorieren, dass aber gleichzeitig der ökonomische Gestaltungsspielraum minimiert werden muss.

Neben den Sorgenpunkten im Kostenbereich fällt die Entwicklung im Krankenhausbereich positiv und angenehm auf. Es lässt sich den Zahlen deutlich entnehmen, dass das BGH-Urteil zu den Wahlleistungszuschlägen für Zimmer und seine Umsetzung durch den Verband deutlich zu greifen beginnt. Die ehemalige Kostendynamik ist gebrochen. Die Umsetzung des BGH-Urteils durch den Verband hat uns bereits Einsparungen von fast 100 Mio. Euro gebracht. Gleichzeitig erfahren wir, dass eine Vielzahl der Krankenhäuser sich bemüht, Komfortbereich und Unterkunftsbereich zugunsten der Privatpatienten deutlich zu verbessern. Das ist eine vernünftige Entwicklung, die noch nicht abgeschlossen ist, die aber deutlich zur Zufriedenheit aller zu laufen beginnt. Ich bin überzeugt, dass es auch im wohlverstandenen Interesse der Krankenhäuser selber liegt, wenn Preisausreißer bei den Zimmerzuschlägen eingefangen werden. Nur ein angemessenes Verhältnis von Preis und Leistung stellt sicher, dass der Bereich der Krankenhauswahlleistungen im Markt der Versicherten auf eine zufrieden stellende Nachfrage trifft. Diese gesamten Äußerungen, die ich gerade getan habe, beziehen sich auf die normalen Krankenhäuser, und dies gilt eben nicht für Privatkrankenhäuser, wie wir gerade leidlich erfahren.

Ich denke, allein die wenigen Ausführungen zum Thema Kostenentwicklung verdeutlichen, dass dieser Bereich nach wie vor im Fokus unseres geschäftspolitischen Interesses steht. Langfristig müssen wir an der Kostenfront allerdings erfolgreicher sein, um im Wettbewerb bestehen zu können.

Meine Damen und Herren, ein Rückblick auf die wirtschaftliche Entwicklung kann nicht ohne Betrachtung des Kapitalmarktes erfolgen. Die Krise an den Finanz- und Kapital-

märkten hat in der Wirtschaft tiefe Spuren hinterlassen. Sie hat auch die PKV vor große Herausforderungen gestellt. Aber sie war auch eine erfolgreiche Bewährungsprobe. Der Öffentlichkeit können wir – durchaus mit einem gewissen Stolz – sagen, dass nach meinem Kenntnisstand nicht ein einziger Euro der Alterungsrückstellungen gefährdet ist. Im Gegenteil: Plangemäß sind die Alterungsrückstellungen im letzten Jahr um weitere knapp 8 Mrd. Euro auf jetzt 76,1 Mrd. Euro aufgestockt worden. Die – gemessen an der Zahl der Versicherten – 9-mal größere GKV verfügt demgegenüber nicht über einen einzigen Euro Zukunftsvorsorge.

Vielen in der Öffentlichkeit muss gesondert verdeutlicht werden, dass die Situation in der Krankenversicherung eine andere ist als in der Lebensversicherung. Bei uns ist nicht nur das Aktienengagement – bei den meisten jedenfalls – schon immer niedriger gewesen. Auch die Regelung eines Höchstzinses schafft eine andere Situation als der gesetzliche Zins der Lebensversicherung. Trotzdem hat die Entwicklung an den Kapitalmärkten auch Spuren in den Bilanzen der privaten Krankenversicherer hinterlassen. Insofern ist auch zu hinterfragen, ob die möglichst hohe Netto-Verzinsung kurzfristig den entscheidenden Wettbewerbsparameter darstellt oder ob nicht die alte Anlegerregel, und zwar in der Reihenfolge Sicherheit, Mischung und Streuung, Rentabilität, wieder stärker von den Kapitalanlegern beachtet werden muss.

Soviel meine Damen und Herren zur wirtschaftlichen Situation in der PKV im vergangenen Jahr.

Ich komme nun zum politischen Umfeld und möchte als erstes feststellen:

Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahre 2002 zum 1. Januar 2003 war ein falscher Schritt.

Ich muss hier nicht ausführlich wiederholen, dass und wieso dieser Schritt falsch war. Er steht im Widerspruch dazu, dass unsere Bevölkerung immer älter wird und wir eine neue Balance zwischen Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung brauchen. Eine permanente Reparatur an der Umlagefinanzierung und dazu noch ihre Ausweitung löst die wirklichen Probleme unseres Gesundheitswesens nicht. Man sieht es an den 260 Gesetzen in den vergangenen 25 Jahren.

Auch mit den jetzigen Vorschlägen von Frau Schmidt lassen sich die Finanzprobleme der GKV noch nicht einmal für kurze Zeit lösen. Prof. Wille – Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – hat errechnet, dass sogar die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze auf 4.500 Euro die GKV erst nach 16 Jahren um maximal 0,1 Beitragspunkte entlasten würde und zudem das Demographieproblem der Krankenkassen noch verschärfen würde.

Trotzdem wir Frau Schmidt und andere Politiker der SPD und der Grünen in vielen Gesprächen darauf hingewiesen haben, scheint die Ideologie vielleicht doch in den Überlegungen an erster Stelle zu stehen. Insofern kommt auch der Opposition eine entscheidende Rolle zu. Wir hatten gerade Gelegenheit, in der letzten Woche am Freitag unsere Vorstellungen und unsere Leistungen vor der Herzog-Kommission vorzustellen, einschließlich der kapitalgedeckten Pflegepflichtversicherung.

Dass wir dabei die Bevölkerung auf unserer Seite haben, zeigt eine neue repräsentative Umfrage von Emnid, die in dieser Woche herauskommt: 75 Prozent der Bevölkerung halten strukturelle Reformen im Gesundheitswesen für dringend erforderlich, nur für 17 Prozent reicht schlichte Kostendämpfung. 85 Prozent wollen mehr Kostenkontrolle auch über die Rechnungen, 83 Prozent wollen Rücklagen für die Zukunft wegen des demographischen Wandels und 80 Prozent wollen auch mehr Wahlfreiheit. Dies sind alles Dinge, die wir in der PKV bereits seit vielen Jahren haben und anbieten.

Meine Damen und Herren, es kann nicht verwundern, dass es kaum gesetzliche Krankenkassen gibt, die mit Blick auf die höhere Versicherungspflichtgrenze zum Jahreswechsel auf Beitragserhöhungen verzichtet haben, und dass trotz der höheren Versicherungspflichtgrenze in diesem Jahr nichts davon zu hören ist, dass der Beitragsanstieg der GKV gebremst sei. Im Gegenteil: Es ist von einem Anstieg bis 15 Prozentpunkte, und mittlerweile schon darüber hinaus, noch in diesem Jahr die Rede.

Auch ordnungspolitisch ist die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze nicht zu verantworten. Sie nimmt weiteren rund 700.000 Arbeitnehmern zuzüglich ihrer Angehörigen die Wahlfreiheit zwischen PKV und GKV. Schlimmer noch: Unter demographischen Aspekten macht sie mehr Versicherte vom demographieanfälligen Umlagesystem abhängig. Das ist dann keine nachhaltige Politik, das ist schlicht kurzsichtig.

Eine ehrliche Politik würde an dieser Stelle ihr eigenes Scheitern eingestehen. Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze hat finanziell nichts für die GKV bewegt, sie schadet aber gleichwohl der Nachhaltigkeit und ich erinnere daran, dass diese Regierung mit den Zeilen der Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit angetreten ist und sogar eine Kommission unter diesem Mantel – oder war es ein Deckmantel? – einberufen hat.

Wir haben als PKV-Verband zugegebenermaßen die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf die ursprünglich ins Auge gefassten 5.100 Euro verhindern können. Wir waren insofern mit unserer Kampagne durchaus erfolgreicher als andere Verbände, die selbst mit Großdemonstrationen in Berlin nichts am Vorschaltgesetz ändern konnten. Unbefriedigend ist und bleibt aber trotzdem die ständige Diskussion über die Anhebung der Friedensgrenze.

Wir haben auf unserer Seite gute Aussichten auf einen rechtlichen Erfolg vor dem Bundesverfassungsgericht und vor dem Europäischen Gerichtshof. Eine erste Klage vor dem Bundesverfassungsgericht liegt in diesen Tagen bereits vor. Ich kann sie nur ermuntern, für Ihre Häuser diesen Schritt ebenfalls ins Auge zu fassen.

Je breiter und geschlossener wir auftreten, desto größer sind unsere Chancen. Nicht nur für das Wiedererlangen der alten Friedensgrenze, sondern auch für ein deutliches Stopp-Signal für immer noch vorhandene politische Kräfte in unserem Land, die am liebsten die gesamte Bevölkerung mit der Umlagefinanzierung überziehen möchten. Je mehr Umlagefinanzierung, desto mehr Solidarität lautet ihre einfache Formel.

Was aber steht hinter dem Begriff Solidarität?

Solidarität ist zunächst einmal ein Ausgleich zwischen gesund und krank. Es ist – und das muss man immer wieder deutlich sagen – ein Prinzip, das ebenso in der privaten wie in der

gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt ist. Es gibt aber einen gravierenden Unterschied:

Der heute Gesunde, der für den Kranken leistet, kann sich in der gesetzlichen Krankenkasse keineswegs darauf verlassen, dass er im Krankheitsfall später denselben Schutz erhält wie der heute Kranke, weil es zwischenzeitlich zu Leistungseinschnitten gekommen sein kann (siehe Vergangenheit und Gegenwart).

Anders in der Privaten Krankenversicherung. Der Gesunde, der heute für den Kranken leistet, hat ein vertragliches Anrecht darauf, dass ihm im späteren Krankheitsfall mindestens derselbe Leistungsschutz zur Verfügung steht.

Dieser Aspekt der Solidarität kann es also offensichtlich nicht sein, mit dem sich eine Ausweitung der GKV rechtfertigen ließe. Im Gegenteil: Gerade diese Form der Solidarität ist in der PKV selbstverständlich.

