PKV
Verband der privaten Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung

Rechenschaftsbericht 2004

Die private Krankenversicherung im Jahre 2004

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 19
   f) Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen 21
   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 36
3. Versicherungsaufsichtsrecht 43

Seite

III. Leistungsfragen

1. Ärzte, Zahnärzte und private Krankenversicherung 45
2. Krankenhausfragen
   a) Krankenhauspolitik und Krankenhausrecht 66
   b) Vergütungsverhandlungen im Krankenhausbereich 71
   c) Krankenhausentgelte 78

IV. Private Pflegepflichtversicherung

1. Beiträge 83
2. Gesetzgebung zur Pflegeversicherung 83
3. Medizinische Begutachtung der Antragsteller 88
4. Recht der Versicherungsleistungen 93
5. Beziehungen zu den Leistungserbringern 96

V. Rechnungslegungs-, Solvabilitäts- und Steuerfragen

1. Rechnungslegung 99
2. Aufsicht und Solvabilität 102
3. Steuern 106

TEIL B

INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT 111

Seite

TEIL C

GRENZFRAGEN ZWISCHEN GESETZLICHER UND PRIVATER KRANKENVERSICHERUNG

I. Sozialpolitische Entwicklung im Jahr 2004

1. Sozialgesetzgebung 115
2. Gesundheitspolitische Diskussion 120

II. Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit zu Grenzfragen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung 128

TEIL D

STATISTIK

I. Statistische Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde 131

II. Verbandsstatistik

1. Allgemeines 131
2. Wahrscheinlichkeitstafeln 132
   a) Wagnisstatistik 132
   b) Auswirkung von Selbstbehalten auf die rechnungsmäßigen Kopfschäden von Krankheitskostentarifen 133
   c) Ausscheidewahrscheinlichkeiten. 134
3. Krankheitsartenstatistik 134
4. Rechnungsauswertungen 135
5. AIDS-Statistik 135
6. Statistik der Pflegepflichtversicherung 135

III. Bundesstatistik zur Krankenversicherung 137

Seite

ANHANG

1. Grußwort von
Reinhard Bütikofer, Vorsitzender Bündnis 90/Die Grünen 143

2. Grußwort von
Laurenz Meyer MdB, Generalsekretär der CDU 149

3. Grußwort von
Klaus Uwe Benneter MdB, Generalsekretär der SPD 153

4. Grußwort von
Dr. Guido Westerwelle, Vorsitzender der FDP 159

5. Vortrag von
Generaldirektor Reinhold Schulte, Verbandsvorsitzender 165

. . . anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes
der privaten Krankenversicherung am 3.6.2004 in Berlin

6. Ehrenmitglieder, Verbandsorgane, Vertretung in den Gremien
des GDV, Geschäftsführung und Landesausschüsse 175

7. Mitgliederverzeichnis des Verbandes
der privaten Krankenversicherung e.V. (Stand: Februar 2005) 205

8. Abkürzungsverzeichnis 213

9. Stichwortverzeichnis 219

Vorwort

Auch im Jahr 2004 war die Gesundheitspolitik das zentrale sozialpolitische Thema. Regierungskoalition und Union haben mit Bürgerversicherung und Pauschalprämie ihren jeweiligen Reformkurs für die künftige Ausrichtung der Krankenversicherung vorgegeben. Über dem monatelangen politischen Schlagabtausch zwischen den beiden Reformmodellen ist die Frage nach den eigentlichen Problemen und Herausforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung und die sich daraus ergebenden Zielsetzungen für Reformen jedoch fast vollständig in den Hintergrund getreten.

Aus Sicht der PKV bieten beide Modelle keine Zukunftsperspektiven für das deutsche Gesundheitssystem. Der größte Schwachpunkt von Bürgerversicherung und Pauschalprämienmodell ist, dass sie den demographischen Wandel gar nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigen. Dabei sind die Folgen daraus heute schon absehbar: Wenn keine Kapitalreserven aufgebaut werden, um den Anstieg der Gesundheitskosten durch die wachsende Zahl der immer älter werdenden Menschen abzufedern, wird der Beitrag in der Bürgerversicherung genauso wie die Pauschalprämie explodieren. Leistungseinschnitte und Rationierungen werden in der gesetzlichen Krankenversicherung dann alternativlos sein. Die Politik muss akzeptieren, dass die *künftige* Bezahlbarkeit unserer medizinischen Versorgung davon abhängt, wie sie *heute* finanziert wird!

Nicht nachvollziehbar ist, warum das mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Wahlrecht zwischen einer gesetzlichen und privaten Absicherung des Zahnersatzes wieder zurückgenommen worden ist. Mit ihrem „Rückzieher“ hat die Politik beim Zahnersatz wieder einmal die Chance für die Ausgliederung geeigneter Leistungsbereiche aus der gesetzlichen Krankenversicherung vertan. Alles spricht dafür, den Zahnersatz *vollständig* in die private Verantwortung der Bürger zu übergeben. Im Ausland hat man damit beste Erfahrungen gemacht. Und die private Krankenversicherung in Deutschland hat hierzu attraktive Angebote unterbreitet. Insofern war bereits die ursprüngliche Gesetzesregelung mit einem Wahlrecht zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung nur ein halbherziger Kompromiss.

Dennoch dürfte gerade auch die Diskussion um die neue Zahnersatzregelung das Bewusstsein der Bevölkerung für wachsende Einschnitte im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ein weiteres Mal geschärft haben. Diese Folgerung legt der enorme Neuzugang in der Zusatzversicherung von rund 11 Prozent bzw. 1,547 Mio. Personen

nahe. Die Kooperationen, die seit dem 1. Januar 2004 zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen durchgeführt werden, haben ebenfalls zu dieser Entwicklung beigetragen. Denn im Zuge dieser Kooperationen werden GKV-Versicherte gezielter und in einer größeren Zahl als bisher auf ihren zusätzlichen Absicherungsbedarf und die dafür geeigneten Produkte angesprochen.

Dagegen ist der Netto-Neuzugang in der Vollversicherung 2004 mit 149.100 Personen ein weiteres Mal hinter dem Nettozuwachs des Vorjahres zurückgeblieben. Das ist ein Rückgang zum Vorjahr um 20 Prozent. Damit erweist sich die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze als ein außerordentlich schwerer Schlag für die freiwillig versicherten Arbeitnehmer in der GKV. Sie bedeutet einen schweren Eingriff in ihre Wahl- und Entscheidungsfreiheit.

Die PKV hat im Sommer 2004 ein Konzept vorgestellt, das neu in der PKV Versicherten in Zukunft ermöglicht, im Rahmen eines Basistarifs, der mindestens dem Schutz in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, jederzeit das Unternehmen nachteilsfrei wechseln zu können. Für die Versicherten ist es dann unerheblich, wenn sie zwischenzeitlich älter und kränker geworden sind. Ein Wechsel wirkt sich für sie nicht prämiensteigernd aus.

Als weiterer wichtiger Bestandteil des Konzepts können sich grundsätzlich alle freiwillig in der GKV Versicherten im Rahmen des Basisschutzes ohne Risikozuschläge in der PKV versichern. Für die PKV besteht Kontrahierungszwang, d.h. auch Menschen mit Vorerkrankungen werden im Basisschutz ohne Risikozuschlag versichert. Zudem steht es jedem GKV-Versicherten innerhalb der ersten sechs Monate, nachdem er erstmalig versicherungsfrei geworden ist, offen, auch einen über den Basisschutz hinausgehenden, höherwertigen Versicherungsschutz abzuschließen. Der eventuell notwendige Risikozuschlag ist dabei auf 30 Prozent begrenzt.

Mit diesem Konzept des optimierten Nebeneinanders von GKV und PKV greift die PKV die in der Vergangenheit gemachten Vorwürfe über bestehende Mängel im System- und Anbieterwettbewerb auf und bietet damit einen Lösungsansatz für mehr Wettbewerb zwischen den Systemen und innerhalb der PKV. Dies ist zum einen eine wichtige Voraussetzung, um die Dynamik auf der Ausgabenseite besser in den Griff zu bekommen. Das PKV-Konzept würde zum anderen mehr Menschen ins Kapitaldeckungsverfahren bringen und damit mehr Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit schaffen.

Köln, im April 2005

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

Vorläufiges Zahlenmaterial

In den folgenden Übersichten ist der vorläufige Geschäftsverlauf des Jahres 2004 dargestellt. Grundlage hierfür sind die Vierteljahresstatistiken, die dem Verband von 47 Mitgliedsunternehmen mit einem Anteil von 99,99 Prozent an der Gesamtbeitragseinnahme der Verbandsunternehmen zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden. Diese Angaben werden durch Werte der übrigen Unternehmen ergänzt, die – ausgehend von den Geschäftsberichten 2003 – geschätzt wurden. Hier handelt es sich um kleinere Versicherungsunternehmen auf Gegenseitigkeit (i.S. von § 53 VAG), die keine Quartalsberichte erstellen. Weitere Daten werden aus zusätzlichen statistischen Erhebungen bei den Mitgliedsunternehmen gewonnen. Bei allen Zahlen handelt es sich um vorläufige, unabgegrenzte Daten, bei denen noch mit Änderungen zu rechnen ist. Daher liegen bei den hier dargestellten Ergebnissen zwangsläufig Abweichungen gegenüber dem endgültigen Jahresergebnis vor, das erst im Zahlenbericht 2004/2005 angegeben wird. Diese Veröffentlichung erscheint Ende Oktober 2005 und enthält zusätzliche detaillierte Werte.

Bestandsentwicklung

Im Jahr 2004 erhöhte sich der Bestand an Versicherten in der Krankheitsvollversicherung deutlich geringer als im Vorjahr. Nach einem schon verminderten Zuwachs im Jahr 2003 ist nun ein weiteres Absinken zu beobachten.

Beitrags- und Kostenentwicklung

Vor allem wegen des Neuzugangs und einer weiteren Stufe des gesetzlichen Zuschlags im Bestand stieg die Beitragseinnahme in der Krankenversicherung um rund 7,2 Prozent an. In der Pflegepflichtversicherung erhöhte sich die Beitragseinnahme um 1,2 Prozent. Insgesamt lag damit die Steigerung gegenüber dem Vorjahreswert bei 6,8 Prozent. In der Krankenversicherung stiegen die Leistungsausgaben geringer als die

Beitragseinnahmen, nämlich um rund 4,3 Prozent. Die Leistungsausgaben der Pflegepflichtversicherung erhöhten sich geringfügiger um 3,0 Prozent. Insgesamt sind damit die ausgezahlten Versicherungsleistungen um 4,2 Prozent angestiegen.

b) Aufbau des Verbandes

Mitgliedsunternehmen

Im Jahr 2004 war keine Veränderung bei den Unternehmen zu beobachten, so dass dem Verband am 31.12.2004

49 ordentliche Mitgliedsunternehmen

angehörten. Zusätzlich stellten zwei Unternehmen verbundene Einrichtungen dar.

Rechtsform

Nach der Rechtsform setzten sich die Mitgliedsunternehmen folgendermaßen zusammen:

19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
(mit 45,6 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme und 51,7 Prozent der Gesamtzahl an Vollversicherten)

30 Aktiengesellschaften
(mit 54,4 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme und 48,3 Prozent der Gesamtzahl an Vollversicherten).

c) Versicherungsbestand

Vollversicherte Personen

In der Krankheitsvollversicherung, der Hauptversicherungsart der privaten Krankenversicherung, stieg der Bestand im vergangenen Jahr deutlich geringer als im Vorjahr an. Er umfasste am

31.12.2003 8.110.400 versicherte Personen
31.12.2004 8.259.500 versicherte Personen.

Damit war ein Nettozuwachs von 149.100 (Vorjahr: plus 186.600) Versicherten bzw. 1,8 Prozent zu verzeichnen.

Wechsel zwischen PKV und GKV

Betrachtet man die Wanderungsbewegung zwischen PKV und GKV, so ergibt sich, dass rund 297.500 Personen aus der GKV in die PKV übergewechselt und rund 126.700 wegen Eintritts der Versicherungspflicht wieder von der PKV in die GKV zurückgekehrt sind. Hieraus resultiert demnach ein Saldo von 170.800. Dass sich ein niedrigerer Nettozuwachs zur PKV ergibt, liegt an der größeren Zahl von Todesfällen gegenüber Geburten.

Pflegepflichtversicherung

Alle privat vollversicherten Personen haben auch eine private Pflegepflichtversicherung. Zusätzlich gibt es einige – wenn auch wenige – frei-

willig gesetzlich Versicherte, welche ihre Pflegepflichtversicherung nicht bei ihrer Krankenkasse, sondern privat abgeschlossen haben. Außerdem sind in der privaten Pflegepflichtversicherung die in den Versorgungseinrichtungen von Post und Bahn (Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten) Krankenversicherten abgesichert. Für diese hat die PKV die Mitversicherungsgemeinschaft „GPV“ eingerichtet. Insgesamt waren am

31.12.2003 rd. 8.999.300 Personen
31.12.2004 rd. 9.029.900 Personen

privat pflegepflichtversichert.

Damit ist ein Bestandszuwachs von 30.600 Versicherten zu verzeichnen. Er liegt niedriger als in der Krankheitsvollversicherung, da die Bestände von Post und Bahn keinen Neuzugang mehr haben und deswegen durch Tod und Stornierungen ständig zurückgehen.

Standardtarif

Zu den vollversicherten Personen zählen auch die Versicherten im Standardtarif. Nach den Bestimmungen in § 257 des Sozialgesetzbuches V zum Arbeitgeberzuschuss zur 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 Überwechselns 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 10 Jahren. Angehende Beamte können sich auch dann, wenn sie in normalen Tarifen einen Risikozuschlag zahlen müssten, ohne diesen und ohne sonstige Vorbedingungen direkt im Standardtarif versichern. Der Bestand im Standardtarif umfasste am

31.12.2003 10.997 versicherte Personen
31.12.2004 15.110 versicherte Personen.

Hiervon waren 4.214 Personen als Beihilfeberechtigte im Tarif STB versichert.

Versicherung für Krankenhaus-Wahlleistungen

Von den 8.259.500 vollversicherten Personen hatten 1.156.300 im stationären Bereich nur die Regelleistung im Krankenhaus versichert (Mehrbettzimmer). 7.103.200 Personen, das sind 86,0 Prozent (Vorjahr: 7.102.000 bzw. 87,57 Prozent), hatten gleichzeitig eine Versicherung für die Wahlleistungen Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus abgeschlossen. Damit hat der Anteil der Vollversicherten, die auch Wahlleistungen versichert haben, abgenommen.

Zusatzversicherte Personen

Personen, die ihren Grundschutz, d.h. die Versicherung gegen Krankheitskosten, in der GKV versichert und bei der PKV darüber hinausgehende Leistungen abgedeckt haben, werden als zusatzversicherte Personen gezählt. Der bei der PKV gewählte Tarif kann eine Krankentagegeldversicherung, eine Krankenhaustagegeldversicherung, eine Pflegezusatzversicherung, eine Versicherung für Wahlleistungen im Krankenhaus und/oder eine ambulante Zusatzversicherung zur Abdeckung von Lücken in der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Dagegen werden die Auslandsreise-Krankenversicherung, befristete Auslandsversicherung, die Beihilfeablöseversicherung, die Lohnfortzahlungsversicherung und die Restschuldversicherung nicht zu den Zusatzversicherungen gezählt. Als Gesamtbestand in der Zusatzversicherung haben die Unternehmen am

31.12.2003 14,684 Mio. versicherte Personen
31.12.2004 16,231 Mio. versicherte Personen

ermittelt. Hier ist ein deutlicher Zugang zu verzeichnen, der vor allem aus den Kooperationen mit den gesetzlichen Krankenkassen resultiert. Da die Mitgliedsunternehmen in ihren Bestandsdaten nicht unterscheiden können, ob eine zusatzversicherte Person ihren Grundschutz in der GKV, bei einem anderen PKV-Unternehmen oder in der Gruppenversicherung abgeschlossen hat und ob noch bei weiteren Unternehmen Zusatzversicherungen bestehen, enthalten diese Daten Doppelzählungen.

– siehe auch Schaubild I –

Allerdings kann von den Unternehmen die Zahl der Versicherten in einzelnen Versicherungsarten exakt ermittelt werden.

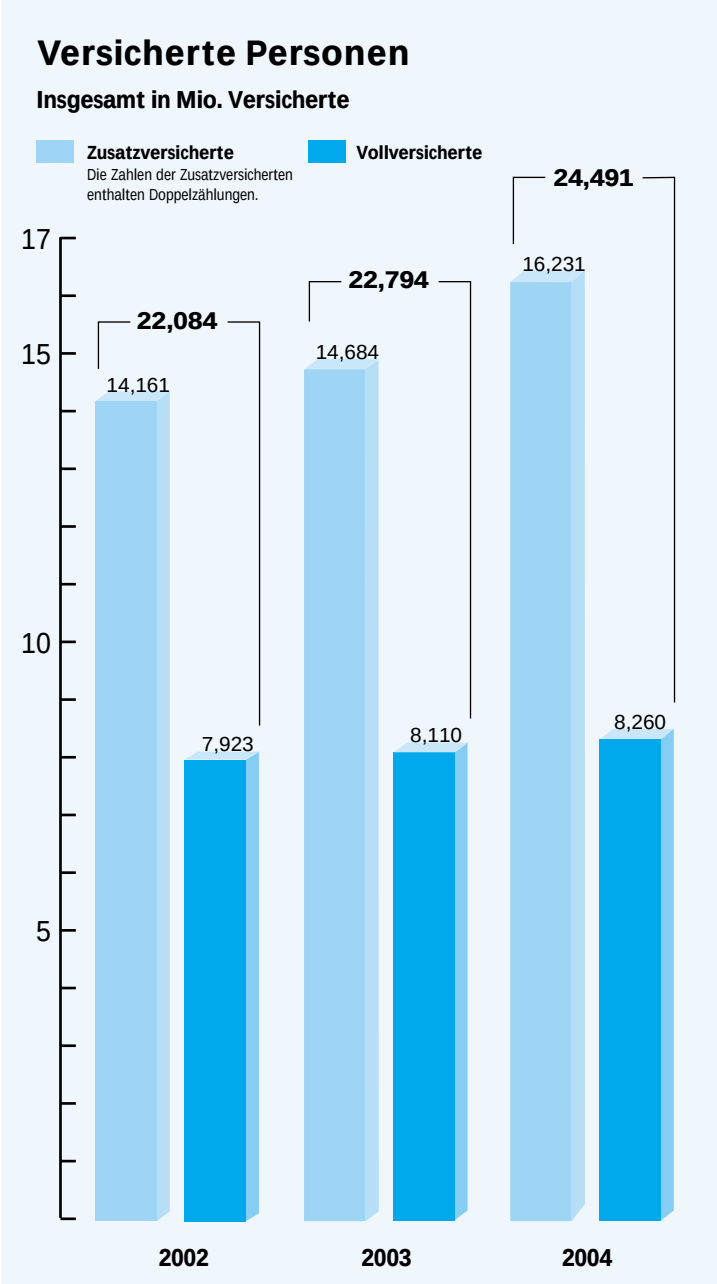
Krankentagegeldversicherung

In der Krankentagegeldversicherung wurden am

31.12.2003 3.126.800 versicherte Personen
31.12.2004 3.238.100 versicherte Personen

gezählt. Damit stieg der Bestand um 111.300 versicherte Personen bzw. 3,6 Prozent. Von den 3.238.100 Versicherten hatten 1.978.600 auch eine Vollversicherung in der PKV. 1.259.500 Personen hatten eine Krankentagegeldversicherung zusätzlich zu anderweitigem Versicherungsschutz – meist in der GKV – abgeschlossen. Von den Vollversicherten waren rund 35,6 Prozent Freiberufler oder Selbständige. Etwa 64,4 Prozent waren Angestellte, deren Verträge in etwa 90,3 Prozent aller Fälle Leistungen von der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit an vorsehen.

Schaubild I


Versicherte Personen
Insgesamt in Mio. Versicherte
Zusatzversicherte
Die Zahlen der Zusatzversicherten enthalten Doppelzählungen.
Vollversicherte
17
15
10
5
22,084
14,161
7,923
22,794
14,684
8,110
24,491
16,231
8,260
2002
2003
2004

Pflegezusatz-versicherung

Der Bestand in der Pflegezusatzversicherung umfasste am

31.12.2003 749.600 versicherte Personen
31.12.2004 787.100 versicherte Personen.

Der Bestand hat sich damit um 37.500 versicherte Personen bzw. 5,0 Prozent erhöht.

Versicherung der Wahlleistungen

Auch im Jahr 2004 war für die Versicherung von Wahlleistungen im Krankenhaus wieder eine Bestandssteigerung zu verzeichnen. Der Bestand betrug am

31.12.2003 4.715.100 versicherte Personen
31.12.2004 4.827.400 versicherte Personen.

Der Zuwachs belief sich damit auf 112.300 versicherte Personen bzw. 2,4 Prozent (Vorjahr: plus 242.200 Personen).

Ambulante Zusatzversicherung

Die Zahl der GKV-Versicherten, die zur Abdeckung der zunehmenden Lücken im GKV-Schutz im ambulanten Bereich eine Zusatzversicherung mit Einschluss von Zahnleistungen abgeschlossen haben, ist ebenfalls gestiegen. Hier umfasste der Bestand am

31.12.2003 5.094.000 versicherte Personen
31.12.2004 6.181.500 versicherte Personen.

Damit hatten 2004 1.087.500 Personen mehr eine solche Versicherung abgeschlossen als 2003, das entspricht einer Erhöhung von 21,3 Prozent. Insbesondere in diesem Bereich kommen die Kooperationen mit den gesetzlichen Kassen zum Tragen.

Versicherung gegen Einmalbeitrag

Die bisher aufgeführten Versicherungen sind solche mit regelmäßiger Beitragszahlung. Daneben gibt es in der Einzel- und Gruppenversicherung noch viele Verträge gegen Einmalbeitrag. Hier handelt es sich überwiegend um kurzfristige Versicherungen, wie die Auslandsreisekrankenversicherung oder Versicherungen für kurzfristige Gemeinschaftsveranstaltungen, daneben auch um längerfristige, aber von vornherein zeitlich begrenzte, wie z.B. Restschuldversicherungen.

Im Laufe des Jahres 2004 schlossen

Auslandsreise-krankenversiche-rung

26.575.500 Personen

eine Auslandsreisekrankenversicherung ab. Gegenüber dem Vorjahreswert (26.603.300 Personen) ist nochmals ein Rückgang um 27.800 Personen bzw. 0,1 Prozent festzustellen.

Restschuld-versicherung

In der Restschuldversicherung wurden im Laufe des Jahres 2004 51.900 neu abgeschlossene Verträge gezählt. Im Vorjahr waren es 54.600. Die Bedeutung dieser Versicherungsart liegt in der Absicherung von Kreditgeschäften, insbesondere von Abzahlungsgeschäften.

d) Beiträge

Beitragseinnahmen

Im Jahr 2004 machten die Beitragseinnahmen (einschl. Nebenleistungen, aber ohne Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung) der Mitgliedsunternehmen des Verbandes

in der Krankenversicherung	rd. 24.550 Mio. Euro
in der Pflegepflichtversicherung	rd. 1.870 Mio. Euro

aus. Insgesamt belief sich damit die Beitragseinnahme auf

rd. 26.420 Mio. Euro.

Die Zunahme in der Krankenversicherung gegenüber dem Vorjahr (22.892,8 Mio. Euro) beläuft sich auf rund 1.660 Mio. Euro bzw. rund 7,2 Prozent (Vorjahr: 8,51 Prozent). Sie ergab sich aus der Erhöhung des Versichertenbestandes in der Krankheitsvollversicherung und aus dem außerordentlich hohen Zuwachs in den Zusatzversicherungen. Außerdem wirkten sich Beitragsanpassungen aus. Zusammen mit der Pflegepflichtversicherung betrug die Erhöhung rund 6,8 Prozent.

Aufgliederung nach Versicherungsarten

In der folgenden Tabelle sind die Beitragseinnahmen der Krankenversicherung sowie der Pflegepflichtversicherung in den entsprechenden Aufgliederungen dargestellt:

	in Mio. Euro 2004	2003	2002
Krankheitsvoll-versicherung	rd. 18.930	17.523,3	15.891,4
Krankentagegeld-versicherung	rd. 1.060	1.025,9	976,5
Krankenhaustage-geldversicherung	rd. 780	766,5	754,7
Sonstige selbständige Teil-(Zusatz-) versicherung	rd. 3.280	3.076,5	2.989,1
Pflegepflicht-versicherung	rd. 1.870	1.847,9	1.985,2
Beihilfeablöse-versicherung	rd. 210	202,5	191,7
Restschuld-/Lohnfort-zahlungsversicherung	rd. 10	13,2	15,8
Auslandskranken-versicherung	rd. 280	284,9	277,4
Insgesamt	rd. 26.420	24.740,7	23.081,8

– siehe auch Schaubild II –

Prozentuale Veränderung

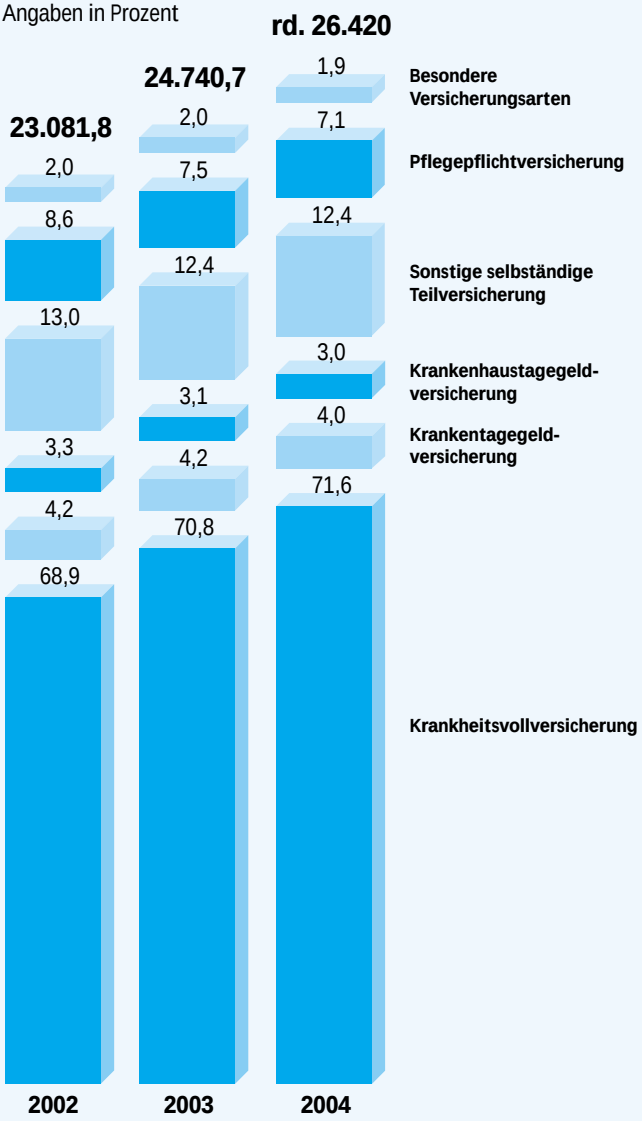
Die folgende Übersicht zeigt die Veränderungssätze gegenüber dem Beitragsaufkommen 2003:

Krankheitsvoll-versicherung	+ 8,0 Prozent
Krankentagegeld-versicherung	+ 2,3 Prozent
Krankenhaustagegeld-versicherung	+ 1,8 Prozent
Sonstige selbständige Teil-(Zusatz-)versicherung	+ 6,6 Prozent
Pflegepflichtversicherung	+ 1,2 Prozent
Beihilfeablöseversicherung	+ 3,7 Prozent
Restschuld-/Lohnfort-zahlungsversicherung	± 0 Prozent
Auslandskranken-versicherung	+ 1,8 Prozent

Schaubild II

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten

Insgesamt in Mio. €
Angaben in Prozent



Die starke Zunahme in der Krankheitsvollversicherung erklärt sich vor allem aus dem Bestandszuwachs. Außerdem waren aber auch Beitragsanpassungen erforderlich.

Der Zuwachs in der Sonstigen selbständigen Teilversicherung resultiert ebenfalls aus dem Bestandzuwachs, der vor allem als Ergebnis der Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen zu sehen ist.

Anteil der Versicherungsarten

Vom Gesamtbeitragsaufkommen 2004 entfallen rund 92,9 Prozent auf die Versicherungsarten der Krankenversicherung und 7,1 Prozent auf die Pflegepflichtversicherung. Die 92,9 Prozent der Krankenversicherung teilen sich folgendermaßen auf: Die Krankheitsvollversicherung, die Hauptversicherungsart der PKV, macht 71,6 Prozent aus. 4,0 Prozent entfallen auf die Krankentagegeldversicherung und 3,0 Prozent auf die Krankenhaustagegeldversicherung. Die Sonstige selbständige Teilversicherung hat einen Anteil von 12,4 Prozent. Die übrigen Versicherungsarten machen zusammen 1,9 Prozent aus.

Einmalbeiträge aus der RfB

Zusätzlich zu den Beiträgen, die die Versicherten zahlen, werden die Mittel, die aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) entnommen werden, um Beitragsanpassungen für den Bestand zu mildern, den Beitragseinnahmen zugerechnet. Diese Einmalbeiträge aus der RfB werden der Alterungsrückstellung zugeführt. In ihrer Zuordnung zu den einzelnen Versicherungsarten sind die Einmalbeiträge in der folgenden Tabelle zusammengestellt:

	in Mio. Euro
Krankheitsvollversicherung	rd. 1.090
Krankentagegeldversicherung	rd. 10
Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung	rd. 10
Sonstige selbständige Teil- (Zusatz-)versicherung	rd. 120
Pflegepflichtversicherung	rd. 20
besondere Versicherungsarten	rd. 0
Insgesamt	rd. 1.250

Da im Jahr 2004 keine Beitragsanpassung in der Pflegepflichtversicherung durchgeführt wurde, reduzierte sich insgesamt der aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommene Betrag gegenüber dem Vorjahr (1.890,4 Mio. Euro). In der Krankenversicherung lag die Mittelverwendung insgesamt leicht über dem Vorjahreswert (1.692,2 Mio. Euro).

e) Leistungen an die Versicherten

Kranken-versicherung

Die ausgezahlten Versicherungsleistungen (einschl. Schadenregulierungskosten) stiegen in der Krankenversicherung um ca. 660 Mio. Euro bzw. rund 4,3 Prozent auf rund 15,95 Mrd. Euro. Dieser Anstieg ist nur zu fast der Hälfte auf den Bestandszuwachs zurückzuführen. Der etwas größere Teil resultiert aus Kostenerhöhungen. So liegt der Anstieg der Versicherungsleistungen für Krankheitskosten (ohne Tagegelder) insgesamt bei 4,4 Prozent, rechnet man den Bestandszuwachs heraus, noch bei 2,4 Prozent. Mit der höchsten Steigerungsrate ragten dabei die Bereiche Heilpraktiker und Kieferorthopädie weit über die anderen Leistungsbereiche heraus. Aber auch die allgemeinen Krankenhauskosten, die Kosten für Zahnersatz sowie Heilmittel sind überproportional gestiegen. Im Einzelnen ist die um den Bestandszuwachs bereinigte Veränderung der Leistungsausgaben in der folgenden Tabelle dargestellt:

ambulante Leistungen	+ 2,2 %
davon	
Arztbehandlung	+ 3,1 %
Heilpraktikerbehandlung	+ 8,5 %
Arzneien und Verbandmittel	– 0,7 %
Heilmittel	+ 4,1 %
Hilfsmittel	+ 0,4 %
Zahnleistungen	+ 2,6 %
davon	
Zahnbehandlung	– 0,5 %
Zahnersatz	+ 4,3 %
Kieferorthopädie	+ 9,9 %
stationäre Leistungen	+ 2,9 %
davon	
allg. Krankenhausleistungen	+ 5,6 %
Wahlleistung Unterkunft	– 2,5 %
Wahlleistung Arzt	+ 0,2 %
Ersatz-Krankenhaustagegeld	– 3,4 %
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+ 2,4 %

Pflegepflicht-versicherung

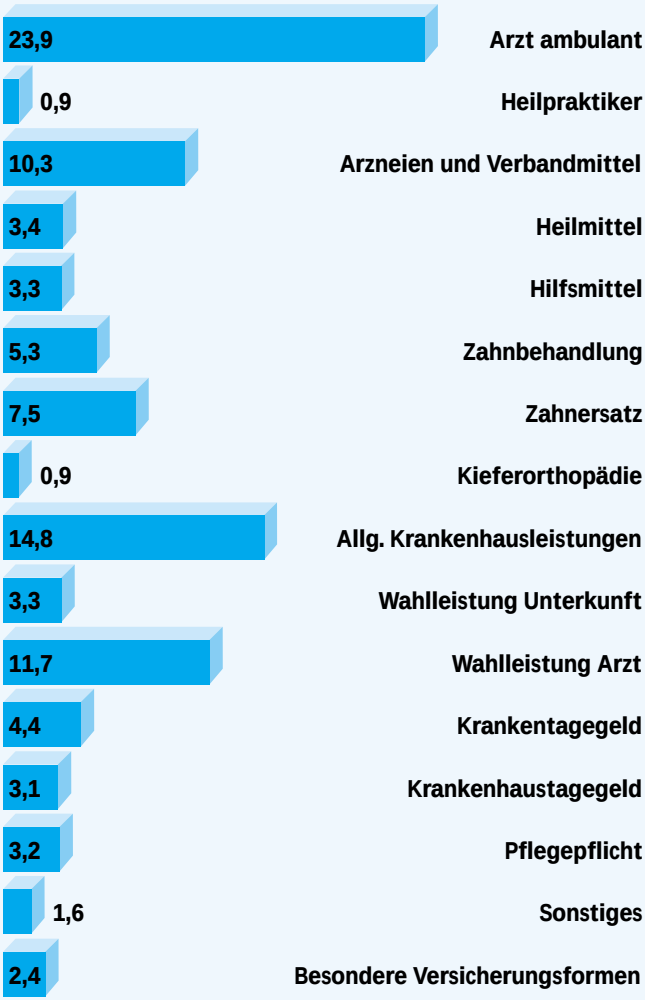
Hinzu kommt die Pflegepflichtversicherung. Hier stiegen die Leistungsausgaben um rund 15 Mio. Euro bzw. 3,0 Prozent auf 530 Mio. Euro. Der größte Teil der Beitragseinnahmen zuzüglich Zinserträgen (rund 1,5 Mrd. Euro) fließt in die Alterungsrückstellung, um unabhängig von der demographischen Entwicklung die Leistungen im Pflegefall für die heute jungen Versicherten zu garantieren.