Wie aber ist es mit der Solidarität der Einkommensumverteilung? Da wird dann gesagt, dass der Bezieher eines höheren Einkommens in der GKV einen Solidarbeitrag für den Bezieher eines niedrigeren Einkommens leistet. Aber hält das wirklich einer Prüfung stand? Der Einverdienerhaushalt mit einem Jahreseinkommen von 100.000 Euro leistet weniger Beitrag als der Doppelverdiener mit zweimal 35.000 Euro. Auf den Prüfstand gestellt wird man bei nüchterner Betrachtung feststellen müssen, dass das selbst gesteckte Ziel der Einkommensumverteilung in weiteren Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung schlicht und ergreifend nicht funktioniert. Nicht die Höherverdienenden leisten für die Niedrigverdienenden, sondern oft genug muss der ohnehin einer hohen Grenzbelastung unterliegende Mittelstand die Hochverdienenden mit entsprechend freier Familienversicherung mitfinanzieren. Wer Solidarität im Sinne einer Einkommensumverteilung will, sollte deshalb ehrlicherweise zunächst einmal die Funktionsfähigkeit der heute erreichten Einkommensumverteilung über die Krankenkasse einer Prüfung unterziehen.

Es bleibt der letzte Punkt der Solidarität, nämlich der Ausgleich zwischen Jung und Alt. In der Tat ist der Gedanke der gesetzlichen Krankenversicherung, dass der Junge für den Alten mitleistet, eine zumindest offensichtlich besteckende Idee der Solidarität. Die früher so bezeichnete Rentenkrankenversicherung erfordert bereits heute jährlich eine Mitfinanzierung durch junge Versicherte in einem Umfang von 30 Milliarden Euro.

Wir wissen, dass dieser Betrag in den nächsten Jahren rasant steigen wird. Immer mehr Ältere mit hohen gesundheitlichen Versorgungsansprüchen stehen zudem immer weniger erwerbstätigen Jungen gegenüber, so dass zwangsläufig deren Mitfinanzierungsanteil extrem zunehmen wird. Kosten auf die Kinder zu verschieben, ist aber keine echte Solidarität. Wie bei der staatlichen Verschuldung wird die künftige Leistungsfähigkeit unserer Kinder zur Finanzierung unseres heutigen Wohlstandes in Anspruch genommen. Dies ist in meinen Augen zutiefst unsolidarisch gegenüber unseren eigenen Kindern. Damit ist die PKV mit ihrer Kapitaldeckung, mit ihrer „generationengerechten“ Verteilung der Gesundheitskosten den umlagefinanzierten Kassen – wie ich meine – haushoch überlegen.

Worauf es ankommt, ist vor allen Dingen Folgendes: Die PKV hat keinerlei Veranlassung, sich von dem angeblichen Gebot der Solidarität in die Ecke stellen zu lassen, nach dem Motto, die GKV funktioniert nach dem Solidarprinzip, und mehr Solidarität ist ein

positiver Wert, und dies rechtfertigt eine Verschiebung der Trennlinie zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Solidarität auf den Prüfstand gestellt zeigt deutlich, dass die private Krankenversicherung mindestens ebenso viele Solidaritätselemente wie die gesetzliche Krankenversicherung enthält. Ihre Solidaritätselemente sind allerdings anders ausgeprägt. Und ich behaupte, sie sind für die Zukunft leistungsfähiger und damit für die Zukunft belastbarer.

Deshalb meine Aufforderung, die wir in den letzten Wochen geäußert haben und die wir auch immer wieder mit Nachdruck wiederholen werden: „Hände weg von der Versicherungspflichtgrenze!“ Eine Veränderung ist zur Lösung gesundheitspolitischer Probleme nicht nur untauglich, sondern führt sogar zum Gegenteil dessen, was geboten ist.

Meine Damen und Herren, die Gesundheitsreform dieser Legislaturperiode steht am Scheideweg.

Entweder sie erkennt die demographische Herausforderung an und nimmt die – übrigens von der Regierung selbst gesetzten – Ziele der Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit ernst und schafft eine wirkliche Strukturreform mit neuen ordnungspolitischen Weichenstellungen.

Oder sie verkürzt ihren eigenen Horizont auf kurzfristige Reparaturmaßnahmen am Umlageverfahren. Der Katalog möglicher Leistungskürzungen in der GKV und weiterer dirigistischer Eingriffe ist noch keineswegs ausgeschöpft. Nur muss man sich dann darüber im Klaren sein, dass dies allenfalls ein Kurzfristprogramm ist. Flickwerk ist keine Dauerlösung. Das nächste Finanzierungsdefizit wird unweigerlich folgen. Langfristig lösen lässt sich damit nichts.

Das Einsetzen der Rürup-Kommission mit dem expliziten Ziel der Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit sagt zunächst, dass die Zeichen der Zeit richtig verstanden wurden. Trotzdem, die richtige Umsetzung lässt auf sich warten. Dabei kann dies nur eins erfordern: Es muss eine neue Balance zwischen Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung zugunsten der Kapitaldeckung geschaffen werden.

Deshalb ist der Vorschlag einer Bürgerzwangsversicherung meines Erachtens nur wenig hilfreich, er ist rückwärts gewandt.

Die Bürger von heute wollen keine Einheitszwangsversicherung. Sie wollen Wahlfreiheit und Konsumentensouveränität (wie in der PKV).

Bürgerversicherung bedeutet Umlagefinanzierung für alle und Abschaffung der Kapitaldeckung. Das steht im krassen Widerspruch zur Demographie und führt in eine Sackgasse.

Aber auch die Kopfpauschalen verdunkeln – bildlich gesprochen – den Himmel. Denn entweder lassen die Kopfpauschalen Alterungsrückstellungen zu, dann lösen sie gewaltige staatliche Transfers bei Einkommensschwachen aus und führen so früher oder später zu einem verstaatlichten Gesundheitssystem, oder sie werden ohne Alterungsrückstellungen gebildet, dann lösen sie aber das Demographieproblem nicht.

Eine realistische Politik darf sich nicht von utopischen Visionen leiten lassen. Sie muss ein Ziel und das Machbare im Auge behalten. Und dann kann die Forderung nach einer neuen Balance zwischen Kapitaldeckung und Umlageverfahren auf zweifache Weise erreicht werden.

1. Mehr Versicherte als heute müssen in eine kapitalgedeckte Versicherung einbezogen werden.
2. Einzelne Leistungen aus der GKV müssen in eine privat finanzierte kapitalgedeckte Versicherung überführt werden.

Dies ist eine ordnungspolitische Grundsatzentscheidung. Von dem Votum zu mehr Kapitaldeckung hängt meines Erachtens ein großes Stück der Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens, von der Stärkung der PKV, ab.

Dies ist für die im Krankenkassen-Denken festgefahrene Gesundheitspolitik kein leichter Schritt. Das Mindeste, was man erwarten können sollte, wäre, dass in dieser Legislaturperiode erste Weichen in Sachen mehr Kapitaldeckung gestellt werden. Das Beharren auf dem Bestehenden ist allerdings weit verbreitet. Neue Wege erfordern immer Mut. Und wir in der PKV sind gefordert, die Politik dahingehend zu unterstützen, mutige Entscheidungen zu treffen.

Dies erfordert aber auch von uns als Verband nicht mehr und nicht weniger als ein neues Selbstverständnis. Eine neue Gesundheitspolitik stellt neue Herausforderungen, denen wir uns aktiv stellen müssen. Neben dem Hauptakteur GKV wollen wir mehr als nur eine nachgeordnete Rolle spielen. Die Defensive allein wird nicht ausreichen.

Wir wollen ein eigenes, sinnvolles und den gesellschaftspolitischen Problemen Rechnung tragendes Lösungskonzept – nämlich die Kapitaldeckung – für eine der zentralen Zukunftsherausforderungen des Gesundheitswesens nicht nur anbieten, sondern aktiv dafür eintreten. Ohne ein starkes Engagement aller in der PKV wird es ein breites Votum für mehr Kapitaldeckung nicht geben.

Wir müssen aber auch deutlich sehen: Solche Entscheidungen entstehen nicht plötzlich, sie wachsen und entwickeln sich vielmehr langsam. Dafür sind auch Investments erforderlich. Dies wird auch erforderlich machen, dass wir alle – stärker als in der Vergangenheit – auf allen Kanälen gesundheitspolitisch initiativ werden. Unsere derzeit in den Medien laufende Kampagne ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Dass wir auf dem richtigen Weg sind, wird gerade bestätigt. Wir haben die erste Abmahnung auf dem Tisch, die uns gewisse Aussagen untersagt. Wir werden den Text etwas abändern, aber selbstverständlich die Kampagne entsprechend fortführen. Das heißt auch, wir werden den Befürwortern der Bürgerzwangsversicherung in den nächsten Wochen und Monaten noch lauter entgegentreten müssen.

Wenn wir zum aktiven Gestalter werden wollen, dann müssen wir der Politik und der Bevölkerung zeigen und verständlich machen, welche Lösungsvorschläge es gibt und vor allen Dingen, welche Vorteile damit verbunden sind. Lassen Sie mich zwei Beispiele nennen:

Mein erstes Beispiel: Die Politik will das Krankengeld aus der paritätischen Finanzierung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern herausnehmen. Der Bundeskanzler hatte in seiner Agenda 2010 noch von einer echten Privatisierung gesprochen. Wir haben über den Verband ein kapitalgedecktes Lösungsmodell für die gesamte erwerbstätige Bevölkerung entwickelt. Dieses Modell ist nicht nur generationengerechter und demographiefester als der Verbleib in der GKV, es gibt den Versicherten auch Möglichkeiten einer Gestaltung des individuellen Versicherungsschutzes. Dieses Modell ist eindeutig der GKV-Lösung überlegen. Wir werden in den nächsten Monaten auch weiterhin für die Überlegenheit dieses Modells werben. Jetzt die fast schon historische Chance zu vertun, eine kapitalgedeckte Lösung zu schaffen, wäre für die Politik eine kontraproduktive Entscheidung und das kurz vor Zwölf.