Insgesamt sind damit die ausgezahlten Versicherungsleistungen um 4,2 Prozent bzw. rund 670 Mio. Euro auf 16,48 Mrd. Euro angestiegen.

Schaubild III

Aufgliederung der Versicherungsleistungen

Insgesamt rd. 16,48 Mrd. €
Angaben in Prozent



Von den gesamten Leistungsausgaben entfielen 55,9 Prozent auf den ambulanten Bereich (einschl. Zahn), 30,6 Prozent auf den stationären Bereich, 7,9 Prozent auf Tagegelder, 3,2 Prozent auf die Pflegepflichtversicherung und 2,4 Prozent auf die besonderen Versicherungsformen.

– siehe auch Schaubild III –

Beitragsrückerstattung

Neben den ausgezahlten Versicherungsleistungen erhielten die Versicherten eine Beitragsrückerstattung – zum einen, indem sie bei Leistungsfreiheit bestimmte Beträge ausgezahlt erhielten, zum anderen durch Verrechnung bei Beitragsanpassungen, um diese abzumildern. Die ausgezahlte Beitragsrückerstattung liegt mit rund 850 Mio. Euro in der Größenordnung des Vorjahres (816,2 Mio. Euro), ebenso wie die verrechneten Beiträge (einschl. der Beträge nach § 12 a Abs. 3 VAG) in der Krankenversicherung, welche rund 1.230 Mio. Euro (Vorjahr: 1.169,2 Mio. Euro) betragen dürften. Da in der Pflegepflichtversicherung 2004 keine Beitragsanpassung durchgeführt wurde, kommen hier nur rund 20 Mio. Euro (gegenüber 721,2 Mio. Euro im Vorjahr) hinzu.

Gesamtaufwendungen

Zu den Gesamtaufwendungen für die Versicherten zählen die ausgezahlten Versicherungsleistungen einschl. Schadenregulierungskosten, die Veränderungen der Schadenrückstellungen, die Zuführungen zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung sowie die Zuführungen zur Alterungsrückstellung. Diese dürften im Jahr 2004 rund 28,3 Mrd. Euro ausmachen.

Leistungen je Tag

Die ausgezahlten Versicherungsleistungen pro Arbeitstag beliefen sich 2004 ohne Beitragsrückerstattung (bei 250 Arbeitstagen) auf rund 66 Mio. Euro, die Monatsleistungen auf etwa 1,4 Mrd. Euro. Die entsprechenden Vorjahreswerte hatten 63,24 und 1.317,5 Mio. Euro ausgemacht.

Alterungsrückstellung

Die Alterungsrückstellung wird gebildet, um die höheren Krankheitskosten aufgrund des steigenden Lebensalters der Versicherten abzudecken. Ende 2004 waren für die Krankenversicherung insgesamt rund 80 Mrd. Euro, für die Pflegepflichtversicherung rund 14 Mrd. Euro zurückgestellt. Die gesamte Rückstellung stieg damit um rund 9 Mrd. Euro bzw. 10,6 Prozent auf rund 94 Mrd. Euro.

f) Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen

Steigerungssätze

In vier der letzten zehn Jahre lag die prozentuale Steigerung der Leistungsausgaben über der der Beitragseinnahmen. In sechs Jahren war das Verhältnis umgekehrt. Dies ist der folgenden Tabelle zu entnehmen, in welche die Pflegepflichtversicherung nicht einbezogen ist:

	Steigerung gegenüber dem Vorjahr	
	Versicherungs-leistungen	Beitrags-einnahmen
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	+ 5,7 %	+ 6,0 %
2002	+ 5,5 %	+ 6,7 %
2003	+ 3,9 %	+ 8,5 %
2004	+ 4,3 %	+ 7,2 %

g) Verwaltungs- und Abschlusskosten

Verwaltungskosten

Die aus den Quartalsmeldungen 2004 der Mitgliedsunternehmen zu entnehmenden Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb liegen bei rund 800 Mio. Euro bzw. bei 3,0 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen. Es handelt sich dabei um einen unabgegrenzten Wert, der damit noch von dem endgültigen abgegrenzten Wert abweichen dürfte. Im Vorjahr betrug die Verwaltungskostenquote auf Grundlage der abgesetzten Werte 3,06 Prozent.

Abschlusskosten

Für den Abschluss und die Umstellung von Verträgen sind im Berichtsjahr 2.270 Mio. Euro ausgegeben worden (Vorjahr: 2.295,3 Mio. Euro). Auch hierbei handelt es sich um einen vorläufigen unabgegrenzten Wert.

2. Ergebnis der gesamten privaten Krankenversicherung im Bundesgebiet

Zusammengefasste Angaben

Im Dezember 2004 erschien Teil B des Geschäftsberichtes 2003 der BaFin. Ihm sind die folgenden Angaben über Krankenversicherungsunternehmen, die nicht dem Verband angeschlossen sind, entnommen. Am 31.12.2003 gab es im Bundesgebiet insgesamt 54 Krankenversicherungsunternehmen unter Bundesaufsicht. Hinzu kommen nach der Zählung zum 31.12.2002 noch 31 Unternehmen unter Landesaufsicht. 49 dieser Unternehmen hatten sich Ende 2003 im Verband zusammengeschlossen. Fast alle der nicht dem Verband angehörenden 36 Krankenversicherungsunternehmen haben nur einen regionalen Tätigkeitsbereich. Auch bezüglich ihrer Größe haben sie nur eine geringe Bedeutung. Auf sie entfallen weniger als 0,1 Prozent der gesamten Beitragseinnahme aller PKV-Unternehmen. Dagegen erwirtschafteten die dem Verband angeschlossenen Unternehmen über 99,9 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme der deutschen privaten Krankenversicherung.

II. Gestaltung des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes

1. Entwicklung des Krankenversicherungsrechts

Reform des VVG

Die im Juni 2000 vom Bundesministerium der Justiz eingesetzte unabhängige VVG-Kommission (vgl. Rechenschaftsberichte 2001, S. 24; 2002, S. 23 ff.), deren Aufgabe in der Erarbeitung von Vorschlägen für eine umfassendere Reform des Versicherungsvertragsrechts bestanden hat, hat im April 2004 ihren Abschlussbericht vorgelegt. Nach Einschätzung des PKV-Verbandes stellt der die private Krankenversicherung betreffende Teil des Berichts einen Beitrag zur Reformdebatte dar, dem in vielen Bereichen gefolgt werden kann. Die gesetzlichen Vorschriften zur Krankenversicherung sind erst vor rund zehn Jahren in Kraft getreten, bedürfen also noch keiner grundsätzlichen Überarbeitung, sondern lediglich einer maßvollen Anpassung dort, wo sich in der praktischen Anwendung Unzulänglichkeiten gezeigt haben. Dieser Sachlage hat die VVG-Kommission mit ihren Vorschlägen zu den bisherigen §§ 178 a ff. VVG (künftig: §§ 184 ff.) Rechnung getragen. Soweit die Ausführungen zur Alterungsrückstellung sowie zur Übertragbarkeit des gesetzlichen Beitragszuschlags in einen ressortübergreifenden Auftrag an den Gesetzgeber münden, müssen dabei die Vorschläge berücksichtigt werden, die inzwischen von der privaten Krankenversicherung selbst zur Erleichterung des Versicherungswechsels vorgelegt worden sind:

– Danach ist vorgesehen, künftig einen über alle Unternehmen einheitlichen Wechseltarif anzubieten, der kalkulatorisch auch eine Leistung bei Vertragsbeendigung beinhaltet. Diese Stornoleistung ermöglicht es dem Versicherten, sein Versicherungsverhältnis im Wechseltarif des neuen Versicherers unter Beibehaltung der erworbenen Rechte und des Eintrittsalters zum Zeitpunkt der erstmaligen Versicherung fortzuführen.

– Der 10-prozentige Beitragszuschlag gemäß § 12 Abs. 4 a VAG soll nach den Vorstellungen der privaten Krankenversicherung künftig individualisiert und beim Versichererwechsel auf das neue Versicherungsunternehmen übertragen werden. Diese „Mitgabe“ soll nicht nur im Wechseltarif, sondern in allen Tarifen erfolgen und nicht nur für Neuzugänge gelten, sondern insbesondere auch für den Bestand.

Die Einzelheiten dieser Vorschläge bedürfen, worauf die VVG-Kommission zutreffend hingewiesen hat, in wesentlichen Eckpunkten einer Ermächtigung durch den Gesetzgeber.

Unmittelbare Vertragsbeziehungen zwischen PKV und Leistungserbringern

Zuzustimmen ist der VVG-Kommission in ihrer Forderung, auch für die private Krankenversicherung unmittelbare Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungsträgern und Leistungserbringern zuzulassen. Dies entspricht einem langjährigen Anliegen der privaten Krankenversiche-

rung selbst, das jedoch unter der geltenden Rechtslage nicht verwirklicht werden kann. Im Einzelnen ist zu den Vorschlägen der Kommission diesbezüglich Folgendes anzumerken:

– In § 186 Abs. 1 Satz 2 ist statt der Kostenerstattung an den Versicherungsnehmer eine Direktabrechnung mit den Leistungserbringern vorgesehen. Dieses Verfahren bedarf jedoch keiner ausdrücklichen Ermächtigung im VVG, sondern kann auch aufgrund der zivilrechtlichen Rechtsfigur der Vollmacht verwirklicht werden. Tatsächlich wird die Direktabrechnung schon heute bei stationärer Behandlung praktiziert: Der Versicherungsnehmer legitimiert sich gegenüber dem Krankenhaus mit Hilfe seiner ihm vom Krankenversicherungsunternehmen ausgestellten Klinik-Card, die einerseits eine Kostenübernahmegarantie enthält und damit den Versicherungsnehmer von den Zahlungsansprüchen des Krankenhauses freistellt, andererseits aber auch die Ermächtigung des Versicherungsunternehmens durch den Versicherungsnehmer, die Versicherungsleistungen unmittelbar an das Krankenhaus zu erbringen. Wünschenswert wäre ein anderer Regelungsgehalt dahingehend, dass der Versicherer statt der Kostenerstattung auch Natural- und Dienstleistungen erbringen kann. Eine solche gesetzliche Öffnung ist wichtig vor dem Hintergrund der verschiedenen Formen des Leistungs- und Krankenhausmanagements, die – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Sachleistungsprinzip allgemein üblich – auch die Erbringung der ärztlichen Behandlung als Leistung des Versicherers beinhalten können. Die Begründung zu § 75 VVG 2006, die den bisherigen § 49 VVG ersetzen soll, lässt zwar erkennen, dass das neue VVG grundsätzlich offen für Naturalrestitutionen sein soll. Gleichwohl könnte sich für den besonderen Bereich der Krankenversicherung eine ausdrückliche Klarstellung in den spezifischen Rechtsvorschriften empfehlen. Eine solche Regelung sollte wie folgt formuliert werden:

  „Anstelle der Erstattung von Aufwendungen kann der Versicherer medizinisch notwendige Heilbehandlung und sonstige Leistungen im Sinne des Satzes 1 auch als Natural- oder Dienstleistung zur Verfügung stellen."

– Durch Abs. 3 (§ 186) wird die nach Abs. 1 (§ 186) vom Krankenversicherer geschuldete Leistung (= medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen) dahingehend konkretisiert, dass dann, wenn Alternativen bestehen, nur die jeweils billigere Maßnahme medizinisch notwendig ist. Diese Vorschrift ist nicht unproblematisch. Wenn die Bestimmung auf Altverträge Anwendung findet – und nur dann ist eine gesetzliche Regelung erforderlich – würde damit in die bestehenden Verträge eingegriffen, die eine solche Begrenzung in der Regel nicht vorsehen. Notwendig ist stattdessen die gesetzliche Verankerung eines „Wirtschaftlichkeitsgebotes" in dem Sinne, dass sowohl Heilbehandlungen, deren Umfang das Maß des medizinisch Gebotenen übersteigt, als auch unangemessen hohe

Vergütungen auf ein jeweils angemessenes Maß zurückgeführt werden können. In den auf den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) beruhenden Krankenversicherungsverträgen war bisher ein solches „Wirtschaftlichkeitsgebot“ in § 5 Abs. 2 MB/KK enthalten. Dabei ist das medizinische Übermaß durch den Wortlaut der Vorschrift ausdrücklich ausgeschlossen, das Verbot der Übermaßvergütung seit dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30.11.1977 – Az.: IV ZR 69/76 – in Rechtsprechung und Literatur allgemein anerkannt. Dann hat der Bundesgerichtshof durch das Urteil vom 12.3.2003 (vgl. Rechenschaftsbericht 2003, S. 25 ff.) seine bisherige ständige Rechtsprechung in Anwendung des Transparenzgedankens aufgegeben und damit den Krankenversicherungsunternehmen eines der wenigen vertraglichen Kostendämpfungsinstrumente genommen. Die Aufnahme des „Wirtschaftlichkeitsgebotes“ in das Gesetz würde den bisherigen Rechtszustand wieder herstellen und die Bestimmung „AGB-fest“ machen. § 186 Abs. 3 Satz 1 sollte wie folgt formuliert werden:

„Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen im Sinne von Abs. 1 Satz 1 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.“

Eine Kürzung auf das angemessene Maß stellt letztlich nichts anderes dar als eine konkrete Ausformung des Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) sowie des Wucherverbotes (§ 138 BGB), enthält also lediglich einen allgemeinen, unserer Rechtsordnung ohnehin immanenten Grundsatz. Darüber hinaus wäre allerdings noch ein weiterer Schritt wünschenswert: Auch die private Krankenversicherung muss sich aus Gründen der Qualitätssicherung mit der Erarbeitung von evidenzbasierten Behandlungsrichtlinien und Qualitätsvorgaben befassen. Wenn solche, selbstverständlich in Kooperation mit den Leistungserbringern zu erstellenden, Standards vorliegen, würden darüber hinausgehende Behandlungsmaßnahmen den Rahmen des medizinisch Notwendigen übersteigen. § 186 Abs. 3 Satz 2 sollte daher wie folgt formuliert werden:

„Das Maß des medizinisch Notwendigen kann bestimmt werden durch auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien für die private Krankenversicherung, die neben der Bewertung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch Anforderungen an die Qualifikation der Behandler, an die apparative Ausstattung und an die Dokumentation enthalten können.“

Die Einbeziehung des Krankenhaustagegeldes gemäß Abs. 2, wie ihn die Entwurfsfassung vorsieht, ist entbehrlich, da Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte bei einer Summenversicherung nicht greifen.