Durch die schwache Konjunktur und die hohe Zahl der Arbeitslosen wird sich der Druck auf unsere Sozialsysteme weiter erhöhen.

Im Konsens zwischen Regierung und Opposition werden möglicherweise weitere Leistungen zur Ausgliederung aus der GKV anstehen. Ich erinnere an die zahnmedizinische Versorgung. Auch hier hat die PKV ein konstruktives Modell vorgelegt.

All diese Modelle, meine Damen und Herren, wurden von unserer so genannten Beutelmann-Kommission in Tag- und Nacharbeit und an Wochenenden, Sonn- und Feiertagen erarbeitet. Und ich möchte gerne diese Gelegenheit wahrnehmen allen Beteiligten – an erster Stelle Herrn Beutelmann – ein herzliches Wort des Dankes für diese hervorragende Arbeit und auch für den hohen persönlichen Einsatz zuzurufen.

Zum zweiten Beispiel: Wenn wir mehr Demographiesicherheit durch mehr Kapitaldeckung erreichen, dann gilt es, mehr Menschen in eine kapitalgedeckte Versicherung zu bringen. Der PKV-Verband hat deshalb mehrere Forschungsaufträge zu dem Thema vergeben, die Versicherungspflichtgrenze zur Ausscheidengrenze weiterzuentwickeln. Jeder, der die Versicherungspflichtgrenze überschreitet, hätte dann die GKV zugunsten der privaten Absicherung zu verlassen.

Wer die Grenze der sozialen Schutzbedürftigkeit überschreitet, darf dann auch nicht mehr länger ihre Privilegien in Anspruch nehmen. Zugleich tragen privatversicherte Patienten überproportional zur Finanzierung des Gesundheitswesens bei.

Eine Stärkung der PKV bedeutet also auch eine Stärkung der GKV. Dieses Konzept gilt es als ordnungspolitisches Gestaltungsmodell auszubauen und als politische Alternative zu entwickeln. Die ersten Ergebnisse, die wir vorliegen haben, sind durchweg vielversprechend. Wegen der stärkeren demographischen Komponente der PKV führt die Ausscheidengrenze mittel- bis langfristig zu einer Entlastung der GKV, und, berücksichtigt man zusätzlich den überproportionalen Finanzierungsanteil der Selbstzahler, dann wird die Entlastung noch deutlicher.

Wir werden deshalb in den nächsten Wochen und Monaten konsequent an diesem Ansatz weiterarbeiten. Wir wollen damit einen wirklichen Reformbeitrag leisten, der mehr schafft als eine permanente Reparatur am Umlagesystem.

Meine Damen und Herren, es steht politisch viel vor uns. Aber wir werden es durch branchenumgreifende Geschlossenheit schaffen. Die Weichen für die PKV sind meines Erachtens durchweg positiv gestellt. Wir haben das bessere System. Aber wir müssen die uns gebotenen Chancen auch ergreifen. Dieser Aufgabe wollen wir uns mit aller Kraft in den nächsten Monaten und auch zukünftig stellen und ich werbe für Ihre Unterstützung und eine große Geschlossenheit in der privaten Krankenversicherung.

Herzlichen Dank!

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

Verbandsorgane

(Stand: April 2004)

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

1. Generaldirektor Reinhold Schulte
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund, Vorsitzender
2. Generaldirektor Josef Beutelmann
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal, stellvertr.
Vorsitzender
3. Direktor Günter Dibern
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, stellvertr.
Vorsitzender
seit 1.1.2004
4. Direktor Uwe Lau
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz, stellvertr.
Vorsitzender
seit 1.1.2004
5. Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg, stellvertr.
Vorsitzender
6. Direktor Willi Alfter
Vorsitzender des Vorstandes der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln, der
Volksfürsorge Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Hamburg, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln,
7. Direktor Volker Altenähr
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
8. Direktor Robert Baresel
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische
Beamtenkrankenkasse AG, Haar, und der
UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
9. Direktor Dr. Günther Bauer
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München,
10. Generaldirektor Rolf Bauer
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

11. Direktor Gerhard B i l s i n g seit 1.7.2003
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,
12. Direktor Ingmar D o u g l a s
Vorsitzender des Vorstandes der VICTORIA
Krankenversicherung AG, Düsseldorf, und
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln,
13. Direktor Wolfgang F a u t e r
Vorsitzender des Vorstandes des DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg,
14. Direktor Christian H o f e r
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamt-
zuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,
15. Direktor Bernd J a n s e n
Vorsitzender des Vorstandes der INTER
Krankenversicherung aG, Mannheim, und
Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZIN-
KASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und
der Polizei VVaG, Frankfurt,
16. Direktor Hans-Joachim K r a u ß
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit Gesamt-
zuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,
17. Direktor Axel M e d e r
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg,
18. Generaldirektor Dr. Ulrich R u m m
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz
Private Krankenversicherungs-AG, München,
19. Direktor Gernot S c h l ö s s e r
Vorsitzender des Vorstandes der AXA
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

... und kooptierten Mitgliedern

20. Direktor Dr. Christoph H e l m i c h seit 24.3.2004
Vorsitzender des Vorstandes der GLOBALE
Krankenversicherungs-AG, Köln,
21. Direktor Fritz Horst M e l s h e i m e r
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur
Krankenversicherung aG, Hamburg.

Ausgeschiedene Mitglieder:

Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h bis 30.11.2003
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstands-
mitglied der ASSTEL Krankenversicherung AG, Köln,

Direktor Dr. Jan B o e t i u s bis 31.12.2003
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

Direktor Hermann G ü h r i n g bis 21.6.2003
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

Direktor Dr. Werner R u p p bis 31.12.2003
Sprecher des Vorstandes der NÜRNBERGER
KRANKENVERSICHERUNG AG, Nürnberg.

Vorstand

Generaldirektor Reinhold S c h u l t e Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,

Generaldirektor Josef B e u t e l m a n n stellvertr.
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal, Vorsitzender

Direktor Günter D i b b e r n stellvertr.
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, Vorsitzender
seit 1.1.2004

Direktor Uwe L a u e stellvertr.
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz, Vorsitzender
seit 1.1.2004

Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w stellvertr.
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg, Vorsitzender

Verbandsdirektor Dr. Volker L e i n b a c h, geschäftsführendes
Köln, Vorstandsmitglied

2. Sonderausschüsse

aa) Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. Direktor Dr. Günther B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München, Vorsitzender

2. Direktor Christian H o f e r
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamt-
zuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“, stellvertr.
Vorsitzender

3. Direktor Volker A l t e n ä h r
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,

4. Generaldirektor Rolf B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

5. Direktor Dr. Harald B e n z i n g
Vorstandsmitglied der Bayerischen Beamtenkranken-
kasse AG, Haar, und der UNION KRANKENVER-
SICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,

6. Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h seit 24.3.2004
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,

7. Direktor Klaus B o h n
Vorsitzender des Vorstandes der Mannheimer
Krankenversicherung AG, Mannheim,

8. Direktor Rainer F ü r h a u p t e r seit 24.3.2004
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenver-
sicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstands-
mitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG,
Düsseldorf,

9. Direktor Dr. Wolfgang H a v e n i t h
Vorstandsmitglied der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT,
Köln, und Vorstandsmitglied der ENVIVAS
Krankenversicherung AG, Köln,

10. Direktor Bernd J a n s e n
Vorsitzender des Vorstandes der INTER
Krankenversicherung aG, Mannheim, und
Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZIN-
KASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und
der Polizei VVaG, Frankfurt,
11. Direktor Wilfried J o h a n n ß e n
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,
12. Direktor Vilmar K l i m a s c h e w s k i seit 5.11.2003
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Kranken-
versicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,
13. Direktor Hans-Joachim K r a u ß
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit Gesamt-
zuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,
14. Direktor Klaus M i c h e l
Vorstandsmitglied der LVM
Krankenversicherungs-AG, Münster,
15. Direktor Heinz-Werner R i c h t e r
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,
16. Direktor Dr. Joachim v o n R i e t h
Vorstandsmitglied der AXA Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln,
17. Direktor Roland W e b e r seit 5.11.2003
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,
18. Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg.

Ausgeschiedene Mitglieder:

- Abteilungsleiter Christian B r ü n j e s bis 24.3.2004
Chefmathematiker der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
- Direktor Jürgen R. R u d o l p h bis 30.12.2003
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz.

ab) Mathematisch-Statistischer Informationskreis

1. Direktor Dr. Günther B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München, Vorsitzender
2. Direktor Christian H o f e r
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamt-
zuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“, stellvertr.
Vorsitzender
3. Stellvertr. Direktor Klaus A b t
Chefmathematiker der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,
4. Prokurist Helfried B e e r
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Haar,
und UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
5. Direktor Michael B o r c h e r t
VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,
im Math.-Stat. Informationskreis auch Vertreter
für die DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
6. Direktor Wolfgang B r u n n e r
Vorstandsmitglied der ARAG
Krankenversicherungs-AG, München,
7. Abteilungsdirektor Reinhard D i e t r i c h
HUK-COBURG Krankenversicherung AG,
Coburg,
8. Prokurist Ernst W. F l i e ß e r
Chefmathematiker der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,
9. Direktor Gerhard G l a t z
Vorstandsmitglied der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg,
10. Prokurist Johannes G r a l e seit 5.11.2003
Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover,
11. Prokuristin Angelika G r ü b
BBV-Krankenversicherung AG, München,