– Abs. 5 (§ 186) sieht eine Reihe von Dienstleistungen vor, die neben der Hauptleistung als Inhalt des Krankenversicherungsvertrages vereinbart werden können. Auch wenn den Versicherten solche Betreuungsleistungen bereits heute als Nebenpflichten aus dem Krankenversicherungsvertrag zu Verfügung gestellt werden, dient eine gesetzliche Ermächtigung der Klarheit. Außerdem kann der Versicherer dann, wenn diese Leistungen ausdrücklich Aufnahme in den Krankenversicherungsvertrag finden, diese auch kalkulatorisch berücksichtigen. Derzeit muss die Finanzierung aus den Verwaltungskosten erfolgen. Allerdings ist die Bestimmung zu statisch: Die hier genannten Leistungsangebote dürfen nicht als einzige zulässig sein, sondern es müssen den Krankenversicherungsunternehmen daneben weitere Gestaltungsspielräume erhalten bleiben. Dieses Ziel könnte mit folgenden Formulierungen erreicht werden:

  „Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung können ergänzende Dienstleistungen vereinbart werden, wie

  1. ...,

  2. ...,

  3. ...,

  4. ...

  Weitere Leistungsinhalte sind zulässig."

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Erhebliche Bedenken bestehen bei den im Allgemeinen Teil des VVG 2006 vorgesehenen Änderungen gegenüber den Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht (§§ 21 ff. i.V.m. § 185 Abs. 1 Satz 3). Durch den Ausschluss des Rücktrittsrechts bzw. der Kündigung des Versicherers in den Fällen, in denen die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist, wird der unredliche Versicherungsinteressent bevorzugt. Speziell für die Krankenversicherung ist auf folgende Gesichtspunkte hinzuweisen:

– Angesichts des unbestimmten Rechtsbegriffs der „Gefahrumstände" ist vorstellbar, dass die Rechtsprechung zu einer Verschärfung dahingehend führt, dass der Versicherer nicht mehr – wie bisher – in allgemeiner Form nach Krankheiten, Beschwerden, Operationen, Arztbesuchen, Medikamenteneinnahmen usw. fragen darf, sondern künftig dazu verpflichtet wird, einzelne Krankheitsbilder abzufragen. Bei der Vielzahl möglicher Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes wäre eine solche umfassende Fragepflicht gar nicht leistbar.

– Bedenken begegnet auch die in § 21 Abs. 3 VVG 2006 für den Versicherungsnehmer vorgesehene Entlastungsmöglichkeit bei weder vorsätzlicher noch grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht: Da es sich bei den „Gefahrumständen“ in der Krankenversicherung um medizinische Sachverhalte handelt, die sich häufig der Beurteilung des Laien entziehen, wird sich der Versicherungsnehmer in der Regel auf mangelnde Sachkenntnis berufen. Damit bliebe jedoch, wenn nicht objektive Umstände hinzukommen, die Gegenteiliges belegen, eine Anzeigepflichtverletzung häufig ohne Folgen.

  Letztlich können die vorgesehenen Einschränkungen dazu führen, dass der Versicherer im Zeitpunkt des Versicherungsantrags eine Untersuchung verlangen muss, was für die Verbraucher eine deutliche Verschlechterung gegenüber der jetzigen Rechtslage darstellen würde. Heute genügt eine schriftliche Erklärung über den Gesundheitszustand, die allerdings unter der Sanktion des Rücktritts steht, wenn der Versicherungsnehmer nicht wahrheitsgemäß Auskunft gibt.

  Die Bundesregierung wird die Vorschläge der Expertenkommission prüfen; Anfang 2005 soll ein Gesetzentwurf vorgelegt werden.

Prämienanpassung in der PKV

In seinem Urteil vom 16.6.2004 – Az.: IV ZR 117/02 – hat der Bundesgerichtshof (BGH) Feststellungen zu den Voraussetzungen und den Berechnungsmaßstäben für eine Prämienanpassung in der privaten Krankenversicherung getroffen. Nach den Ausführungen des BGH sind für das Verfahren der Beitragsanpassung folgende Eckpunkte festzuhalten:

– Der im Schrifttum vertretenen Auffassung, die Beitragsanpassung sei eine einseitige Leistungsbestimmung des Versicherers nach § 315 BGB oder des Treuhänders nach §§ 317 Abs. 1, 319 Abs. 1 BGB und deshalb auf ihre Billigkeit oder offenbare Billigkeit zu überprüfen, hat der 4. Senat eine klare Absage erteilt. Das Prämienanpassungsrecht des Versicherers und die Erteilung der Zustimmung durch den Treuhänder unterliegen nicht dem weiten Maßstab des billigem Ermessens, sondern den durch Versicherungsvertragsgesetz, Versicherungsaufsichtsgesetz, Kalkulations- sowie Überschussverordnung geregelten, ins Einzelne gehenden engen und verbindlichen Vorgaben. Für eine darüber hinausgehende Angemessenheits- oder Billigkeitskontrolle ist dabei kein Raum mehr. Maßstab für die gerichtliche Überprüfung ist demgemäß, ob die Prämienanpassung nach aktuariellen Grundsätzen als mit den bestehenden Vorschriften in Einklang stehend anzusehen ist.

– Gegenstand einer solchen gerichtlichen Überprüfung – die nach Auffassung des BGH regelmäßig nur mit Hilfe eines Sachverständigen erfolgen kann – sind nur die Unterlagen, die der Versicherer dem Treuhänder zur Prüfung gemäß § 12 b VAG, § 15 KalV vorgelegt hat. Aus diesem Material müssen sich die Voraussetzungen und der Umfang der vorgenommenen Anpassung nachvollziehbar und in tat-

sächlicher Hinsicht belegt ergeben. Soweit der Versicherer im Prozess weitere oder neue Unterlagen beibringt oder mit einer anderen Berechnungsmethode belegt, dass die Erhöhung im Ergebnis doch berechtigt war, sind diese Darlegungen grundsätzlich unbeachtlich. Allenfalls offensichtliche Unvollständigkeiten im Rechenwerk oder in den statistischen Nachweisungen sowie erkennbare Rechenfehler können auf diesem Wege korrigiert werden.

– Was den Umfang der Prämienanpassung anbelangt, so geht der BGH in Übereinstimmung mit § 12 b Abs. 2 Sätze 1 und 2 VAG zunächst vom Begriff „Tarif“ aus. Unter Heranziehung von § 14 Abs. 1 KalV definiert er den „Tarif“ dann als Beobachtungseinheit, weil die Gegenüberstellung der tatsächlichen und kalkulierten Leistungen nach dieser Vorschrift für jede Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt durchzuführen sei. Von der Überprüfung und eventuellen Anpassung der Prämie sei deshalb nur die Beobachtungseinheit betroffen, bei der die Abweichung 10 Prozent bzw. den geringeren vereinbarten Prozentsatz übersteigt.

  Was als Beobachtungseinheit anzusehen sei, richte sich nach Risikogesichtspunkten. Bei geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen stellten Frauen und Männer getrennte Beobachtungseinheiten dar. Die nach § 14 Abs. 2 und 3 KalV für den auslösenden Faktor maßgeblichen Grundkopfschäden seien für Frauen und Männer gesondert festzustellen und damit Frauen und Männer als eigenständige Beobachtungseinheiten anzusehen. Die Zusammenfassung zu einer einheitlichen Beobachtungseinheit sei nach § 14 Abs. 1 Satz 2 KalV ausschließlich für Kinder und Jugendliche zulässig. Im Ergebnis sei es daher nicht erlaubt, bei Ansprechen des auslösenden Faktors bei nur einer Beobachtungseinheit die Prämie auch für die anderen Beobachtungseinheiten anzupassen, bei denen der auslösende Faktor nicht erreicht ist. Ebenso wenig sei es zulässig, die Faktoren der einzelnen Beobachtungseinheiten durch einfache oder nach dem Umfang der jeweiligen Versicherungsleistungen gewichtete Bildung eines Mittelwerts zu einem einheitlichen auslösenden Faktor zusammenzufassen. Der rechnerische Mittelwert aus der Addition der einzelnen Faktoren würde wegen des unterschiedlichen Bestandes und Schadenbedarfs der einzelnen Beobachtungseinheiten die prozentuale Änderung des Gesamtschadenbedarfs nicht zutreffend wiedergeben.

– Im nächsten Schritt gehe es, wie der BGH weiter ausführt, um die Feststellung, welche Rechnungsgrundlagen anpassungsbedürftig sind und ob der Anpassungsfaktor für jede einzelne Rechnungsgrundlage zutreffend ermittelt ist. Sollten dabei Fehler aufgetreten sein, wären diese allerdings nur insoweit beachtlich, als sich daraus eine zu hohe Prämie ergibt. Wenn die Anpassungsfaktoren einzelner Rechnungsgrundlagen hingegen teilweise zu hoch, teilweise zu niedrig festgesetzt werden, im Ergebnis aber keine überhöhte Prämie feststellbar ist,

wäre die Prämienanpassung wirksam. Das folge daraus, dass Gegenstand der zivilrechtlichen Überprüfung einer Prämienerhöhung lediglich die Feststellung ist, ob der Versicherer gemäß § 178 g Abs. 2 VVG berechtigt ist, die höhere Prämie zu verlangen. Der Versicherungsnehmer seinerseits habe im Rahmen der negativen Feststellungsklage kein schutzwürdiges Interesse daran, eine in einem Punkt berechtigte, allerdings zu niedrige errechnete Prämienerhöhung nicht zu zahlen. Andererseits würde ein zu hoher Ansatz bei einer Rechnungsgrundlage, etwa den Kopfschäden, bei der nächsten Prämienerhöhung regelmäßig wieder ausgeglichen.

– Bei nicht zu beanstandender Nachkalkulation seien schließlich die vom Versicherer vorgenommenen Limitierungsmaßnahmen darauf zu überprüfen, ob die dafür geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen eingehalten sind.

Auch wenn zivilrechtliche Entscheidungen grundsätzlich nur zwischen den Parteien wirksam werden, hat das vorliegende Urteil doch eine unklare Gesetzesbestimmung durch die Verknüpfung von § 178 g Abs. 1 und 2 VVG mit § 12 b VAG und den Vorschriften der Kalkulationsverordnung ausgelegt und einen allgemein gültigen Prüfungsmaßstab für das Beitragsanpassungsverfahren entwickelt, der in der Praxis zu beachten ist.

Änderung der AVB im Zusammenhang mit dem BGH-Urteil vom 12.3.2003 – Az.: IV ZR 278/01 –

Die Zulässigkeit einer Bedingungsänderung als Reaktion auf das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12.3.2003 zur Preisgestaltung der Alpha-Klinik (vgl. Rechenschaftsbericht 2003, S. 25 ff.) ist zwischen Aufsichtsbehörde und PKV-Verband umstritten. Aus Sicht der BaFin ist die Änderung der Auslegung der MB/KK (§ 5 Abs. 2) durch das BGH-Urteil nicht als „Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens“ im Sinne des § 178 g Abs. 3 Satz 1 VVG anzusehen. Eine Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen könne allenfalls dann angenommen werden, wenn die Änderung der Rechtsprechung zu dauerhaften Kostensteigerungen in der PKV führen würde, die nicht durch maßvolle Prämienerhöhungen aufgefangen werden könnten. Entsprechende Erwartungen alleine reichten nicht aus. Es müsse konkret eine Auswirkung auf die Kopfschäden der Tarife festzustellen sein. Zu berücksichtigen ist aus Sicht der BaFin auch, dass den Versicherern weiterhin die Möglichkeit eröffnet sei, eine Begrenzung des Kostenerstattungsanspruchs auf allgemeines Zivilrecht zu stützen. In Betracht kämen hier insbesondere die §§ 138, 612 Abs. 2, 315, 316, 242 BGB.

Dem ist aus Sicht des PKV-Verbandes entgegenzuhalten, dass nach der Auffassung der Aufsichtsbehörde ein Vorrang der Beitragsanpassung postuliert und die Zulässigkeit einer Bedingungsänderung gerade zur Vermeidung von Kostensteigerungen verneint wird. Diese Auslegung ist jedoch weder vom Gesetzeswortlaut noch von Sinn und Zweck der Vorschrift oder ihrer Entstehungsgeschichte gedeckt. Außerdem sprechen auch Praktikabilitätsgründe gegen diese Interpretation: Die einset-

zende Kostensteigerung müsste daraufhin bewertet werden, ob die künftig zu erwartende Anpassungsnotwendigkeit der Beiträge zu einer maßvollen oder einer unverhältnismäßigen Prämienerhöhung führt. Nur in letzterem Fall wäre dann eine Bedingungsänderung zulässig. Würde diese vom Versicherer allerdings nicht vorgenommen, wäre nach den gesetzlichen Vorgaben gleichwohl die überproportionale Kostensteigerung über eine Beitragsanpassung aufzufangen. Aus Sicht des PKV-Verbandes sprechen hingegen weder Gesetzestext noch Literatur oder Rechtsprechung dagegen, das Instrument des § 178 g Abs. 2 VVG auf die Vergangenheit zu beziehen, also tatsächlich eingetretene Kostensteigerungen über eine Beitragsanpassung aufzufangen, die Beitragsänderung gemäß § 178 g Abs. 3 VVG hingegen zukunftsgerichtet zu nutzen, um sich abzeichnende Kostensteigerungen einzugrenzen. Die „Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens“ im Sinne des § 178 g Abs. 3 VVG besteht in dem durch das BGH-Urteil verursachten Wegfall der einzigen „Kostenbremse“, die die Musterbedingungen 1994 enthalten, und der dadurch veranlassten Verhaltensänderung bei den Leistungserbringern. Diese berechnen nunmehr für unveränderte Leistungen lediglich höhere Preise, als sie vor der Entscheidung des Bundesgerichtshofs durchsetzbar waren. In die Leistungsansprüche der Versicherten hingegen wird durch die bedingungsgemäße Wiederherstellung des Rechtszustandes vor der Entscheidung des BGH nicht eingegriffen, da das Verbot des Übermaßes auch beim Preis aufgrund der früheren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahre 1977 praktisch über die gesamte Geltungsdauer der Musterbedingungen bestanden hat. Insofern sind auch die Belange der Versicherten als gewahrt anzusehen.

Zweifelhaft erscheint auch, dass zivilrechtliche Instrumentarien zu gleichen Ergebnissen wie die verbandsseitig als notwendig erachtete Bedingungsänderung führen. Die Schwelle, ab der ein Preis als wucherisch (§ 138 BGB) bezeichnet werden kann, liegt deutlich höher als ein unangemessener Preis, bei dem es auf den objektiven Wert von Leistung und Gegenleistung ankommt. Im Fall der Alpha-Klinik hat der Bundesgerichtshof selbst bei einem Preis, der um 900 Prozent über dem eines vergleichbaren öffentlichen Krankenhauses lag, den Wucher nicht als nachgewiesen angesehen. Hinzu kommt, dass § 138 BGB wegen des vom BGH geforderten Vergleichs nur der nicht geförderten (privaten) Krankenhäuser miteinander über kurz oder lang ohnehin nicht mehr greifen wird. Denn überhöhte Preise lassen sich bei dieser „Binnenbetrachtung“ nur solange feststellen, als Unterschiede zwischen den Preisen der Privatkliniken bestehen. Diese können sich dem Wuchervorwurf also ganz einfach dadurch entziehen, dass sie sämtlich auf dasselbe überhöhte Preisniveau gehen, was umso einfacher ist, als die Privatkliniken in ihrer Preisfestsetzung völlig frei sind. Eine Kürzung aufgrund von § 242 BGB hat der BGH nur insoweit anerkannt, als es sich um eine „nicht vital lebensnotwendige Behandlung“ handelt. Zugleich hat er eine – terminlich planbare und keinen lebensbedrohlichen Zustand behebende – Bandscheibenoperation als vital lebensnotwendig betrachtet, so dass § 242 BGB nur auf sehr wenige Sachverhalte anwendbar sein dürfte. Die Bil-

ligkeitskontrolle nach § 315 Abs. 3 BGB beschränkt sich nach den Ausführungen des Bundesgerichtshofs auf Leistungen der Daseinsvorsorge, auf deren Inanspruchnahme der andere Vertragspartner angewiesen ist. Es ist nicht erkennbar, wie ein Versicherer nachweisen könnte, dass der Versicherte/Patient darauf angewiesen war, gerade den Arzt oder das Krankenhaus aufzusuchen, der/das eine überhöhte Rechnung gestellt hat. Der Rückgriff auf die ortsüblichen Preise gemäß § 612 Abs. 2 BGB schließlich ist nur solange möglich, als Versicherter/Patient und Leistungserbringer keine Vergütung vereinbart haben. Verständigen sich jedoch z.B. der Physiotherapeut und sein Patient auf ein bestimmtes Entgelt für die krankengymnastischen Leistungen, dann ist dieser Preis vom Versicherer zu erstatten, selbst wenn er dreimal so hoch wäre wie beispielsweise die Beihilfesätze.