12. Abteilungsdirektor Jörg H a n s e n
 Chefmathematiker der CONCORDIA
 Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, Hannover,
13. Direktor Dr. Helmut H o f m e i e r seit 24.3.2004
 Vorstandsmitglied der Gothaer
 Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
14. Ltd. Hbv. Jürgen K a i s e r
 Württembergische Krankenversicherung AG, Stuttgart,
15. Prokurist Paul-Dieter K e m p f
 INTER Krankenversicherung aG, Mannheim,
16. Prokurist Günter K l e i n
 DEUTSCHER RING
 Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg,
17. Abteilungsdirektor Karl-Josef M a i w a l d seit 5.11.2003
 Debeka Krankenversicherungsverein
 auf Gegenseitigkeit, Koblenz,
18. Abteilungsdirektor Günther M e t t l e r
 Chefmathematiker der R + V
 Krankenversicherung AG, Wiesbaden,
19. Direktor Klaus M i c h e l
 Vorstandsmitglied der LVM
 Krankenversicherungs-AG, Münster,
20. Dipl.-Math. Anton N i e s t e g g e seit 24.3.2004
 PAX-FAMILIENFÜRSORGE
 Krankenversicherung AG, Düsseldorf,
21. Direktorin Wiltrud P e k a r e k
 HALLESCHE Krankenversicherung
 auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,
22. Prokurist Klaus P o h l
 Continentale Krankenversicherung a.G.,
 Dortmund,
23. Direktor Dr. Jörg R e i ß i n g e r
 KarstadtQuelle Krankenversicherung AG,
 Fürth,
24. Direktor Heinz-Werner R i c h t e r
 Vorstandsmitglied der Barmenia
 Krankenversicherung a.G., Wuppertal,

25. Abteilungsdirektor Wolfgang S a b a
SIGNAL Krankenversicherung a.G.,
Hamburg,
26. Prokurist Eberhard S a u t t e r
Provinzial Krankenversicherung Hannover AG,
Hannover,
27. Prokurist Benno S c h m e i n g
GLOBALE Krankenversicherungs-AG,
Köln,
28. Prokurist Theobald S c h n e i d e r
MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.,
München,
29. Prokurist Harald S c h n e l l
AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Köln,
30. Direktor Alfons S c h ö n
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER
KRANKENVERSICHERUNG AG, Nürnberg,
31. Direktor Dr. Hans-Willi S i e g b e r g
Vorstandsmitglied der DEVK
Krankenversicherungs-AG, Köln,
32. Abteilungsleiter Peter S t e i n
Mannheimer Krankenversicherung AG,
Mannheim, seit 5.11.2003
33. Prokurist Dr. Ulrich S t e l l m a n n
Zürich Krankenversicherung Aktiengesellschaft
(Deutschland), Köln,
34. Prokurist Fritz S t o l l
Chefmathematiker der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
35. Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg,
36. Abteilungsdirektor Bernd Z i e s c h a n g
CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Köln,

37. Abteilungsdirektor Hermann Georg Z ü c h n e r
Chefmathematiker der Barmeria
Krankenversicherung a.G., Wuppertal.

Ausgeschiedene Mitglieder:

Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h bis 30.11.2003
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstands-
mitglied der ASSTEL Krankenversicherung AG, Köln,

Abteilungsdirektor Christian B r ü n j e s bis 24.3.2004
Chefmathematiker der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

Direktor Jürgen R. R u d o l p h bis 31.12.2003
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,

Direktor Clemens V a t t e r bis Oktober 2003
Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim.

b) Ausschuss für Leistungsfragen

1. Direktor Günter D i b b e r n Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

2. Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w stellvertr.
Vorsitzender des Vorstandes der Vorsitzender
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg,

3. Direktor Otmar A b e l
Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

4. Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h seit 24.3.2004
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,

5. Direktor Jörg B o r k
Vorstandsmitglied der R + V
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,

6. Direktor Dr. Wolfgang H a v e n i t h
Vorstandsmitglied der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT,
Köln, und Vorstandsmitglied der ENVIVAS
Krankenversicherung AG, Köln,
7. Direktorin Marlies H i r s c h b e r g - T a f e l
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg,
8. Direktor Wilfried J o h a n n ß e n
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,
9. Direktor Manfred K l o s
Vorstandsmitglied der Württembergische
Krankenversicherung AG, Stuttgart,
10. Direktor Dr. Ulrich K n e m e y e r seit 24.5.2004
Vorstandsmitglied der Provinzial Kranken-
versicherung Hannover AG, Hannover,
11. Direktor Hans-Joachim K r a u ß
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit Gesamt-
zuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,
12. Direktor Michael K u r t e n b a c h
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
13. Direktor Norbert L e s s m a n n
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,
14. Direktor Thomas L i s t
INTER Krankenversicherung aG,
Mannheim,
15. Direktor Wolfgang R e i f
Vorstandsmitglied der Bayerische
Beamtenkrankenkasse AG, Haar, und der
UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
16. Direktor Rainer S p o r e r
Vorstandsmitglied der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg,

17. Direktor Ulrich S t e n g e r
Vorstandsmitglied der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
18. Direktor Karl-Bernd T e l g e r seit 3.4.2003
stellvertr. Vorstandsmitglied der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München.

c) Ausschuss für Krankenhaus- und Pflegeverhandlungen

1. Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg,
2. Direktor Robert B a r e s e l
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische
Beamtenkrankenkasse AG, Haar, und der
UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
3. Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h seit 24.3.2004
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
4. Prokurist Axel F o r t m a n n
DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
5. Dr. Achim K r a m e r
DBV-Winterthur Krankenversicherung AG,
Wiesbaden,
6. Direktor Thomas L i s t
INTER Krankenversicherung aG,
Mannheim,
7. Stellvertr. Direktor Christian M o l t
Allianz Private Krankenversicherungs-AG,
München,
8. Direktor Ulrich S t e n g e r
Vorstandsmitglied der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
9. Direktor Karl-Bernd T e l g e r seit 24.3.2004
stellvertr. Vorstandsmitglied der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München.

d) Ausschuss Private Pflegepflichtversicherung

1. Direktor Bernd J a n s e n Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der INTER
Krankenversicherung aG, Mannheim, und
Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZIN-
KASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und
der Polizei VVaG, Frankfurt,
2. Direktor Hans-Joachim K r a u ß stellvertr.
Vorsitzender
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit Gesamt-
zuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,
3. Stellvertr. Direktor Klaus A b t
Chefmathematiker der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,
4. Direktor Volker A l t e n ä h r
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
5. Prokurist Helfried B e e r
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Haar,
und UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
6. Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h seit 24.3.2004
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
7. Direktor Rainer F ü r h a u p t e r
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenver-
sicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstands-
mitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG,
Düsseldorf,
8. Direktor Hermann-Josef G e i g e r seit 11.6.2003
Vorsitzender des Vorstandes der PAX-FAMILIEN-
FÜRSORGE Krankenversicherung AG, Düsseldorf,
9. Abteilungsdirektor Martin H e h l
CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Köln,
10. Direktor Christian H o f e r
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamt-
zuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,

11. Direktor Michael K u r t e n b a c h
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
12. Direktor Heinz-Werner R i c h t e r
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,
13. Direktor Dr. Joachim v o n R i e t h
Vorstandsmitglied der AXA Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln.

Ausgeschiedene Mitglieder:

Stellvertr. Direktor Diethelm L a h n s t e i n bis 24.3.2004
SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund,

Direktor Jürgen R. R u d o l p h bis 31.12.2003
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz.

e) Rechtsausschuss der PKV

1. Direktor Wolfgang R e i f Vorsitzender
Vorstandsmitglied der Bayerische
Beamtenkrankenkasse AG, Haar, und der
UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
2. Prokurist Dr. Horst A y a s s e seit 24.3.2004
HALLESCHE Krankenversicherung auf
Gegenseitigkeit, Stuttgart,
3. Prokurist Erik C l o p p e n b u r g
uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg,
4. Prokuristin Christina F e l d h a u s
AXA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
5. Prokuristin Ursula G r a m u l l a
Gothaer Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
6. Direktor Wilfried J o h a n n B e n
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,

7. Stellvertr. Direktor Diethelm L a h n s t e i n
SIGNAL Krankenversicherung a.G.,
Dortmund,
8. Abteilungsleiter Georg R o t t
Debeka Krankenversicherungsverein
auf Gegenseitigkeit, Koblenz,
9. Direktor Dr. Andreas S c h a a f
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,
10. Abteilungsdirektor Christian S c h o e n f e l d t
DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
11. Prokurist Heinz-Walter S t i n t m a n n
CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Köln,
12. Abteilungsdirektor Gerhard W. S t r y
Continental Krankenversicherung a.G.,
Dortmund,
13. Direktor Karl-Bernd T e l g e r
stellvertr. Vorstandsmitglied der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München,
14. Prokurist Wolfgang V o o s e n
Barmenia Krankenversicherung a.G.,
Wuppertal.

Ausgeschiedenes Mitglied:

Prokurist Werner D e m a n t
EUROPA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln.

bis 31.12.2004

f) Ausschuss für Betriebstechnik

1. Generaldirektor Rolf B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der Continental
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Köln,
2. Direktor Willi A l f t e r
Vorsitzender des Vorstandes der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln, der
Volksfürsorge Krankenversicherung Aktiengesellschaft,
Hamburg, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln,

Vorsitzender

3. Direktor Volker A l t e n ä h r
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
4. Direktor Dr. Günther B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München,
5. Direktor Dr. Harald B e n z i n g
Vorstandsmitglied der Bayerischen Beamtenkranken-
kasse AG, Haar, und der UNION KRANKENVER-
SICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
6. Direktor Alexander B r a m s seit 24.3.2004
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER
KRANKENVERSICHERUNG AG, Nürnberg,
7. Direktor Dr. Wolfgang B r e z i n a
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,
8. Direktor Hans G e i s b e r g e r seit 5.11.2003
Vorstandsmitglied der HanseMerkur
Krankenversicherung aG, Hamburg,
9. Direktor Gerhard G l a t z
Vorstandsmitglied der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg,
10. Direktor Georg H a k e
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit, Vechta,
11. Direktor Christian H o f e r
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamt-
zuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,
12. Direktor Bernd J a n s e n
Vorsitzender des Vorstandes der INTER
Krankenversicherung aG, Mannheim, und
Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZIN-
KASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und
der Polizei VVaG, Frankfurt,

13. Direktor Dr. Walter K l e i n
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg,
14. Direktor Vilmar K l i m a s c h e w s k i
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Kranken-
versicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,
15. Direktor Michael P e t m e c k y
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
16. Direktor Heinz-Werner R i c h t e r
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,
17. Direktor Dr. Joachim v o n R i e t h
Vorstandsmitglied der AXA Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln,
18. Direktor Dr. Herbert S c h m i t z
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
19. Direktor Dr. Michael T h i e m e r m a n n seit 24.3.2004
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
20. Direktor Roland W e b e r seit 5.11.2003
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz.