Eine Klärung der Frage, ob Versicherungsbedingungen bestandswirksam gemäß § 178 g Abs. 3 VVG geändert werden können, wenn sich die Rechtsprechung des BGH in einem wesentlichen Punkt ändert, wird letztlich den Gerichten vorbehalten bleiben, entsprechende Verfahren sind anhängig. Die Versicherungsunternehmen, die ihre Versicherungsbedingungen bereits mit Zustimmung des Treuhänders geändert hatten, haben sich mit der BaFin darauf verständigt, diese Änderungen bis zu einer abschließenden gerichtlichen Klärung im Bestand nicht anzuwenden.

Antidiskriminierungsrichtlinie/ -gesetz

Nachdem der Rat der Europäischen Union in seiner Sitzung am 13.9.2004 die Richtlinie zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen (vgl. Rechenschaftsbericht 2003, S. 23 ff.) einstimmig beschlossen hat, ist die Richtlinie in ihrer deutschen Textfassung am 21.12.2004 im Amtsblatt der Europäischen Union Nr. L 372, S. 37 ff., verkündet worden und am selben Tage in Kraft getreten. Für die Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht haben die Mitgliedstaaten Zeit bis zum 21.12.2007 (vgl. Artikel 17). Die Richtlinie zielt insbesondere darauf ab, Versicherungsunternehmen die geschlechtsbezogene Kalkulation zu untersagen (Artikel 5 Abs. 1). In der letzten Phase des Beratungsverfahrens konnte allerdings noch ein Kompromiss erzielt werden, wonach eine Differenzierung bei Prämien und Leistungen dann zulässig ist, „wenn die Berücksichtigung des Geschlechts bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung ein bestimmender Faktor ist“ (Artikel 5 Abs. 2). Dabei handelt es sich um ein Mitgliedstaatenwahlrecht, dessen Ausübung im Ermessen der einzelnen nationalen Regierungen steht. Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft dürfen allerdings auf keinen Fall zu unterschiedlichen Prämien und Leistungen führen (Artikel 5 Abs. 3). Für die Umsetzung dieser Anforderung können die Mitgliedstaaten eine zusätzliche Frist von zwei Jahren, also bis 21.12.2009, in Anspruch nehmen.

In einem am 15.12.2004 vorgestellten Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung europäischer Antidiskriminierungsrichtlinien hat das Bundesministerium der Justiz die Gleichbehandlungsrichtlinie bereits einbezogen. Mit diesem Antidiskriminierungsgesetz wird das Gleichbehandlungsgebot und der Schutz vor Diskriminierung, der im Verhältnis der Bürger zum Staat durch Artikel 3 GG gewährleistet ist, auch in den zivil- und sozialrechtlichen Bereich übertragen. Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität sollen verhindert oder beseitigt werden (Artikel 1 § 1 des Gesetzentwurfs). Artikel 1 § 20 des Gesetzentwurfes begründet ein zivilrechtliches Benachteiligungsverbot speziell für privatrechtliche Versicherungen. Damit sind, über die Gleichbehandlungsrichtlinie hinausgehend, grundsätzlich alle in der PKV relevanten Risikofaktoren, nämlich Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand, berührt. Insoweit soll eine unterschiedliche Behandlung nur noch dann zulässig sein, wenn diese Kriterien bestimmende Faktoren bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung sind. Kosten, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft entstehen, dürfen nicht geschlechtsspezifisch in Ansatz gebracht werden (Artikel 1 § 21 Satz 2 Nr. 5 des Gesetzentwurfs). Neben dem Nachweis der Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Krankheitsrisikos folgt aus diesen Vorschriften z.B. auch, dass bei behinderten Antragstellern Ablehnungen, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse nur zulässig sind, wenn ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Behinderung und einer erhöhten Behandlungsbedürftigkeit besteht. Die PKV lehnt eine Ausweitung des Regelungsgehalts der EU-Richtlinie bei der Umsetzung in deutsches Recht ab.

Weitere Urteile

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

Künstliche Befruchtung

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 3.3.2004 – Az.: IV ZR 25/03 – festgestellt, dass zu den erstattungsfähigen Aufwendungen in der privaten Krankenversicherung auch die Kosten einer wegen der Unfruchtbarkeit des versicherten Mannes vorgenommenen homologen In-vitro-Fertilisation (extrakorporale Befruchtung) gehören. Insoweit diene die Gesamtheit der ärztlichen Maßnahmen der Linderung der Krankheit des Versicherten und stelle daher eine Heilbehandlung des Mannes im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK dar. In den Entscheidungsgründen geht der BGH zunächst auf die Auffassung der Vorinstanz (Schleswig-Holsteinisches Oberlandesgericht) ein, der er sich nicht anschließen konnte. Das Berufungsgericht habe gemeint, die extrakorporale Befruchtung der nicht bei dem beklagten Versicherungsunternehmen versicherten Ehefrau könne nicht als bedingungsgemäße Heilbehandlung des Versicherungsnehmers angesehen werden. Eine Heilbehandlung sei nur dann vom Versicherungsschutz gedeckt, wenn sie auf den Körper des Versicherungsnehmers einwirke. Die In-vitro-Fertilisation ziele nicht

auf eine Heilung der Krankheit des Versicherungsnehmers, weil sie die Zeugungsfähigkeit nicht wieder herstellen könne. Vielmehr gehe es bei der Behandlung der Ehefrau allein um eine teilweise Beseitigung einer Krankheitsfolge des Ehemannes, die sich außerhalb seiner eigenen körperlichen Befindlichkeit auswirke. Bei anderer Betrachtungsweise würde der Krankenversicherer gezwungen, alle Umweltveränderungen zu finanzieren, durch die Krankheitsfolgen abgemildert würden. Eine Linderung sei nur so lange eine Heilbehandlung, wie sie medizinisch unmittelbar zugängliche Leidensfolgen einer Krankheit abmildere. So verstanden sei die Heilbehandlung des Ehemannes mit der Spermienentnahme im Rahmen der intracytoplasmatischen Spermien-Injektion abgeschlossen gewesen. Die künstliche Befruchtung der Ehefrau ziele gerade nicht mehr darauf ab, pathologische Folgen körperlicher oder seelischer Art unmittelbar beim Ehemann abzumildern.

Diese Auffassung hält aus Sicht des BGH einer rechtlichen Nachprüfung nicht stand. Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen der PKV sei ein objektiv nach ärztlichem Urteil bestehender anomaler, regelwidriger Körper- oder Geisteszustand. Beim Kläger liege unstreitig eine Krankheit in diesem Sinn vor. Er leide unter einer organisch bedingten erheblichen Einschränkung seiner Zeugungsfähigkeit. Die bei seiner Ehefrau durchgeführte In-vitro-Fertilisation stelle auch eine Heilbehandlung des Klägers im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK dar. Heilbehandlung sei jegliche ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden sei, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege falle und auf Heilung, Besserung oder auch Linderung der Krankheit abziele. Dem sei eine ärztliche Tätigkeit gleich zu achten, die auf eine Verhinderung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sei. Dabei seien die Begriffe „ärztliche Leistung“ und „medizinische Krankenpflege“ in einem weiten Sinne zu verstehen. Dass eine homologe In-vitro-Fertilisation als Heilbehandlung in diesem Sinne anzusehen sei, wenn sie dazu eingesetzt werde, die Fortpflanzungsunfähigkeit einer Frau zu überwinden, habe der BGH bereits im Urteil vom 17.12.1986 (BGHZ 99, 228, 231 ff.) anerkannt. Er habe dabei maßgeblich darauf abgestellt, dass die Maßnahme auf die Linderung der Krankheit „Sterilität“ ziele, auch wenn nicht bezweckt sei, deren Ursachen zu beseitigen oder Schmerzen und Beschwerden zu lindern. Entscheidend sei, dass von einer Linderung einer Krankheit schon dann gesprochen werden könne, wenn die ärztliche Tätigkeit auf die Abschwächung, eine partielle oder völlige Unterbindung oder Beseitigung von Krankheitsfolgen gerichtet sei oder eine Ersatzfunktion für ein ausgefallenes Organ bezweckt werde. Die In-vitro-Fertilisation ersetze bei der Frau die gestörte Transportfunktion der Eileiter durch einen ärztlichen Eingriff, um dadurch das Nichtzustandekommen einer natürlichen Empfängnis zu überwinden und eine Schwangerschaft zu ermöglichen. Da die naturgegebene Funktion des erkrankten Organs sich in der Hauptsache darauf beschränke, eine Schwangerschaft zu ermöglichen, könne es für die Frage der Heilbehandlung nicht darauf ankommen, dass mit der In-vitro-Fertilisation die

Durchgängigkeit des Eileiters selbst nicht wieder hergestellt werde. Werde die In-vitro-Fertilisation eingesetzt, um – wie hier – die organisch bedingte Unfruchtbarkeit eines Mannes zu überwinden, so könne für die Frage, inwieweit eine Linderung der Unfruchtbarkeit angestrebt werde und damit eine bedingungsgemäße Heilbehandlung vorliege, im Ergebnis nichts anderes gelten. Auch insoweit dienten die ärztlichen Maßnahmen in ihrer Gesamtheit dem Zweck, die durch Krankheit behinderte Körperfunktion zu ersetzen. Das Berufungsgericht verkenne, dass es auch insoweit keine Rolle spielen könne, dass die Maßnahme sich nicht dazu eigne, die Ursachen der Unfruchtbarkeit zu beheben. Denn dem Begriff der Linderung einer Krankheit wohne gerade nicht inne, dass damit auch eine Behebung ihrer Ursachen verbunden ist. Das Berufungsgericht verkenne des Weiteren, dass eine Linderung hier erst mit der Gesamtheit der Maßnahmen erreicht werden könne. Müsse die biologische Funktion der Fortpflanzungsorgane und Spermien des Mannes, eine Schwangerschaft herbeizuführen, wegen Fertilitätsstörungen durch ärztliche Maßnahmen ersetzt werden, so hätten diese nur dann Aussicht auf Erfolg und könnten insoweit eine Linderung bewirken, wenn eine befruchtete Eizelle in die Gebärmutter übertragen werde, um sich dort einzunisten. Die Behandlung ziele mithin darauf ab, einen Zustand zu erreichen, der ohne die Fertilitätsstörung mit Hilfe der natürlichen Körperfunktion hätte herbeigeführt werden können. Erst dann lasse sich davon sprechen, dass die gestörte Körperfunktion durch den ärztlichen Eingriff ersetzt werde, so dass auch erst in diesem Zeitpunkt die der Linderung dienende Heilbehandlungsmaßnahme beendet sei. Die In-vitro-Fertilisation bilde hier zusammen mit der intracytoplasmatischen Spermien-Injektion eine auf das Krankheitsbild des Ehemannes abgestimmte Gesamtbehandlung. Ohne die zur In-vitro-Fertilisation zählende Eizellenentnahme könne die Injektion der Spermien nicht durchgeführt werden. Erst die kombinierten Behandlungsmaßnahmen dienten insgesamt der Linderung der Unfruchtbarkeit des Mannes. Die damit einhergehende Mitbehandlung der Frau sei dabei notwendiger Bestandteil der gesamten Behandlung. Es könne deshalb keine Rede davon sein, dass diese Behandlung nicht ebenfalls darauf abziele, die Krankheit des versicherten Mannes zu lindern. Das Berufungsgericht gelange nur deshalb zu einem anderen Ergebnis, weil es zusätzlich fordere, dass Einzelstadien der erstattungsfähigen Behandlung sich auf den Körper des Versicherungsnehmers beziehen müssten und nur dort auf eine Abmilderung „medizinisch unmittelbar zugänglicher Leidensfolgen“ abzielten. Dieses eingeschränkte Verständnis des Linderungsbegriffs finde in § 1 MB/KK indes keine Stütze. Ein verständiger Versicherungsnehmer werde unter der „Heilbehandlung einer versicherten Person“ (§ 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK) für den Fall der Linderung einer Krankheit diejenigen ärztlichen Maßnahmen verstehen, die in ihrer Gesamtheit auf den Linderungserfolg abzielten. Er könne nicht damit rechnen, dass die Behandlung ohne Rücksicht auf deren medizinischen Handlungssinn in Teilakte aufgespalten werde, die für sich genommen eine Linderung nicht erzielen könnten. Folge man dem Berufungsgericht, solle die Heilbehandlung des Klägers mit der Spermienentnahme abgeschlossen gewesen sein. Es bedürfe je-

doch keiner Erläuterung, dass diese Maßnahme ohne die weitere Behandlung sinnlos und für sich genommen auch nicht zur Linderung der Unfruchtbarkeit des Klägers geeignet gewesen sei. Insoweit könne nicht davon gesprochen werden, mit der anschließenden Herbeiführung der Schwangerschaft bei der Ehefrau sei ein über den Zweck der Heilbehandlung hinausgehender Erfolg angestrebt worden. Auch dass Letztere zugleich aus dem Motiv heraus erfolge, den gemeinsamen Kinderwunsch der Partner zu erfüllen, ändere nichts an der medizinischen Zweckbestimmung. Danach sei die In-vitro-Fertilisation ebenso wie die intracytoplasmatische Spermien-Injektion, bei der im Übrigen wichtige Behandlungsschritte ebenfalls außerhalb des Körpers des Mannes vollzogen würden, gerade auf die Linderung der Fertilitätsstörung gerichtet und damit notwendiger Bestandteil der Heilbehandlung des Klägers. Allein von ihm sei auch das versicherte Risiko ausgegangen. Die von Teilen der Literatur geäußerte Befürchtung, diese Auslegung des § 1 MB/KK müsse zu einer unüberschaubaren Ausweitung des Versicherungsumfangs hin zu einer „allgemeinen Lebenshilfe“ führen, weil die Versicherer danach alle Umweltveränderungen zu finanzieren hätten, die Krankheitsfolgen abmilderten, erweise sich bei näherer Betrachtung als nicht stichhaltig. Denn dabei würden die übrigen Voraussetzungen des Versicherungsfalles, insbesondere die Anknüpfung an die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung, ausgeblendet. Die Leistungspflicht bleibe vielmehr ausreichend eingegrenzt. Denn der Begriff der Linderung halte daran fest, dass dabei durch ärztliches Handeln eine Abschwächung, Unterbindung oder Beseitigung von Krankheitsfolgen oder eine Ersatzfunktion für ein ausgefallenes Organ angestrebt werden müsse.

„Praxisklausel“ bei Heilhilfsberufen

Das Hanseatische Oberlandesgericht hat sich in einem Beschluss vom 3.12.2003 – Az.: 9 U 183/03 – mit der Wirksamkeit einer Regelung in den Versicherungsbedingungen befasst, wonach eine Erstattungspflicht für die Kosten von Heilmitteln nur besteht, wenn sie von in eigener Praxis tätigen Masseuren, Krankengymnasten, Physiotherapeuten u.a. ausgeführt worden sind. Ein Verstoß gegen § 9 Abs. 2 Satz 2 AGBG liege nicht vor, da sich eine unangemessene Benachteiligung der Versicherungsnehmer dergestalt, dass hierdurch wesentliche Rechte aus dem Krankenversicherungsvertrag so eingeschränkt würden, dass die Erreichung des Vertragszwecks gefährdet sei, nicht feststellen lasse. Der Versicherer habe die Regelung damit begründet, dass in Fitness-Centern zunehmend neben allgemeinen Gesundheitsleistungen auch Leistungen angeboten würden, die dem physikalisch-medizinischen Bereich zuzuordnen seien. Auch soweit solche Einrichtungen mit ärztlicher Verordnung aufgesucht würden, gingen die Leistungen in der Regel über den wegen Krankheit medizinisch notwendigen Umfang hinaus; in solchen Fällen sei auch keine Gewähr dafür gegeben, dass die Leistungen sach- und fachgerecht von den betreffenden Personen ausgeführt worden seien. Die Klarstellung „in eigener Praxis tätigen“ (Masseure usw.) sei daher erforderlich. Diese Gesichtspunkte trügen die vorgenommene Einschränkung der Leistungspflicht bei Heilmitteln. Der Versicherer habe

ein berechtigtes Interesse daran, rasch und unkompliziert feststellen zu können, dass die in den ihm vorgelegten Rechnungen aufgeführten Leistungen von ärztlich verordneten Heilmitteln auch tatsächlich von den Personen erbracht worden seien, die nach ihrer Ausbildung hierzu befähigt und in der Lage seien. Ebenso wie der Versicherer durch die Klausel des § 4 Abs. 2 Satz 1 MB/KK, wonach der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen, d.h. in eigener Praxis tätigen, Ärzten und Zahnärzten freistehe, keine Einzelfallprüfung der medizinisch notwendigen Behandlung in zulässiger Weise durchführen müsse, könne das Merkmal des in eigener Praxis tätigen Behandlers auch im Bereich der Heilmittel als zulässiges Abgrenzungskriterium angesehen werden. Der Umstand, dass es für die Ausübung der Tätigkeit eines Masseurs, Krankengymnasten oder medizinischen Bademeisters in eigener Praxis geringere gesetzliche Anforderungen zu beachten gelte als bei einer Niederlassung als approbierter Arzt oder Zahnarzt, sei nicht maßgebend, um eine Vergleichbarkeit der Vorschriften zu verneinen. Entscheidend bleibe, dass das Erfordernis einer Tätigkeit in eigener Praxis ein zwar pauschales, aber dafür objektives Kriterium darstelle, um ohne große Nachprüfung erkennen zu können, dass der Versicherte Heilmittel im vereinbarten Rahmen bezogen habe. Dem Versicherungsnehmer sei es angesichts der vielen in eigener Praxis tätigen Behandler auch nicht unzumutbar, sich im Falle des Bezugs von Heilmitteln auf diesen Kreis beschränken zu müssen.

Begründungspflicht trotz Honorarvereinbarung

Mit Urteil vom 4.8.2003 – Az.: 9 U 65/03 – hat das hanseatische Oberlandesgericht festgestellt, dass ein Zahnarzt das Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes (Regelhöchstsatz) auch dann begründen muss, wenn er mit dem Zahlungspflichtigen eine Honorarvereinbarung getroffen hat. Eine solche Begründung sei auch in diesem Fall unter anderem 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 (sinngemäß in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOZ begründete Ausnahme) der 3,5fache Gebührensatz um das Doppelte überschritten werde. Da mangels Begründung auch keine der GOZ entsprechende Rechnung erteilt worden sei, fehle es gemäß § 10 Abs. 1 GOZ an der Fälligkeit der zahnärztlichen Honorarforderung.

2. Gestaltung des Versicherungsschutzes

Freiwillige Selbstverpflichtung zur Verwendung von Gentests

Ende 2002 hatten sich alle Krankenversicherungsunternehmen – ebenso wie die Lebensversicherungsgesellschaften – im Wege einer freiwilligen Selbstverpflichtung bereit erklärt, Gentests nicht zur Voraussetzung eines Vertragsabschlusses zu machen und keine Offenlegung der von den Versicherungsinteressenten bzw. Versicherten freiwillig durchgeführten prädiktiven Gentests zu verlangen (vgl. Rechenschaftsbericht 2001, S. 36 f.). Diese Selbstverpflichtungserklärung läuft noch bis zum 31.12.2006. Wie die Lebensversicherungsunternehmen haben auch die

privaten Krankenversicherungen bereits jetzt eine Verlängerung um weitere fünf Jahre (also bis zum 31.12.2011) vorgenommen. Damit soll in der Diskussion um den schon seit längerem angekündigten Gesetzentwurf über die Gendiagnostik ein Zeichen gesetzt werden. Bei einem „prädiktiven Gentest" handelt es sich um eine vorhersagende Untersuchung auf das Vorliegen einer Erbgutveränderung. Es wird ein Gesunder untersucht, ob er die Veranlagung für eine bestimmte Erkrankung trägt und daran erkranken kann. Diese Veranlagung wird durch Untersuchung des Erbmaterials auf das Vorliegen der folgenden Veränderungen nachgewiesen: Anzahl der Chromosomen, Struktur der Chromosomen, Veränderungen der DNA, die eine Erbkrankheit auslösen, und Marker, die mit ursächlichen Veränderungen der DNA gekoppelt sind. Anlass für prädiktive Gentests ist die Sorge der Betroffenen, in der Zukunft an einer erblich bedingten Krankheit zu erkranken. Anlass sind also keine aktuellen oder früheren Beschwerden oder Krankheitssymptome des Betroffenen. Anlass ist typischerweise vielmehr ein Fall (oder auch mehrere Fälle) von Erkrankungen an einer erblich bedingten Krankheit in der Verwandtschaft des Betroffenen oder die Vermutung, ein Verwandter könnte an einer Erbkrankheit leiden oder gelitten haben. Zu diesen prädiktiven Gentests zählen beispielsweise Tests auf Chorea Huntington, die erbliche Form des Brustkrebses (BRCA 1 und 2) und die erbliche Form von Morbus Alzheimer, wenn sie aus den genannten Anlässen durchgeführt werden. Nicht als prädiktiver Gentest anzusehen sind die beschriebenen Untersuchungen, wenn sie bei bereits Erkrankten durchgeführt werden. Hier dient die Untersuchung nicht der Vorhersage eines künftigen Erkrankungsrisikos, sondern der Bestätigung einer bestehenden Diagnose bzw. Abklärung einer Verdachtsdiagnose; es handelt sich dann um einen „diagnostischen Gentest". Auch Untersuchungen zur Abschätzung von Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen (Pharmakogenetik) gehören nicht zu den prädiktiven Gentests.

Mit dem Verzicht auf die Veranlassung zur Durchführung von Gentests wird dokumentiert, dass die Versicherer auf keinen Fall den Einsatz von Gentests forcieren wollen. Mit Gentests können Wahrscheinlichkeitsaussagen über den Ausbruch von Krankheiten vor dem Auftreten erster Symptome getroffen werden. Die Bewertung eines positiven Befundes mit ggf. weitreichenden Implikationen kann für den Betroffenen allein sehr schwierig sein. Oft wird man die Frage stellen müssen, ob die Durchführung eines Gentestes überhaupt sinnvoll ist. Aus Sicht der Versicherer ist es daher notwendig, die Veranlassung zur Durchführung von Gentests und die Vermittlung ihrer Befunde einem Arzt vorzubehalten.

Es wurde in der öffentlichen Diskussion bereits die Befürchtung geäußert, dass Versicherer mit Hilfe besonders günstiger Spezialangebote Antragsteller dazu bewegen könnten, Gentests freiwillig vorzulegen, um damit ähnliche Effekte bezüglich der Risikosegmentierung wie mit einer aktiven Einforderung von Gentests zu erreichen. Diese Befürchtungen sind schon deshalb grundlos, da zurzeit kein Gentest existiert, der die Gewährung von Vorzugskonditionen rechtfertigen würde. Es ist frag-

lich, ob es überhaupt Gentests geben wird, die umfassende Aussagen über die Lebenserwartung einer Person aufgrund ihrer genetischen Veranlagung erlauben. Auf der anderen Seite sind wissenschaftliche Fortschritte nicht vorhersehbar, so dass sich diesbezügliche Befürchtungen nicht allein mit einem Hinweis auf deren unmögliche Realisierbarkeit beruhigen lassen werden. Daher verzichten die Versicherer auf die Offenlegung von bereits durchgeführten prädiktiven Gentests; vorgelegte Befunde aus prädiktiven Gentests werden nicht verwertet. Anders gelagert ist die Situation, wenn eine Risikoprüfung ohne Verwendung von Gentests zu dem Ergebnis gekommen ist, dass der Antragsteller nicht oder nur mit hohen Zuschlägen versicherbar ist und mit Hilfe eines Gentests eine bessere Einstufung erfolgen kann. Es liegt im beiderseitigen Interesse, einen vorgelegten Gentest zu berücksichtigen, wenn nur hiermit die Versicherbarkeit nachgewiesen werden kann.

Änderung der AVB des Standardtarifs

Gemäß Nr. 10 der Tarifbedingungen des Standardtarifs (TB/ST) ist der Versicherer berechtigt, die tariflichen Leistungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anzupassen. Auf der Grundlage dieser Regelung sind die Neuregelungen im Leistungsrecht der GKV durch das „GKV-Modernisierungsgesetz“ (GMG) im Standardtarif umgesetzt worden. Die BaFin, mit der die Änderungen abzustimmen waren, hat darauf bestanden, dass die neuen Bestimmungen im SGB V im Wesentlichen eins zu eins übernommen werden. Die Einführung einer Selbstbeteiligung als Pendant zur „Praxisgebühr“ hat die BaFin nicht mitgetragen. Bei Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen wurde keine Notwendigkeit der Minderung der Leistungszusage gesehen, da die Bundesbeihilfevorschriften für diesen Personenkreis vorsehen, dass pro Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten jeweils ein Betrag in Höhe von 10 Euro von der Beihilfe abgezogen wird. Die Umsetzung der „Praxisgebühr“ lediglich in Tarifstufe STN kam für die PKV aus dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung natürlich nicht in Betracht.

Im Einzelnen sind folgende Änderungen vorgenommen worden:

1. Fahrkosten

An die Stelle der fettgedruckten Kopfzeile in den Abschnitten A 3 und C 3, die lautete: „100 v.H. der 13 Euro übersteigenden“, ist die Angabe „90 v.H.“ getreten. Vor das Wort „Fahrkosten“ in der ersten Zeile des Textes ist das Wort „der“ gesetzt worden. Die Texte sind jeweils um folgende weitere Sätze ergänzt worden:

„Hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten in Höhe von 10 v.H. gilt Folgendes: Die Selbstbeteiligung beträgt mindestens 5 Euro, soweit die tatsächlich entstandenen Kosten nicht darunter liegen, und höchstens 10 Euro. Wenn die Fahrkosten unter 5 Euro liegen, trägt sie der Versicherte; erstattungsfähige Aufwendungen entstehen dann nicht.“

2. Häusliche Krankenpflege

In Abschnitt A 4 ist die fettgedruckte Kopfzeile („100 v.H.“) durch „90 v.H.“) ersetzt worden. Der Text ist um folgende Sätze ergänzt worden:

„Der je Versicherten zu tragende Anteil von 10 v.H. der erstattungsfähigen Aufwendungen ist begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Selbstbeteiligung, es werden 100 v.H. der Kosten erstattet.“

3. Arzneimittel

Nr. 3 c Abs. 1 TB/ST ist wie folgt ergänzt worden:

„Nicht erstattungsfähig sind bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht

– für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen und

– für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 91 Abs. 1, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) aufgeführt sind und daher zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.“

4. Brillengläser

In Abschnitt A 8 wird in der ersten Textzeile nach dem Wort „Brillengläser“ der Nebensatz „soweit der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat“ eingefügt. Im Anschluss an den Text zu Abschnitt A 8 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen für Brillengläser bis zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig, wenn bei ihnen aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung besteht oder wenn Augenverletzungen oder Augenerkrankungen mit einer nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen indizierten therapeutischen Sehhilfe behandelt werden müssen.“

5. Krankenhausbehandlung

In Abschnitt C 1 wird in der fettgedruckten Kopfzeile die Zahl „9“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

Nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ werden die Worte „bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz“ eingefügt.

In Satz 2 wird die Zahl „9“ durch die Zahl „10“ und die Zahl „14“ durch die Zahl „28“ ersetzt.

Es werden folgende neue Sätze 3 und 4 angefügt:

„Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Zuzahlung. Es werden vom ersten Tag des Krankenhausaufenthaltes 100 v.H. der Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen erstattet.“

In Nr. 3 d TB/ST werden nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ die Worte „bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz“ eingefügt.

6. Rundung der „krummen“ Euro-Beträge

„Krumme“ Euro-Beträge werden dergestalt „gerundet“, das Selbstbeteiligungen auf den nächsten vollen Eurobetrag abgerundet und Erstattungsbeträge auf den nächsten vollen Eurobetrag aufgerundet werden.

Private Studentische Krankenversicherung

Im Tarif PSKV (Private Studentische Krankenversicherung), den einige Mitgliedsunternehmen mit einheitlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie einheitlichen Beiträgen und Leistungen seit Einführung der Krankenversicherungspflicht der Studenten 1975 führen, mussten die Beiträge im Jahr 2005 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 kommt.

Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen

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

Beihilfe des Landes Schleswig-Holstein

Seit dem 1.1.2005 gibt es in Schleswig-Holstein eigene Beihilfevorschriften, die im Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein vom 30.9.2004 auf den Seiten 372 ff. veröffentlicht worden sind. Schleswig-Holstein hat damit seine Beihilfevorschriften von den Beihilfevorschriften des Bundes abgekoppelt. Schleswig-Holstein hat in den eigenen Beihilfevorschriften einen Selbstbehalt eingeführt: Die errech-

nete Beihilfe wird je Kalenderjahr um folgende Selbstbehalte gekürzt: Besoldungsgruppe A2 bis A6 50 Euro; A7 bis A9 100 Euro; A12 bis A15, B1, C1 und C2, W1 und W2, R1, H1, H2 und H3 200 Euro; A16, B2 und B3, C3, W3, R2 und R3, H4 300 Euro; B4 bis B7, C4, R4 bis R7 400 Euro, für höhere Besoldungsgruppen 500 Euro. Besondere Regelungen gibt es z.B. für Teilzeitbeschäftigte und Versorgungsempfänger. Die genannten Beträge reduzieren sich für jedes im Familienzuschlag berücksichtigte Kind um 25 Euro. Außerdem wurde die Beihilfefähigkeit von Sehhilfen eingeschränkt. Implantationen im Kieferbereich sind eingeschränkt beihilfefähig. Aufwendungen für Behandlung außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union anlässlich privater Reisen sowie Schutzimpfungen aufgrund privater Reisen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind grundsätzlich nicht mehr beihilfefähig. Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner des Beihilfeberechtigten, die sich in einer nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz eingetragene Lebenspartnerschaft befinden, sind zukünftig berücksichtigungsfähig.

Beihilfe des Freistaats Sachsen

Der Freistaat Sachsen hat ebenfalls eigene Beihilfevorschriften beschlossen, womit sich auch Sachsen nicht mehr automatisch nach den Beihilfevorschriften des Bundes richtet. In den Sächsischen Beihilfeverordnungen sind nur die Vorschriften aufgeführt, die von den Beihilfevorschriften des Bundes in der am 31.12.2003 geltenden Fassung abweichen. Wie beim Bund wird die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für zahntechnische Leistungen auf 40 v.H. abgesenkt und es wird ein Selbstbehalt von 80 Euro eingeführt. Dieser wird so angewendet, dass die verbleibende Beihilfe um 80 Euro gekürzt wird. Die Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen wurde im Sächsischen Gesetz- und Verordnungsblatt vom 31.8.2004 auf Seite 397 verkündet.

Beihilfe des Landes Hessen

Auch das Land Hessen hat Änderungen in seinen Beihilfevorschriften vorgenommen, veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen vom 19.10.2004 auf den Seiten 314 f. Die Änderungen betreffen auch Zahnersatz und die Verordnung von Brillen.

Beihilfe des Landes Niedersachsen

Das Land Niedersachsen hat zum 1.1.2005 durch eine Änderung im Niedersächsischen Beamtengesetz die Beihilfe für stationäre Wahlleistungen vollständig abgeschafft. Bis zu diesem Zeitpunkt erhielten diejenigen noch Beihilfe für stationäre Wahlleistungen, die vor dem 1.1.2002 das 65. Lebensjahr vollendet hatten oder am 31.12.2001 mit dem Grad der Schwerbehinderung von wenigstens 50 behindert waren. Darüber hinaus gibt es in Niedersachsen die Änderung, dass die Verweisung auf die Bundesbeihilfevorschriften nicht mehr dynamisch ist, sondern für Niedersachsen der Stand der Bundesbeihilfevorschriften in der Fassung der 28. Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften vom 30.1.2004 auch bei einer weiteren Änderung der Bundesbeihilfevorschriften gilt. Die Folge ist, dass zukünftige Beihilfeänderungen auf Landesebene entschieden werden.

Neue Öffnung für in der GKV versicherte Beamte

Seit 1.1.2005 bieten viele Unternehmen der PKV im Rahmen einer neuen Öffnungsaktion Beamten, die in der GKV versichert sind, die Aufnahme zu erleichterten Bedingungen an. Die Bedingungen sind folgende:

- Es gelten die erleichterten Aufnahmebedingungen für Beamtenanfänger – das heißt kein Antragsteller wird abgelehnt, es werden keine Leistungsausschlüsse vorgenommen und ein Risikozuschlag wird bis höchstens 30 Prozent des tariflichen Beitrags erhoben. Auf ein Höchstaufnahmealter berufen sich die Unternehmen nicht.

- Das Zutrittsrecht zur PKV für den nachstehend aufgeführten Personenkreis gilt unbefristet.

- Bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Familienangehörige, die derzeit in der GKV pflichtversichert/familienversichert sind, werden, wie bei der erleichterten Aufnahme der Beamtenanfänger, nach Ende einer Pflichtversicherung/Familienversicherung in der GKV oder nach der Eheschließung des Beihilfeberechtigten zu den besonderen Bedingungen in die PKV aufgenommen.

- Bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Familienangehörige, die nicht durch eine Pflichtmitgliedschaft/Familienversicherung an die GKV gebunden sind, erhalten die besonderen Bedingungen, wenn sie sich innerhalb einer Frist von einem Jahr ab Versicherungsbeginn des Beihilfeberechtigten für die PKV entscheiden.

- Die Aufnahme erfolgt in beihilfekonforme Krankheitskostenvolltarife. Wenn die stationären Wahlleistungen beihilfefähig sind, beinhalten die beihilfekonformen Krankheitskostenvolltarife auch Wahlleistungen.

Folgender Personenkreis ist von den neuen Öffnungsbedingungen erfasst: Beamte, Richter und Versorgungsempfänger sowie deren bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Familienangehörige, sofern die betreffenden Personen in der GKV versichert sind.

Der Personenkreis muss am 31.12.2004 bereits in einem Beamtenverhältnis gestanden haben. Für Beamtenverhältnisse, die ab dem 1.1.2005 begründet werden, gelten die erleichterten Aufnahmebedingungen für Beamtenanfänger.

3. Versicherungsaufsichtsrecht

Konkurssicherungseinrichtung

Anfang 2004 hat das Bundesministerium der Finanzen den „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes und anderer Gesetze“ (VAG-Novelle 2004) vorgelegt. Neben einer Ausdehnung der Aufsicht über Rückversicherungsunternehmen sowie über Versicherungsholdinggesellschaften beinhaltet der Entwurf vor allem die Schaffung von gesetzlichen Konkurssicherungseinrichtungen für die Lebens- sowie die Krankenversicherung. Damit wird der Entschließungsantrag des Bundestags vom 17.10.2003 (vgl. Rechenschaftsbericht 2003, S. 44 f.) umgesetzt. Nach Abschluss des parlamentarischen Beratungsverfahrens noch im Berichtsjahr ist die VAG-Novelle 2004 am Tag nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt, Teil I, vom 20.12.2004, S. 3416 ff., in Kraft getreten. Folgende Regelungen sind vorgesehen:

– Als Träger der Insolvenzsicherung wird für die Krankenversicherung, ebenso wie für die Lebensversicherung, ein Sicherungsfond als öffentlich-rechtliches Sondervermögen bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau errichtet, der auch die Verwaltung des Sicherungsfonds obliegen soll. Anstelle der Kreditanstalt für Wiederaufbau können jedoch juristische Personen des Privatrechts mit den Aufgaben und Befugnissen des Sicherungsfonds beliehen werden, wenn sie die im Gesetz genannten Voraussetzungen erfüllen. Damit können die sowohl von der Kranken- als auch von der Lebensversicherung freiwillig aufgebauten Auffanggesellschaften ihre Tätigkeit grundsätzlich fortführen, müssen sich aber an den gesetzlichen Vorgaben ausrichten.

– Alle zum Betrieb der substitutiven Krankenversicherung gemäß § 12 VAG zugelassenen Unternehmen müssen einem Sicherungsfond angehören.

– Ist ein Unternehmen dauerhaft außerstande, seine Verpflichtungen zu erfüllen, oder ist es zahlungsunfähig geworden, und sind andere Maßnahmen zur Wahrung der Belange der Versicherten nicht ausreichend, so ordnet die Aufsichtsbehörde die Übertragung des gesamten Bestandes an Versicherungsverträgen einschließlich der zur Deckung der Verbindlichkeiten aus diesen Verträgen erforderlichen Vermögensgegenstände auf den Sicherungsfond an. Eine Zulassung des Sicherungsfonds zum Betrieb des Krankenversicherungsgeschäftes ist auch für diesen Fall nicht erforderlich. Überträgt der Sicherungsfond den Versicherungsbestand ganz oder teilweise auf in Deutschland zum Krankenversicherungsgeschäft zugelassene Unternehmen weiter, kann die Sicherungseinrichtung die Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen der zu übertragenden Bestände bei der Übertragung ändern. Voraussetzung dafür ist, dass eine solche Änderung zur Fortführung der Verträge beim übernehmenden Versicherer zweckmäßig und für die versicherten Personen zumutbar ist. Die Änderung wird wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die

Belange der Versicherten angemessen berücksichtigt und ein unabhängiger Treuhänder bestätigt, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.

– Die dem Sicherungsfond angehörenden Krankenversicherer sind verpflichtet, Beiträge in einer Höhe zu leisten, dass sie die Fehlbeträge der übernommenen Versicherungsverträge, die entstehenden Verwaltungskosten und sonstigen Kosten, die durch die Tätigkeit des Sicherungsfonds entstehen, decken. Bei Krankenversicherungen brauchen diese Beträge aber nicht vorfinanziert zu werden, sondern sie sind erst dann zu zahlen, wenn dem Sicherungsfond Bestände eines gefährdeten Krankenversicherungsunternehmens übertragen worden sind. Diese – von der für die Lebensversicherungsunternehmen geltenden Finanzierung abweichende – Regelung konnte kurz vor Verabschiedung des Gesetzes noch erreicht werden. Der Höchstbetrag der zu erhebenden Sonderbeiträge beträgt 2 pro mille der Summe der versicherungstechnischen Nettorückstellungen der angeschlossenen Krankenversicherungsunternehmen. Die Höhe der Beiträge soll die Finanz- und Risikolage der Beitragszahler berücksichtigen, muss also nicht bei allen Unternehmen proportional festgesetzt werden, sondern kann zu unterschiedlichen Belastungen führen. Die Einzelheiten dieser Beitragserhebung sollen durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums der Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft geregelt werden.

– Zu den Voraussetzungen, unter denen eine juristische Person des Privatrechts mit der Funktion des Sicherungsfonds beliehen werden kann, gehört – neben Zuverlässigkeit und Eignung der gesetzlichen Vertreter sowie einer Mindestausstattung mit Finanzmitteln in Höhe von 1 Mio. Euro – der Nachweis, dass sie zur Organisation insbesondere der Beitragseinziehung, der Leistungsbearbeitung und der Verwaltung der Mittel im Zeitpunkt der Bestandsübertragung in der Lage ist. Auch hierbei handelt es sich um eine vom Finanzausschuss des Deutschen Bundestages nachträglich durchgesetzte Änderung des Gesetzentwurfes, der zunächst vorsah, dass die gesamte Organisation bereits von Beginn an vorhanden sein müsse.

Entsprechend dem Beschluss der Verbandsgremien wird sich die Medicator AG, also die von den Krankenversicherungsunternehmen im Sommer 2003 vorsorglich gegründete freiwillige Auffanggesellschaft zur Sanierung notleidender Krankenversicherungsunternehmen, um die Beleihung als gesetzlicher Sicherungsfond bewerben.

III. Leistungsfragen

1. Ärzte, Zahnärzte und private Krankenversicherung

Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

In einem Punkt besteht zwischen Ärzteschaft und Kostenträger Einigkeit: Die GOÄ muss dringend aktualisiert werden. Dabei bedarf es über den momentanen Aktualisierungsbedarf hinaus der Einführung eines „Mechanismus", der auch für die Zukunft eine zeitnahe und kontinuierliche Anpassung an den medizinischen Fortschritt garantiert. Aus Sicht der PKV (und bei solchen Grundsatzfragen über die Gestaltung des Gebührenrechts hören dann die Gemeinsamkeiten mit der Ärzteschaft auch schon auf) ist bei einer Novellierung der Gebührenordnung insbesondere auch dafür Sorge zu tragen, dass die Darstellung des ärztlichen Leistungsspektrums im Gebührenverzeichnis in Form eindeutiger und abschließender Leistungsdefinitionen unter Berücksichtigung des „Zielleistungsprinzips" erfolgt. Nur so kann das bei der derzeitigen Abrechnungspraxis bestehende Konfliktpotential zwischen Ärzten und Versicherern, das immer wieder auch zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führt und letztlich zu Lasten der Versichertengemeinschaften geht, reduziert werden. Der Leistungskatalog der GOÄ muss resistenter gegen Unsicherheiten der Auslegung werden, indem er sich grundsätzlich strikt an Komplexleistungen im Sinne des Zielleistungsprinzips orientiert. Aus Sicht der PKV bietet es sich an, ein Verfahren zu etablieren, das die öffentlich zugänglichen Daten des neuen Entgeltsystems im Krankenhaus (DRG-System = Diagnosis Related Group = diagnosebezogene Fallpauschale) nutzt.

Zweck der GOÄ als Rechtsverordnung ist es, den Bürger vor beliebigen Honorarforderungen zu schützen. Kritisiert wird die GOÄ, weil insbesondere das Verfahren ihrer Anpassung an die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zu schwerfällig ist. Die Bemühungen des gemeinsamen Konsultationsausschusses bei der Bundesärztekammer (beteiligt neben der BÄK: Bundesgesundheitsministerium, Beihilfe, PKV-Verband), Abrechnungsprobleme durch konsentierte „Empfehlungen" zu lösen, können dieses Defizit nicht beheben. Die Leistungsausgaben je Versicherten der PKV sind von 1992 bis 2002 für die ambulante ärztliche Behandlung um fast 70 Prozent, für die wahlärztliche Behandlung im Krankenhaus um 22 Prozent gestiegen. Beitragssteigerungen sind die unausweichliche Folge. Die Ausgaben sind gestiegen, obwohl der Punktwert in den letzten Jahren nur einmal (1996) um 0,4 Pfennige angepasst worden ist. Dazu hat der von der GOÄ als Einzelleistungsvergütungssystem ausgehende Anreiz beigetragen, unter Umgehung des Zielleistungsprinzips zusätzliche Einzelleistungen abzurechnen – sei es unter originärem oder analogem Rückgriff auf vorhandene Leistungspositionen der GOÄ. Die Möglichkeit des Analogabgriffs soll u.a. die Verzögerungen bei der Anpassung an die medizinische Entwicklung ausgleichen. Im Einzelfall ist aber regelmäßig streitig, ob tatsächlich eine Innovation den Analogabgriff rechtfertigt und die vom Arzt gewählte

Analogposition angemessen ist, oder ob die Motive allein darin liegen, ein dem jeweiligen Aufwand vermeintlich angemesseneres Honorar zu erzielen. Für die Abbildung des Aufwandes im Einzelfall sieht die GOÄ aber den Gebührensatz (Multiplikator, Steigerungsfaktor) vor. Die Folge daraus: Die Ärzteschaft investiert in Abrechnungsberatung – die Krankenversicherer investieren in Rechnungsprüfung. Schlussendlich werden die Gerichte beschäftigt, die sich ihrerseits ärztlicher Gutachter bedienen müssen. Auf dem Weg durch die Instanzen werden widersprüchliche Entscheidungen gefällt. Alles dies ist mit Aufwand und dementsprechend auch mit Kosten verbunden und widerspricht daher letztendlich den Interessen der Beteiligten.

Fraglos notwendig ist also insbesondere eine kontinuierliche Pflege (im Sinne ständiger Aktualisierung) des im Gebührenverzeichnis der GOÄ erfassten Leistungskatalogs. Im Bundesgesundheitsministerium gibt es Überlegungen, für nach den §§ 108, 109 SGB V zugelassene Krankenhäuser die wahlärztliche Leistung (stationäre privatärztliche Maßnahmen, Chefarztbehandlung) als prozentualen Zuschlag auf das DRG-Entgelt abzubilden; dabei also den individuellen Arzt zu ignorieren. Dies würde dem – im Muster-Chefarztvertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vorgezeichneten – Trend folgen, wahlärztliche Behandlung nur noch als Institutsleistung zu gewähren. Die daraus folgende Entfremdung zwischen Wahlarzt und Patient liegt aber weder im Interesse des Versicherten noch des Arztes noch der privaten Krankenversicherung. Der Anreiz zu besonderer ärztlicher Betreuung würde zweifelsohne leiden.

Bundesärztekammer und PKV-Verband sind sich in der Problemanalyse im Wesentlichen einig. Die BÄK folgt der PKV auch darin, das Zielleistungsprinzip der GOÄ zu stärken: „Das GOÄ-Konzept der Bundesärztekammer sieht – zunächst für die operativen Leistungen – eine ablaufbezogene Bündelung von Einzelleistungen für Komplexleistungen vor, in die alle methodisch notwendigen und häufig fakultativ zusätzlich erforderlichen Maßnahmen einbezogen werden. Zudem werden verwandte Leistungen vergleichbaren Aufwandes und Schwierigkeitsgrades derselben Gebührenposition zugeordnet. ... Die Abrechnungen nach einem „Baukasten“ wird beseitigt. ... Die Leistungspositionen des Gebührenverzeichnisses werden auf der Grundlage ... des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 SGB V (OPS-301) ... definiert.“ (R. Hess: Deutsches Ärzteblatt vom 5. 3. 2004). Allerdings stellt die BÄK fest, die Leistungen könnten nicht allein kostenorientiert bewertet werden, sondern seien mit dem derzeitigen Liquidationsniveau ärztlicher Leistungen abzugleichen.

Abweichend von der BÄK sieht die PKV die Notwendigkeit, nicht nur den Leistungskatalog zu definieren, sondern vielmehr ein Regelwerk für die kontinuierliche – jährliche – Pflege des Leistungskataloges der GOÄ zu entwickeln. Das Regelwerk sollte so gestaltet sein, dass Entscheidungsbedarf (für den Verordnungsgeber) bzw. Verhandlungsbedarf (für die Beteiligten im Rahmen eines „Vorschlagsmodells“, vgl. Rechen-

schaftsberichte 2000, S. 38 f., 2001, S. 40 ff. und 2002, S. 37) minimiert wird. Im optimalen Fall sollte es nur um die Festlegung des Punktwertes gehen, während die Anpassung an den Fortschritt quasi automatisch erfolgt.

Ein solches Regelwerk bietet das DRG-System als Modell an. Zur Pflege des DRG-Systems werden jährlich möglichst repräsentativ die tatsächlichen Leistungen und ihre Aufwände (Ist-Kosten) im Krankenhaus erfasst. Damit ist die Anpassung an den medizinischen Fortschritt weitgehend gewährleistet, so dass für die GOÄ auf das Verfahren der Analogberechnung verzichtet werden könnte. Die Leistungen werden als möglichst kostenhomogene Leistungskomplexe (DRG) im Wesentlichen durch Diagnosen und Prozeduren definiert. Ihre unterschiedlichen Aufwände werden in Bewertungsrelationen (BWR) ausgedrückt. Die BWR errechnet sich, indem die mittleren Ist-Kosten jeder Fallgruppe (DRG) durch den Mittelwert der Ist-Kosten aller Fälle devidiert werden. Das Entgelt (der Preis) ergibt sich, indem der BWR=1 ein Geldbetrag (sog. Basisfallwert) zugeordnet wird. Dem DRG-System wird zugetraut, jährlich immerhin rund 50 Mrd. Euro sachgerecht zu verteilen. Damit sollte seine Datenbasis auch für die GOÄ tauglich sein. Aus dem amtlichen Fallpauschalenkatalog lässt sich der Anteil der ärztlichen Leistung an jeder Bewertungsrelation ermitteln, indem die Bewertungsrelationen für Belegabteilungen von denen für Hauptabteilungen subtrahiert werden. Dabei ergeben sich unmittelbar Bewertungsrelationen für den Operateur bzw. für den Anästhesisten. Die Arztkostenanteile weiterer Fachgebiete lassen sich aus den für jede DRG im jährlichen Abschlussbericht über die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus enthaltenen Kostendaten ermitteln. Analog lassen sich auch für Zuschläge und Abschläge bei Über- bzw. Unterschreiten der oberen bzw. unteren Grenzverweildauer die Bewertungsrelationen ärztlicher Leistungen ableiten. Dies gilt grundsätzlich auch für gesondert ausgewiesene Zusatzentgelte. Um eine Ähnlichkeit mit dem System der gültigen GOÄ zu ermöglichen, könnte die BWR=1 1000 Punkten gleichgesetzt werden. Für den Leistungskatalog der GOÄ auf den Arztkostenanteil der DRGs zurückzugreifen, hat auch den Vorteil, dass das Honorar für stationär erbrachte ärztliche Leistungen nicht – wie bisher – mit Sachkosten kontaminiert ist. Die pauschale Gebührenminderung gemäß § 6 a GOÄ könnte also wegfallen. Die Vergütung könnte damit gerechter auf die verschiedenen Fachgebiete verteilt werden. Einschränkungen ergeben sich derzeit dadurch, dass die Leistungen medizinischer Laboratorien bei der Ist-Kosten-Kalkulation für das DRG-System nicht nach Fachgebieten (z.B. klinische Chemie, Pathologie, Mikrobiologie) differenziert werden. Hier wäre zu prüfen, ob die an der Ist-Kosten-Kalkulation mitwirkenden Krankenhäuser dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht entsprechend differenzierte Daten zur Verfügung stellen könnten. Dies wäre auch im Interesse der Krankenhäuser; zumal ihnen diese Informationen grundsätzlich vorliegen. Alternativ könnte man sich vorübergehend auf Verteilungsschlüssel verständigen. Mit dem skizzierten Verfahren ließe sich für den statio-

nären Bereich, soweit er vom DRG-System erfasst wird, ein umfassender, abschließender GOÄ-Leistungskatalog grundsätzlich für alle Fachgebiete generieren. Dieser wäre jährlich ebenso aktuell wie das DRG-System. Um die persönliche Zuwendung des Arztes weiter zu fördern, könnten u.U. entsprechende, höchstpersönlich zu erbringende Leistungen wie die körperliche Untersuchung und Beratungen im Sinne der bisherigen GOÄ zusätzlich abgerechnet werden.