Ausgeschiedene Mitglieder:

- Direktor Rainer F ü r h a u p t e r bis 24.3.2004
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenver-
sicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstands-
mitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG,
Düsseldorf,
- Direktor Heiko M o h r bis 31.7.2003
Vorstandsmitglied der HanseMerkur
Krankenversicherung aG, Hamburg,
- Direktor Jürgen R. R u d o l p h bis 31.12.2003
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz.

g) Haushaltsausschuss

1. Direktor Volker A l t e n ä h r
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach, Vorsitzender

2. Direktor Hermann-Josef G e i g e r seit 11.6.2003
Vorsitzender des Vorstandes der PAX-FAMILIEN-
FÜRSORGE Krankenversicherung AG, Düsseldorf,

3. Generaldirektor Dr. Ulrich R u m m
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz
Private Krankenversicherungs-AG, München.

Ausgeschiedenes Mitglied:

Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h bis 30.11.2003
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstands-
mitglied der ASSTEL Krankenversicherung AG, Köln.

h) Vertriebsausschuss der PKV

1. Generaldirektor Josef B e u t e l m a n n Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,

2. Direktor Volker A l t e n ä h r
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,

3. Direktor Michael R. B a r t h o l m é
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,

4. Direktor Ingmar D o u g l a s
Vorsitzender des Vorstandes der VICTORIA
Krankenversicherung AG, Düsseldorf, und
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln,

5. Direktor Wolfgang H a n s s m a n n seit 5.11.2003
stellvertr. Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,

6. Direktor Klaus J o h n
stellvertr. Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart, seit 5.11.2003
7. Direktor Michael J o h n i g k
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
8. Direktor Johannes K r e u t z
Vorstandsmitglied der ARAG
Krankenversicherungs-AG, München,
9. Direktor Jürgen L a n g
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, seit 24.3.2004
10. Direktor Uwe L a u e
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,
11. Direktor Peter L u d w i g
Vorstandsmitglied der HanseMerkur
Krankenversicherung aG, Hamburg,
12. Direktor Alexander M a n t e
Vorstandsmitglied der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln, und
Vorstandsmitglied der ENVIVAS Krankenversicherung AG,
Köln,
13. Direktor Hartmut M e l l i n g e r
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg,
14. Direktor Martin R i s s e
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,
15. Direktor Detlef T a n k
Vorstandsmitglied der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
16. Direktor Dieter W a g n e r
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherung a.G., München,
17. Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg.

Ausgeschiedene Mitglieder:

Direktor Gerhard B i l s i n g Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,	bis 5.11.2003
Direktor Andreas K r u s e Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Wiesbaden,	bis 30.4.2003
Direktor Wilfried S c h m i e d e n Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,	bis 31.12.2003
Direktor Prof. Dr. Hans-Wilhelm Z e i d l e r Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim.	bis 31.3.2004

i) Rechnungsprüfer

Direktor Georg H a k e Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Vechta,	
Direktor Gerhard G l a t z Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg.	seit 12.6.2003

Ausgeschiedenes Mitglied:

Direktor Helmut T u r i Vorstandsmitglied i.R. der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München.	bis 12.6.2003
--	---------------

3. Vertreter der privaten Krankenversicherung in den Gremien des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Präsidium des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Generaldirektor Reinhold S c h u l t e
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund.

Präsidialausschuss des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

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

Direktor Robert B a r e s e l
Vorsitzender des Vorstandes der
Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Haar,
und der UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,

Direktor Dr. Günther B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München,

Generaldirektor Rolf B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

Generaldirektor Josef B e u t e l m a n n
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,

(Wahlmitglied)

Direktor Günter D i b b e r n
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

Direktor Ingmar D o u g l a s
Vorsitzender des Vorstandes der VICTORIA
Krankenversicherung AG, Düsseldorf, und
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln,

Direktor Bernd J a n s e n
Vorsitzender des Vorstandes der INTER
Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied
der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen
der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt,

Direktor Uwe L a u e
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,

Direktor Axel M e d e r
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg,

Generaldirektor Dr. Ulrich R u m m (Wahlmitglied)
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz
Private Krankenversicherungs-AG, München,

Direktor Gernot S c h l ö s s e r
Vorsitzender des Vorstandes der AXA
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

Generaldirektor Reinhold S c h u l t e (Mitglied des
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund) Präsidiiums)

Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg.

Weiteres Mitglied

Verbandsdirektor Dr. Volker L e i e n b a c h
Köln.

**Ausschüsse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.,
denen Beiräte beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V. entsprechen**

a) Rechnungslegungsausschuss der Versicherungswirtschaft

Direktor Ulrich L e i t e r m a n n
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,

Direktor Dr. Wolfgang H a v e n i t h
Vorstandsmitglied der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT,
Köln, und Vorstandsmitglied der ENVIVAS
Krankenversicherung AG, Köln,

Direktorin Marlies H i r s c h b e r g - T a f e l
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg.

b) Steuerausschuss

Direktor Rolf F l o r i a n
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz.

Weitere Ausschüsse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

a) Vertriebsausschuss der Versicherungswirtschaft

Generaldirektor Josef B e u t e l m a n n
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,

Sprecher der PKV

Direktor Michael J o h n i g k
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,

Generaldirektor Reinhold S c h u l t e
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund.

b) Ausschuss Betriebswirtschaft und Informationstechnologie

Generaldirektor Rölf B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

Direktor Volker A l t e n ä h r
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,

Direktor Rainer F ü r h a u p t e r
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstandsmitglied der
VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,

Direktor Bernd J a n s e n
Vorsitzender des Vorstandes der INTER
Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied
der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen
der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt,

Direktor Michael P e t m e c k y
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund.

c) Kapitalanlagenausschuss

Direktor Rolf F l o r i a n
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz.

d) Rechtsausschuss der Versicherungswirtschaft

Abteilungsdirektor Christian S c h o e n f e l d t
DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln.

4. Geschäftsführung

Verbandsdirektor	Dr. Volker L e i e n b a c h	
Stellvertr. Verbandsdirektorin	Assessorin Sybille S a h m e r	
Geschäftsführer/-in		
Mathematik, Statistik, EDV	Dipl.-Math. Helga R i e d e l	
Öffentlichkeitsarbeit/ Sozialpolitik	Dipl.-Volkswirt Christian W e b e r	
Büro Berlin	Dipl.-Volkswirt Klaus Detlef D i e t z	
Ltd. Verbandsarzt	Prof. Dr. med. Jürgen F r i t z e	
Abteilungsleiter	Assessor Andreas B e s c h e Dipl.-Kfm. Wolfgang H ü d i g Assessor Jürgen M i e b a c h Justitiar Dr. Joachim P a t t	
Referatsleiter	Dipl.-Ökonom Christof A n g e l e Dipl.-Kauffrau Elke F l o s d o r f Dipl.-Math. Jürgen M n i c h Dipl.-Math. Markus N e t h Assessorin Isabella O s t e r b r i n k Assessorin Barbara S c h m i t z	(Landesvertr. Bayern und Baden-Württemberg) (beurlaubt) (Büro Berlin)
Referenten	Assessorin Annabritta B i e d e r b i c k Dipl.-Kfm. Matthias D o n d r u p Holger E i c h Dipl.-Russ. Sabine E r b a r Assessor Arne H u n e k e Assessorin Maike L a m p i n g , LL.M. Assessor Sascha M i l k e r e i t Dr. Thomas P h i l i p p Dipl.-Kfm. Sascha R a i t h e l Dipl.-Volkswirtin Claudia R e u t e r Dipl.-Volkswirt Willi R o o s Assessor Nikolai S a u e r Dipl.-Kfm. (FH) Jochen S c h o l l Dipl.-Volkswirt Frank S c h u l z e E h r i n g Dipl.-Stat. Ilse-Luise V o g e s Assessorin Judith V o l l m e r	(Pressereferentin) (Büro Ombudsmann) (Büro Ombudsmann) (Büro Berlin) (Büro Ombudsmann) (Büro Berlin) (Büro Ombudsmann)

Wissenschaftlicher Mitarbeiter Dr. Torsten K e ß l e r

Revision Pflege-
pflichtversicherung Dipl.-Kfm. Jürgen H a m m (Revisionsleiter)
 Dipl.-Kfm. Michael K r e h e r (Revisionsleiter)
 Assessor Dirk C r a m e r
 Assessor Christoph C r e m e r
 Assessor Jan G r o o t
 Dipl.-Kfm. Frank H e r o l d

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: postmaster@pkv.de

Büro Berlin

Leipziger Straße 104, 10117 Berlin
Telefon: 030 / 20 45 89 - 0 · Telefax: 030 / 20 45 89 - 31
E-Mail: berlin@pkv.de

Landesvertretung Bayern und Baden-Württemberg

Bahnhofstraße 33 B, 82194 Gröbenzell
Telefon: 08142 / 66 73 88 · Telefax: 08142 / 66 75 16

5. Landesausschüsse

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Baden-Württemberg

Raiffeisenplatz 5 (Süddeutsche)

70736 Fellbach

Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach

Vorstand: Direktor Ulrich **S t e n g e r** (Süddeutsche)

* Prokurist Manfred **B e n z i n g e r**

(Süddeutsche, Telefon: 0711 / 57 78-0, Telefax: -7 77)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Bayern

Richard-Reitzner-Allee 8 (Bayerische Beamtenkrankenkasse)

85540 Haar

Postanschrift: 85538 Haar

Vorstand: Direktor Robert **B a r e s e l** (Bayerische Beamtenkrankenkasse + UNION)

* Abteilungsleiter Hermann **R a m s a u e r**

– zuständig für Krankenhaus-Fragen –

(Bayerische Beamtenkrankenkasse, Telefon: 089 / 21 60-23 00, Telefax: -83 79)

* Prokurist Herbert **K n e p s**

– 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: Abteilungsdirektor Henner **L a s s i g** (DKV)

* Prokurist Reinhard **L e b e n**

(DKV, Telefon: 030 / 85 02-22 90, Telefax: -25 00)

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Brandenburg

Stresemannstraße 111 (DKV)

10963 Berlin

Vorstand: Wolfgang L o h m a n n

* Prokurist Reinhard L e b e n

(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: Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w (Landeskrankenhilfe)

* Prokurist Gottfried G l a s e r - G a l l i o n

(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: Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h (SIGNAL)

Hauptreferent Jörg S t a m e r

(SIGNAL, Telefon: 040 / 41 24-73 30 + -74 43, Telefax: -64 47)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Hessen

Frankfurter Straße 50 (DBV)

65189 Wiesbaden

Postanschrift: 65178 Wiesbaden

Vorstand: Direktor Hans-Joachim K r a u ß (DBV)

** Abteilungsleiter Dr. Achim Kramer

(DBV, Telefon: 0611 / 3 63-49 46, Telefax: -45 04)

* Thomas Kosch

(DBV, Telefon: 0611 / 3 63-41 13, Telefax: -45 04)

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

***) Stellvertr. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Landesausschuss Mecklenburg-Vorpommern
Ludwig-Erhard-Straße 22 (DEUTSCHER RING)
20459 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg

Vorstand: Wolfgang L o h m a n n
* Direktorin Marlies H i r s c h b e r g - T a f e l
(DEUTSCHER RING, Telefon: 040 / 35 99-22 03, Telefax: -22 85)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Landesausschuss Niedersachsen
Uelzener Straße 120 (Landeskrankenhilfe)
21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg

Vorstand: Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w (Landeskrankenhilfe)
* Prokurist Gottfried G l a s e r - G a l l i o n
(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: Prokurist Axel F o r t m a n n (DKV)
* Handlungsbevollmächtigter Helmut H i l l e r
– zuständig für Krankenhaus-Fragen –
(DKV, Telefon: 0221 / 5 78-43 54, Telefax: -46 56)

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Rheinland-Pfalz

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18 (Debeka)

56073 Koblenz

Postanschrift: 56058 Koblenz

Vorstand: Direktor Roland Weber (Debeka)

* Abteilungsleiter Reinhard Wüstenberg

– zuständig für Krankenhaus-Fragen –

(Debeka, Telefon: 0261 / 4 98-23 00; Telefax: -23 51)

* Abteilungsleiterin Monika Möhlig-Doetsch

– zuständig für Heilbehandler-Fragen –

(SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Saarland

Peter-Zimmer-Straße 2 (UKV)

66123 Saarbrücken

Postanschrift: Postfach 10 31 52, 66031 Saarbrücken

Vorstand: N.N.

* Hans-Günter Treib

(UKV, Telefon: 0681 / 8 44-22 00, Telefax: -21 09)

* Hans-Georg Stritter

(UKV, Telefon: 0681 / 8 44-10 09)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen

Schützenhöhe 16 (INTER)

01099 Dresden

Korrespondenzanschrift: Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim

Vorstand: Wolfgang Lohmann

* Direktor Thomas List (INTER)

* Ltd. Handlungsbevollmächtigter Hans Stumpf

(INTER, Telefon: 0261 / 4 27-3 48, Telefax: -9 44)

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen-Anhalt

Ruhrallee 92 – 94 (Continentale)

44139 Dortmund

Vorstand: Wolfgang L o h m a n n

* Handlungsbevollmächtigter Klaus B ö c k e r

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

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Schleswig-Holstein

Kapstadtring 5 - 8 (SIGNAL)

22297 Hamburg

Postanschrift: 22289 Hamburg

Vorstand: Direktor Karl-Bernd T e l g e r (MÜNCHENER VEREIN)

* Hauptreferent Jörg S t a m e r

(SIGNAL, Telefon: 040 / 41 24-73 30 + -74 43, Telefax: -64 47)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Thüringen

Neuwerkstraße 10 (Allianz Private Kranken)

99084 Erfurt

Korrespondenzanschrift: 80291 München (Allianz Private Kranken)

Vorstand: Wolfgang L o h m a n n

Stellvertr. Direktor Christian M o l t

(Allianz Private Kranken, Telefon: 089 / 67 85-0)

** Prokurist Herbert K n e p s

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

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

***) Stellvertr. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Mitgliederverzeichnis

(Stand: März 2004)

1. Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München
Postanschrift: 80291 München
Tel.: (089) 67 85-0 / Fax: (089) 67 85-65 23
<http://www.gesundheit.allianz.de>
E-Mail: service.apkv@allianz.de
2. ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Moorgärten 12 - 14, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: (04441) 8 77-0 / Fax: (04441) 8 77-2 98
<http://www.alte-oldenburger.de>
E-Mail: info@alte-oldenburger.de
3. 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
<http://www.arag.de>
E-Mail: service@arag.de
4. ASSTEL Krankenversicherung AG
Wiener Platz 4, 51065 Köln
Postanschrift: 51175 Köln
Tel.: (0221) 96 77-6 77 / Fax: (0221) 96 77-1 00
<http://www.asstel.de>
E-Mail: info@asstel.de
5. AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln
Postanschrift: 50592 Köln
Tel.: (0221) 1 48-1 25 / Fax: (0221) 1 48-3 62 02
<http://www.axa-kranken.de>
E-Mail: service@axa-kranken.de
6. Barmenia Krankenversicherung a.G.
Kronprinzenallee 12 - 18, 42119 Wuppertal
Postanschrift: 42094 Wuppertal
Tel.: (0202) 4 38-00 / Fax: (0202) 4 38-28 46
<http://www.barmenia.de>
E-Mail: info@barmenia.de

7. Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft
Richard-Reitzner-Allee 8, 85540 Haar
Postanschrift: 85538 Haar
Tel.: (089) 21 60-0 / Fax: (089) 21 60-27 14
<http://www.vkb.de>
E-Mail: service@vkb.de

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

9. CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT
Hansaring 40 - 50, 50670 Köln
Postanschrift: 50593 Köln
Tel.: (0221) 16 36-0 / Fax: (0221) 16 36-2 00
<http://www.central.de>
E-Mail: info@central.de

10. CONCORDIA Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft
Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover
Postanschrift: 30621 Hannover
Tel.: (0511) 57 01-0 / Fax: (0511) 57 01-19 05
<http://www.concordia.de>
E-Mail: kv@concordia.de

11. Continentale Krankenversicherung a.G.
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44118 Dortmund
Tel.: (0231) 9 19-0 / Fax: (0231) 9 19-29 13
<http://www.continentale.de>
E-Mail: info@continentale.de

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

13. Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56073 Koblenz
Postanschrift: 56058 Koblenz
Tel.: (0261) 4 98-0 / Fax: (0261) 4 14 02
<http://www.debeka.de>
E-Mail: info@debeka.de

14. 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
<http://www.deutscherring.de>
E-Mail: service@deutscherring.de
15. DEVK Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft
Riehler Straße 190, 50735 Köln
Postanschrift: 50729 Köln
Tel.: (0221) 7 57-0 / Fax: (0221) 7 57-22 00
<http://www.devk.de>
E-Mail: info@devk.de
16. DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Aachener Straße 300, 50933 Köln
Postanschrift: 50594 Köln
Tel.: (0221) 5 78-0 / Fax: (0221) 5 78-36 94
<http://www.dkv.com>
E-Mail: kunden-center@dkv.com
17. ENVIVAS Krankenversicherung AG
Gereonswall 68, 50670 Köln
Tel.: (01802) 58 96 32 / Fax: (0221) 16 36-25 61
<http://www.envivas.de>
E-Mail: info@envivas.de
18. EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Piusstraße 137, 50931 Köln
Postanschrift: 50595 Köln
Tel.: (0221) 57 37-01 / Fax: (0221) 57 37-2 01
<http://www.europa.de>
E-Mail: info@europa.de
19. 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
<http://www.famk.de>
E-Mail: info@famk.de
20. GLOBALE Krankenversicherungs-AG
Venloer Straße 47-53, 50672 Köln
Postanschrift: Postfach 10 15 52, 50455 Köln
Tel.: (0221) 57 93-46 72 / Fax: (0221) 57 93-5 79
<http://www.globale.de>
E-Mail: globale@globale.de

21. Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
Postanschrift: 50598 Köln
Tel.: (0221) 30 90-0 / Fax: (0221) 30 90-30 99
<http://www.gothaer.de>
E-Mail: info@gothaer.de

22. HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart
Postanschrift: Postfach 10 60 17, 70049 Stuttgart
Tel.: (0711) 66 03-0 / Fax: (0711) 66 03-2 90
<http://www.hallesche.de>
E-Mail: service@hallesche.de

23. HanseMerkur Krankenversicherung aG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20352 Hamburg
Postanschrift: 20354 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0 / Fax: (040) 41 19-32 57
<http://www.hansemerkur.de>
E-Mail: info@hansemerkur.de

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

25. HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Straße 2, 96447 Coburg
Postanschrift: Postfach 18 02, 96408 Coburg
Tel.: (09561) 96-0 / Fax: (09561) 96-36 36
<http://www.huk.de>
E-Mail: info@huk-coburg.de

26. INTER Krankenversicherung aG
Erzbergerstraße 9 - 15, 68165 Mannheim
Postanschrift: Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim
Tel.: (0621) 4 27-0 / Fax: (0621) 4 27-9 44
<http://www.inter.de>
E-Mail: info@inter.de

27. 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
<http://www.kqv.de>
E-Mail: info@kqv.de

28. Kranken- und Sterbekasse „Mathilde“ Hainstadt VVaG
Ernst-Ludwig-Straße 6, 63512 Hainburg
Postanschrift: Postfach 45 00, 63509 Hainburg
Tel.: (06182) 47 29 / Fax: kein Fax
29. 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
E-Mail: kuk@maranet.de
30. Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg
Tel.: (04131) 7 25-0 / Fax: (04131) 40 34 02
<http://www.lkh.de>
E-Mail: info@lkh.de
31. LIGA Krankenversicherung katholischer Priester V.V.a.G.
Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3, 93055 Regensburg
Postanschrift: 93042 Regensburg
Tel.: (0941) 40 95-0 / Fax: (0941) 40 95-1 15
32. LVM Krankenversicherungs-AG
Kolde-Ring 21, 48151 Münster
Postanschrift: 48126 Münster
Tel.: (0251) 7 02-0 / Fax: (0251) 7 02-10 99
<http://www.lvm.de>
E-Mail: info@lvm-krankenversicherung.de
33. Mannheimer Krankenversicherung AG
Augusta-Anlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Tel.: (0621) 4 57-0 / Fax: (0621) 4 57-42 43
<http://www.mannheimer.de>
E-Mail: service@mannheimer.de
34. 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
<http://www.mecklenburgische.de>
E-Mail: service@mecklenburgische.de
35. MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.
Pettenkoferstraße 19, 80336 München
Postanschrift: 80283 München
Tel.: (089) 51 52-0 / Fax: (089) 51 52-15 01
<http://www.muenchener-verein.de>
E-Mail: info@muenchener-verein.de

36. NÜRNBERGER KRANKENVERSICHERUNG AG
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
Postanschrift: 90334 Nürnberg
Tel.: (0911) 5 31-0 / Fax: (0911) 5 31-32 06
<http://www.nuernberger.de>
E-Mail: info@nuernberger.de
37. 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
<http://www.familienfuersorge.de>
E-Mail: info@familienfuersorge.de
38. Provinzial Krankenversicherung Hannover AG
Schiffgraben 3, 30159 Hannover
Postanschrift: 30140 Hannover
Tel.: (0511) 3 62-0 / Fax: (0511) 3 62-29 60
<http://www.vgh.de>
E-Mail: service@vgh.de
39. R + V Krankenversicherung AG
Taunusstraße 1, 65193 Wiesbaden
Postanschrift: 65181 Wiesbaden
Tel.: (0611) 5 33-0 / Fax: (0611) 5 33-45 00
<http://www.ruv.de>
E-Mail: RUV@RUV.de
40. SIGNAL Krankenversicherung a.G.
Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund
Tel.: (0231) 1 35-0 / Fax: (0231) 1 35-46 38
<http://www.signal.de>
E-Mail: info@signal-iduna.de
41. SONO Krankenversicherung a.G.
Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
Tel.: (02041) 18 22-0 / Fax: (02041) 18 22-20
42. 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
E-Mail: St.MartinusVVaG@t-online.de

43. 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
<http://www.sdk.de>
E-Mail: [sdk@sdk.de](mailto: sdk@sdk.de)
44. UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: Postfach 10 31 52, 66031 Saarbrücken
Tel.: (0681) 8 44-0 / Fax: (0681) 8 44-29 09
<http://www.ukv.de>
E-Mail: [service@ukv.de](mailto: service@ukv.de)
45. uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1 - 7, 90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg
Tel.: (0911) 53 07-0 / Fax: (0911) 53 07-15 74
<http://www.universa.de>
E-Mail: [info@universa.de](mailto: info@universa.de)
46. VICTORIA Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Victoriaplatz 2, Eingang Fischerstraße 2, 40477 Düsseldorf
Postanschrift: 40198 Düsseldorf
Tel.: (0211) 4 77-0 / Fax: (0211) 4 77-43 56
<http://www.victoria.de>
E-Mail: [krankenversicherung@victoria.de](mailto: krankenversicherung@victoria.de)
47. Volksfürsorge Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Besenbinderhof 43, 20097 Hamburg
Postanschrift: 20084 Hamburg
Tel.: (040) 28 65-0 / Fax: (040) 28 65-25 15
<http://www.volksfuersorge.de>
E-Mail: [info@volksfuersorge.de](mailto: info@volksfuersorge.de)
48. Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Postanschrift: 70163 Stuttgart
Tel.: (0711) 6 62-0 / Fax: (0711) 6 62-25 20
<http://www.wuerttembergische.de>
E-Mail: [krankenversicherung@wuerttembergische.de](mailto: krankenversicherung@wuerttembergische.de)
49. Zürich Krankenversicherung Aktiengesellschaft (Deutschland)
Riehler Straße 90, 50668 Köln
Postanschrift: 50657 Köln
Tel.: (0221) 77 15-0 / Fax: (0221) 77 15-50 40
<http://www.zuerich.de>
E-Mail: [service@zuerich.de](mailto: service@zuerich.de)

Verbundene Einrichtungen:

50. Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
Hauptverwaltung
Rödelheimer Straße 51, 60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53, 60606 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 2 47 03-1 11 / Fax: (069) 2 47 03-1 99
<http://www.kvb.bund.de>
E-Mail: auskunft.frankfurt@kvb.bund.de

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

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
aG; a.G.	auf Gegenseitigkeit
AG	Aktiengesellschaft
AG	Amtsgericht
AG	Arbeitsgericht
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AOK(en)	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
ARC	Accounting Regulatory Committee
Art.	Artikel
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
Az	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BAG	Bundesarbeitsgericht
BAnZ	Bundesanzeiger
BAT	Bundesangestelltentarif
BAV	Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
BEK	Barmer Ersatzkasse
BerVersV	Verordnung über die Berichterstattung von Versicherungsunternehmen gegenüber dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BhV	Beihilfевorschriften (des Bundes)
BhVO/BVO	Beihilfeverordnung
BiPAP	Bilevel positive airway pressure
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

BMI	Bundesministerium des Inneren
BpflV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung)
BR-Drucksache	Bundesrats-Drucksache
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BSSichG	Beitragsatzsicherungsgesetz
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGG	Bundesverfassungsgerichtsgesetz
BVO	Beihilfenverordnung (von den Ländern)
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
CDU	Christlich-Demokratische Union
CEA	Comité Européen des Assurances
CPAP	Continuous positive airway pressure (kontinuierlicher positiver Atemwegdruck)
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
DRSC	Deutsches Rechnungslegungs Standards Committee
DSR	Deutscher Standardisierungsrat
EAV	Elektro-Akupunktur nach Voll
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab gemäß § 87 SGB V
EBM	Evidenz-basierte Medizin
ED	Exposure Draft
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalogramm
EFRAG	European Financial Reporting Advisory Group
EG	Europäische Gemeinschaft(en)
einschl.	einschließlich
EKG	Elektrokardiogramm

EMG	Elektromyographie
EOG	Elektrookulographie
ESTG	Einkommensteuergesetz
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
f.	folgende (Seite)
F.D.P.	Freie Demokratische Partei
ff.	folgende (Seiten)
FPÄndG	Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GG	Grundgesetz
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
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
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HGB	Handelsgesetzbuch
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAIS	International Association of Insurance Supervisors
IAS	International Accounting Standards
IASB	International Accounting Standards Board
IASC	International Accounting Standards Committee
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten

ICPM	Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
ICSI	Intracytoplasmatische Spermieninjektion
i. d. F.	in der Fassung
i. d. R.	in der Regel
IFRS	International Financial Reporting Standards
IKK	Innungskrankenkasse
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
inkl.	inklusive
i.S.	im Sinne
IVF	In-vitro-Fertilisation
i.V.m.	in Verbindung mit
KaIV	Kalkulationsverordnung
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KStG	Körperschaftsteuergesetz
KVB	Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVLG	Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
LAG	Landesarbeitsgericht
LG	Landgericht
LSG	Landessozialgericht
Ltd.	Leitender
MB/EPV	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflege- krankenversicherung
MB/KK	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung

MB/KT	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankentagegeldversicherung
MB/PPV	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die private Pflegepflichtversicherung
MB/PV	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Pflegekrankenversicherung
MB/ST	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für den Standardtarif
MdB	Mitglied des Bundestages
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MedR	Zeitschrift „Medizinrecht“
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MRT	Magnetresonanztomographien
MU	Mitgliedsunternehmen (des Verbandes)
MW	Mittelwert
n. F.	neue Fassung
Nr(n).	Nummer(n)
NRW/NW	Nordrhein-Westfalen
o.a.	oben angegeben
OECD	Organisation for Economic Co-Ordination and Development
o.g.	oben genannt
OLG	Oberlandesgericht
OTC	„over the counter“ (frei verkäufliche Medikamente)
PBeaKK	Postbeamtenkrankenkasse
PDD	Photodynamische Diagnostik
PDT	Photodynamische Therapie
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PfIEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PfIRi	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien

PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
PKV Publik	vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. herausgegebene Zeitschrift
PLAISIR	Planification Informatisée Des Soins Infirmiers Requis
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
Prof.	Professor
PSKV	Private Studentische Krankenversicherung
PVB	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen mit Beihilfeberechtigung im Pflegefall
PVN	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen ohne Beihilfeberechtigung
RAI	Resident Assessment Instrument
RB	Rechenschaftsbericht
RechVersV	Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen
RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
RVO	Reichsversicherungsordnung
S.	Seite(n)
s.	siehe
SG	Sozialgericht
SGB I	Sozialgesetzbuch, Erstes Buch
SGB III	Sozialgesetzbuch, Drittes Buch
SGB IV	Sozialgesetzbuch, Viertes Buch
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB VI	Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch
SGB VIII	Sozialgesetzbuch, Achtes Buch
SGB IX	Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch
SGB XII	Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch
s. o.	siehe oben
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPECT	Single-Photon-Emissions-Computertomographie
SPV	Soziale Pflegeversicherung
StGB	Strafgesetzbuch

StSenkErgG	Steuersenkungsergänzungsgesetz
StSenkG	Steuersenkungsgesetz
StVergAbG	Steuervergünstigungsabbaugesetz
TB/ST	Tarifbedingungen für den Standardtarif
u. a.	unter anderem
u. ä.	und ähnliches
u. a. m.	und anderes mehr
UStG	Umsatzsteuergesetz
usw.	und so weiter
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
VersR	Zeitschrift „Versicherungsrecht“
VG	Verwaltungsgericht
VGH	Verwaltungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
v. H.	vom Hundert
VVaG; V.V.a.G.	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WHO	Welt-Gesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
ZB	Zahlenbericht
z. T.	zum Teil
z. Z.	zurzeit

Stichwortverzeichnis

	Seite
A	
Abschlusskosten	22
AIDS-Statistik	140 f.
Alterungsrückstellung	20
Ambulante Zusatzversicherung	14 f.
Auslandsreisekrankenversicherung	14 f.
B	
Beihilfevorschriften	39 f.
Beitragseinnahmen	15 ff.
– Anteil der Versicherungsarten	18
– Aufgliederung nach Versicherungsarten	15 ff.
– Einmalbeiträge aus der RfB	18
– Prozentuale Veränderung	16
– Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen	20
Beitragsrückerstattung	19
Beitragssatz der GKV	120, 122
Beitragssatzsicherungsgesetz	122
Beitrags- und Kostenentwicklung	9
Bestandsentwicklung	9
Besteuerung von Lebens- und Krankenversicherungs- unternehmen (Neuregelung)	110 ff.
Bezugsgröße	119
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)	137
Bundesärztekammer.... ..	46 ff.
– Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses und Stellungnahmen des PKV-Verbandes	49 f.
– Beschlüsse des Konsultationsausschusses.....	46 ff.
– Konsentierete „Empfehlungen“ des Gebührenordnungs- ausschusses.....	50 ff.
C	
CEA (Comité Européen des Assurances)	115 ff.

E

Ehrenmitglieder des Verbandes	171
-------------------------------------	-----

F

Fallpauschalenänderungsgesetz	69 ff.
Finanzkonglomeratsrichtlinie	109

G

Gebührenordnung für Ärzte	46 ff., 140
Gebührenordnung für Zahnärzte	140
Geringfügige Beschäftigung	120
Gesamtaufwendungen	20
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft	113, 191 ff.
Geschäftsführung	196 f.
Gesetzgebung (siehe auch Pflegegesetzgebung)	122 ff.
– Beitragssatzsicherungsgesetz	122
– Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, „Hartz III“	128 f.
– Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt	128
– Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch	128
– GKV-Modernisierungsgesetz	74, 122 ff.
– Haushaltsbegleitgesetz 2004	112, 130
– Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, „Hartz IV“	129 f.
– Zweites und Drittes Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	127 f.
GKV-Modernisierungsgesetz	74, 122 ff.
Grußworte	145 ff.

H

Hartz-Gesetze	128 ff.
Hauptausschuss	172 ff.
Haushaltsbegleitgesetz 2004	112, 130
Herzog-Kommission	132 f.

I

IAS	104, 108
Investmentsteuergesetz	113

K

Kommission KRANKENVERSICHERUNG im CEA	115 ff.
Krankenhausfragen.....	69 ff.
– Auswertung der Basisfallwerte.....	80 f., 86
– Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge.....	81, 87 f.
– Beitragssatzsicherungsgesetz und SGB-V-Änderungsgesetz.....	69
– Fallpauschalenänderungsgesetz	69 ff.
– Finanzierung von Investitionskosten bei nicht geförderten Krankenhäusern.....	78 f.
– GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)	74
– Krankenhausdatenbank des Verbandes	79 f.
– Krankenhäuser in den neuen Bundesländern.....	76 ff.
– Wahlleistung Unterkunft.....	76, 92 f.
– Weitere wichtige Entscheidungen für die Krankenhausfinanzierung 2003 bzw. 2004	74
Krankentagegeldversicherung	12
Krankheitsartenstatistik.....	140
KVdR	134

L

Landesausschüsse	198 ff.
------------------------	---------

M

Medicator	44 f.
Medicproof.....	93
Mikrozensus.....	142
Mitgliedsunternehmen.....	10, 203 ff.

P

Pflegegesetzgebung	90 ff.
– Allgemeine Versicherungsbedingungen MB/PPV	93

– Einkommensgrenze für Familienversicherung und Beitragslimitierung	92
– Hilfsmittelsicherungsgesetz	91
– Kein Anwaltszwang beim Bundessozialgericht	92
– Kostenerstattung im Sozialgerichtsverfahren	91 f.
– Pflege-Korrekturgesetz – PKG	93
– Reform der Pflegeversicherung	90 f.
– SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende	92
– Zuschuss zum Pflegeversicherungsbeitrag aus der Rentenversicherung entfällt.	92
Pflegeversicherung – Verhandlungsgeschehen	100 ff.
– Abrechnung krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen	102
– Bemühen um Entbürokratisierung	102
– Empfehlung gemäß § 37 Abs. 5 SGB XI	101
– Finanzielle Misere der öffentlichen Haushalte	100
– Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	100
– Novellierung von Landespflegegesetzen	101 f.
– Personalrichtwerte vs. Personalbedarfsermittlungsverfahren.	100 f.
– Rechtsverordnungen gemäß §§ 45 b und 45 c SGB XI	101
Pflegezusatzversicherung	12
Private Pflegepflichtversicherung	11, 141
– Anwartschaftsversicherung	90
– Begutachtungsdauer	93
– Begutachtungsergebnisse	95
– Begutachtungsrichtlinien.	94
– Beiträge.	89
– Bestandsstatistik.	141
– Gutachter	94
– Härtefälle	95
– Hilfsmiteleininsatz in Pflegeheimen.	97 f.
– Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung.	89
– Leistungsstatistik	142
– Mediproof	93
– Meldungen an das Bundesgesundheitsministerium und das Statistische Bundesamt	142
– Neukalkulation zum 1.1.2003	89
– Pflegebegründende Diagnosen	99
– Pflichtpflegeeinsatz bei häuslicher Pflege	98, 100
– Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen	97
– Versicherungsbestand	11
– Versicherungspflicht von Beamten	90
– Verwendung von Ersparnissen für Heimkosten der Eltern.	100
Private Studentische Krankenversicherung – PSKV	39

R

Rechengrößen für 2004	121
Rechnungslegung	103 ff.
– Ausnahmeregelungen für Versicherungsverträge	105 f.
– Bilanzrechtsreformgesetz – Referentenentwurf	104
– IAS-Anwendung ab 2005 für kapitalmarktorientierte Unternehmen	104
– IFRS für Versicherungsverträge (ED 5)	105
– Internationalisierung der Rechnungslegung	103
– Transparenz-Richtlinie	104 f.
Rechtsform der PKV-Unternehmen	10
Rechtsprechung im Bereich der privatärztlichen bzw. privatzahnärztlichen Behandlung	55 ff.
– Analogberechnung zahnärztlicher Leistungen	66 ff.
– Begründung für Regelhöchstsatzüberschreitung trotz Honorarvereinbarung	68
– Gebührenminderung gem. § 6 a GOÄ	63 ff.
– Hüft-TEP	57 ff.
– Knie-TEP	60 ff.
– PET-Untersuchung	55
Restschuldversicherung	15
Rürup-Kommission	131 f.

S

Selbstbehaltstatistik	139
Solvency II	106 f.
Sonderausschüsse	175 ff.
Standardtarif	11
– Änderung der AVB	31 f.
Sterbewahrscheinlichkeiten	139
Steueränderungsgesetz 2003	112
Steuervergünstigungsabbaugesetz	109 f.
Stornostatistik	139

U

„Unisex-Tarife“	23 ff.
-----------------------	--------

Urteile zum Versicherungsvertragsrecht u.a.	25 ff.
– Kein Schadensersatzanspruch eines Arztes gegen den medizinischen Gutachter einer Versicherung	35 ff.
– MB/KK, §§ 1 Abs. 2, 5 Abs. 2.	25 ff.
– MB/KK, keine Befristung der Leistungszusage nach § 4 Abs. 5	34 f.
– VVG, § 178 m	32 ff.

V

VAG-Novelle 2003	42, 108
Verbandsorgane	172 ff.
Verbandsstatistik	137
Versicherung für Krankenhaus-Wahlleistungen	11 f., 14
Versicherung gegen Einmalbeitrag	14
Versicherungsbestand	10 ff.
Versicherungsgrenzen in der Renten- und Krankenversicherung ...	119
Versicherungsgruppenrichtlinie	108 f.
Versicherungsleistungen	18 ff.
– Aufgliederung der Versicherungsleistungen	21
– Leistungen je Tag und Monat	20
– Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen	20
Versicherungsvertragsgesetz, Reform des -.	23
Verwaltungskosten	22
Vorwort	7 f.

W

Wagnisstatistik.	138
Wahrscheinlichkeitstafeln.	138 f.
Wechsel zwischen PKV und GKV	10
Werkstudentenprivileg	134 f.

Z

Zusammengefasste Angaben im Bundesgebiet	22
Zusatzversicherungen	12

„PKV Publik“
Verbandszeitschrift; erscheint neunmal jährlich

„Die private Krankenversicherung“
Rechenschaftsbericht; erscheint jährlich im Juni

„Die private Krankenversicherung“
Zahlenbericht; erscheint jährlich im Oktober

Die privaten Krankenversicherungen.
„Die Möglichkeiten. Die Sicherheit. Die Zukunft.“

„Die private Krankenversicherung“ – Eine Unterrichtseinheit
Arbeitshilfe für Lehrer an allgemein- und berufsbildenden Schulen

Kennzahlenkatalog der privaten Krankenversicherung

„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
- 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 Wieseemann, 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
- 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
- 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 Zu-
satzversicherungen anbieten?“
von ao. Univ.-Prof. Dr. Beatrix Karl /Univ.-Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, Mai 2003

„Standpunkte der PKV zur Struktur des Krankenversicherungssystems 2002“

„Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“
28-seitige Kurzfassung

„Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)“
6-seitige Kurzfassung

„Beihilfavorschriften des Bundes nebst Durchführungshinweisen“

Musterbedingungen

- für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (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“