Prinzipiell wäre der aus dem DRG-System abgeleitete Leistungskatalog der GOÄ auch auf ambulant erbrachte Leistungen anwendbar. Es liegt aber auf der Hand, dass bestimmte Leistungen ausschließlich ambulant erbracht werden. Um solche Leistungen müsste der Katalog erweitert werden. Hierbei könnte man auch Anleihen beim Katalog der gültigen GOÄ machen. Soweit im DRG-System abgebildete Leistungen durch niedergelassene Ärzte erbracht werden, wären die Sachkosten gesondert zu entgelten. Auch die Bewertungsrelationen der Sachkosten lassen sich grundsätzlich für die Fachgebiete aus den Daten des jährlichen Abschlussberichtes des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus ableiten.

Das beschriebene Modell bietet wie der gültige Leistungskatalog der GOÄ die Möglichkeit, auch den besonderen Aufwand und Schwierigkeitsgrad im Einzelfall in Form eines Multiplikators zu berücksichtigen. Von der zulässigen Spannweite des Multiplikators würde abhängen, welcher Punktwert der BWR=1 (oder 1000 Punkten) der ärztlichen Leistung zuzuordnen wäre. Aus den vorhandenen Daten des DRG-Systems lässt sich also ein GOÄ-Leistungskatalog ableiten, der – anders als das DRG-System selbst – eine individuelle Honorierung der Leistungen jedes einzelnen liquidationsberechtigten Arztes unter Würdigung der individuellen Gegebenheiten auf Seiten des Patienten zulässt. Das vorgeschlagene Verfahren erfüllt die Grundanforderungen an eine moderne GOÄ: Transparenz, Aktualität, Pauschalierung im Sinne des Zielleistungsprinzips, Individualisierung bezüglich des Arztes sowie Individualisierung bezüglich der medizinischen Bedingungen auf Seiten des Patienten.

Beschlüsse des Konsultationsausschusses bei der Bundesärztekammer

Der „Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer“, in dem neben der BÄK das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), 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 HNO-Leistungen beschäftigt und hierzu folgende Beschlüsse gefasst:

Turbinoplastik analog Nr. 2382, Nr. 2250 nicht neben Nr. 1438 GOÄ

Eine schleimhautschonende plastische Operation an der Nasenmuschel (z.B. Turbinoplastik) oder der Eingriff nach der Leglerschen Operationsmethode ist analog nach Nr. 2382 GOÄ zu bewerten. Mit dieser Ana-

logbewertung sind alle an dieser Nasenmuschel erforderlichen Maßnahmen an Schleimhaut, Weichteilen und ggf. knöchernen Anteilen der Nasenmuschel abgegolten. Die konventionelle teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel (Muschelteilresektion, Muschelkappung, Abtragung des hinteren Muschelendes bei Muschelhyperplasie) ist Nr. 1438 GOÄ zuzuordnen. In den Fällen, in denen knöcherne Anteile der Muschel durch Muschelkappung bzw. Muschel(teil-)resektion entfernt werden (Turbinektomie), kann dies nicht als selbständige Osteotomie nach Nr. 2250 GOÄ neben Nr. 1438 GOÄ berechnet werden.

Bei gegebener medizinischer Indikation können Eingriffe an der Nasenmuschel nach Nr. 1438 GOÄ oder analog nach Nr. 2382 GOÄ neben den Nrn. 1447/1448 GOÄ berechnet werden.

Nr. 1438 oder Nr. 2382 analog neben Nr. 1448 GOÄ

Die Kappung oder Resektion von Polypen, die aus einer oder mehreren Nasennebenhöhle(n) einer Seite in die Nasenhaupthöhle vorwuchern, ist dem Eingriff nach Nr. 1441 GOÄ zuzuordnen. Nr. 1441 GOÄ ist ein eigenständiger Eingriff und ggf. neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/1448 GOÄ berechnungsfähig. Die Entfernung von Nasenseptumpolypen oder anderen hyperplastischen Veränderungen der Nasenscheidewand ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 GOÄ abgegolten.

Nr. 1441 neben Nrn. 1447/1448 GOÄ

Der plastische Wiederaufbau des Nasenrückens mit Knochen/Korpel im Rahmen von Revisionsoperationen (bei Sattelbildung) oder zur Korrektur von Dysplasien der knöchernen Nase oder im Rahmen der Durchführung einer Septumaustauschplastik ist analog nach Nr. 2253 GOÄ zu bewerten und als zusätzliche Maßnahme neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/1448 GOÄ berechnungsfähig. Die routinemäßige Reimplantation von gecrushtem Resektionsmaterial im Rahmen einer Septum-Korrektur außerhalb der oben genannten Indikation ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 GOÄ abgegolten.

Nr. 2253 GOÄ analog für den plastischen Wiederaufbau des Nasenrückens nach Voroperation oder bei Dysplasien oder analog für die Septumaustauschplastik neben Nrn. 1447/1448 GOÄ

Die Abtragung der Lamina perpendicularis des knöchernen Septums ist mit der Berechnung der Nr. 1447 GOÄ oder der Nr. 1448 GOÄ abgegolten.

Nr. 2256 GOÄ analog für die Abtragung des Lamina perpendicularis nicht neben Nrn. 1447/1448 GOÄ

Die Knochenzerbrechung zur Begradigung der Restseptumanteile ist mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448 GOÄ abgegolten und kann nicht als selbständige Leistung, z.B. nach Nr. 2267 GOÄ analog, neben Nrn. 1447/1448 GOÄ berechnet werden.

Nr. 2267 GOÄ analog nicht neben Nrn. 1447/1448 GOÄ

Die Ausstopfung der Nase nach Nr. 1425 GOÄ oder Nr. 1426 GOÄ kann nicht neben den Nrn. 1447/1448 GOÄ berechnet werden. Als operationsabschließende Wundversorgung ist die Tamponade der Nase mit der Berechnung der Gebühr für den operativen Eingriff abgegolten.

Nrn. 1425/1426 GOÄ nicht neben Nrn. 1447/1448 GOÄ

Postoperative Tamponaden-/Schienen-/Splintentfernung analog Nr. 1427 bzw. analog Nr. 1430 GOÄ

Für die postoperative Entfernung von Tamponaden nach Nasen- und/oder Nasennebenhöhlen-Eingriffen ist Nr. 1427 GOÄ analog berechnungsfähig. Nr. 1427 GOÄ analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn aus beiden Nasenhaupthöhlen Tamponaden entfernt werden. Für die postoperative Entfernung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints ist Nr. 1430 GOÄ analog berechnungsfähig. Nr. 1430 GOÄ analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn Material aus beiden Nasenhaupthöhlen entfernt werden muss.

Nrn. 1429/1435 GOÄ in der selben Sitzung nicht neben Nrn. 1447/1448 GOÄ

Maßnahmen zur intraoperativen Blutstillung oder operationsabschließenden Wundversorgung sind mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448 GOÄ, ggf. durch Ansatz eines höheren Steigerungsfaktors, abgegolten, und können nicht als selbständige Leistungen, z.B. nach den Nrn. 1429/1435 GOÄ neben den Nrn. 1447/1448 GOÄ berechnet werden.

Nrn. 1469/1470 GOÄ

Bei endonasal-mikroskopischer/endoskopischer Operation der Keilbeinhöhle und Ausräumung der Siebbeinzellen einer Seite in derselben Sitzung ist Nr. 1469 (oder Nr. 1470) GOÄ zweimal berechnungsfähig, wenn nachweislich getrennte Zugangswege sowohl zur Keilbeinhöhle als auch zum Siebbeinzellensystem gewählt werden. Bei rechts- und linksseitiger Ausräumung der Siebbeinzellen und/oder Operation der Keilbeinhöhle in derselben Sitzung kann Nr. 1469 (oder Nr. 1470) GOÄ maximal viermal berechnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass jeweils seitengetrennte Zugangswege geschaffen werden. Bei Operation von mehr als einer Kammer der septierten Keilbeinhöhle kann Nr. 1460 (oder Nr. 1470) GOÄ nicht mehr als einmal berechnet werden, wenn die zweite Kammer durch denselben Zugangsweg ausgeräumt wird, also transseptal vorgegangen wird.

Nr. 1471, Nr. 1469 ggf. neben Nrn. 1469/1470 GOÄ

Werden bei endonasal-mikroskopischer/endoskopischer Operationstechnik neben einer Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 GOÄ in derselben Sitzung die vorderen Siebbeinzellen nicht nur eröffnet, sondern ausgeräumt, so ist das Ausräumen der vorderen Siebbeinzellen mit der Berechnung der Nr.1471 GOÄ abgegolten. Bei zusätzlicher Ausräumung der hinteren Siebbeinzellen in derselben Sitzung ist Nr. 1469 (oder Nr. 1470) GOÄ zusätzlich neben Nr. 1471 GOÄ berechnungsfähig, vorausgesetzt, dass ein separater Zugangsweg zu den hinteren Siebbeinzellen geschaffen wurde.

Nr. 1486 GOÄ, subturbinale Fensterung

Wird bei einer endonasal-mikroskopischen/endoskopischen Kiefernhöhlenoperation nach Nr. 1486 GOÄ ein subturbinales Fenster zur Drainage angelegt, so ist diese zusätzliche Maßnahme durch die Berechnung der Nr. 1486 GOÄ abgegolten, und nicht als selbständige Leistung, z.B. nach Nr. 1468 GOÄ, neben Nr. 1486 GOÄ berechnungsfähig. Der durch die zusätzliche subturbinale Fensterung verursachte Aufwand muss durch die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden.

Nr. 1488 GOÄ, Operation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite

Gegenüber dem alten Operationsstandard bei chronischer Sinusitis nach Nr. 1488 GOÄ (Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite) wird in der modernen endoskopisch/mikroskopischen Nasennebenhöhlenchirurgie das Ziel der schleimhautschonenden Funktionswiederherstellung der Nebenhöhle(n) unter Vermeidung größerer knöcherner Destruktionen verfolgt. Sofern für die operative Behandlung mehrerer Nasennebenhöhlen einer Seite jeweils getrennte endonasale Zugangswege gewählt werden, ist der je Nasennebenhöhle durchgeführte Eingriff als selbständige Leistung berechnungsfähig. Voraussetzung für die Anerkennung der Berechnung verschiedener Nasennebenhöhlen-Eingriffe nebeneinander ist, dass sich die Indikationsstellung zum jeweiligen Eingriff sowie die Art der operativen Vorgehensweise aus dem OP-Bericht ableiten lassen. Die vom Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen beschlossenen Abrechnungsempfehlungen für die Gebührenpositionen der einzelnen Nasennebenhöhlen-Eingriffe sind dabei jeweils zu beachten. Bei Durchführung von Eingriffen zur Ausräumung der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle müssen die diesbezüglichen Abrechnungsbestimmungen (vgl. Beschlussvorschlag zu Nrn. 1469/1470 GOÄ: je Seite maximal zweimal berechnungsfähig) beachtet werden. Erfolgt neben der Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 GOÄ in derselben Sitzung eine Ausräumung der vorderen Siebbeinzellen, so ist dies mit der Berechnung der Nr. 1471 GOÄ abgegolten. Fakultativ zusätzliche Fensterungen der einzelnen Nasennebenhöhlen, z.B. das Anlegen eines zusätzlichen subturbinalen Fensters bei endoskopischer Kiefernhöhlenoperation, sind nicht als selbständige Leistungen zusätzlich zu der Gebührenposition für den operativen Eingriff an dieser Nasennebenhöhle berechnungsfähig: Der hierdurch erhöhte Aufwand muss durch die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden.

Nr. 1480 GOÄ nicht neben Eingriffen an der Nasennebenhöhle

Nr. 1480 GOÄ kann nur als selbständige Leistung, nicht aber für die intraoperative Absaugung im Zusammenhang mit operativen Eingriffen an den Nasennebenhöhlen berechnet werden.

Nrn. 1499/1500 GOÄ

Die Exzision von hyperplastischem Tonsillen-Gewebe aus dem Bereich der Plica triangularis ist mit dem Ansatz der Nrn. 1499/1500 GOÄ abgegolten.

Nr. 2253 analog neben Nrn. 1610/1613/1614 GOÄ

Wird zum Verschluss eines größeren Trommelfelldefekts oder zur endoprothetischen Versorgung einer defekten Gehörknöchelkette ein autologes Transplantat aus Knorpel oder Knochen verwendet, so sind Entnahme und Operation des körpereigenen Materials durch den analogen Ansatz der Nr. 2253 GOÄ abgegolten. Nr. 2253 GOÄ analog für die Materialgewinnung und Herstellung des Trommelfellersatzes bzw. der Gehörknöchelprothese aus autologem Material ist in diesen Fällen einmal neben den Nrn. 1610/1613/1614 GOÄ berechnungsfähig.

Nr. 2583 ggf. neben Nr. 1610/1613/1614 GOÄ

Bei fortgeschrittenem Krankheitsprozess ist ggf. die Neurolyse der Chorda tympani oder des Nervus facialis aus wuchernden Epithelformationen erforderlich. In diesen Fällen ist Nr. 2583 GOÄ neben den Nrn. 1610/1613/1614 GOÄ berechnungsfähig.

Zu diesem Beschluss ist aus Sicht der PKV ergänzend darauf hinzuweisen, dass eine Neurolyse dann nicht gesondert berechnungsfähig ist, wenn neben der Tympanoplastik eine Cholesteatom-Operation (Nr. 1601 GOÄ) berechnet wird, da die Neurolyse jedenfalls im Verhältnis zur Cholesteatom-Operation keinen eigenständigen Charakter hat, sondern sich als unselbständige Teilleistung darstellt.

Nr. 2253 GOÄ analog für die Verwendung von autologem Knorpel als Ersatz der Steigbügelfußplatte bei Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 GOÄ

Im Rahmen der Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 GOÄ kann der Wiederverschluss des Trommelfells durch einen tympanomeatalen Lappen nicht als selbständige Leistung nach den Nrn. 2380/2381/2382/2383/2384 GOÄ anerkannt werden, da es sich bei der Adaption der zuvor durchtrennten Strukturen um den methodisch notwendigen Abschluss der Operation nach Nr. 1623 GOÄ handelt. Eine Berechnung von trommelfellverschließenden Maßnahmen neben Nr. 1623 GOÄ ist allenfalls in den Fällen denkbar, in denen ein vorbestehender größerer Trommelfelldefekt vorliegt, der durch aufwendigere Maßnahmen (vgl. Beschluss zu Nr. 2253 analog neben Nrn. 1610/1613/1614 GOÄ) zu beheben ist. Wird anstelle einer industriell gefertigten Steigbügelprothese eine individuelle Prothese aus autologem Knorpelmaterial intraoperativ angefertigt, so ist hierfür für die Entnahme des autologen Knorpels sowie die Präparation Nr. 2253 GOÄ analog einmal neben Nr. 1623 GOÄ berechnungsfähig.

Nr. 1579 nicht neben Nrn. 1610/1613/1614 GOÄ

Nr. 1569 GOÄ kann in der selben Sitzung nicht neben dem umfassenderen operativen Eingriff der Tympanoplastik nach den Nrn. 1610/1613/1614 GOÄ berechnet werden.

In einigen Punkten ist es dem Ausschuss leider nicht gelungen, Einvernehmen zu erzielen:

Nr. 1448 nicht neben Nrn. 2700, 2701 und 2284 analog GOÄ

Neben der Leistung nach Nr. 1448 GOÄ werden in der Praxis für „stabilisierende Maßnahmen“ (Silikonschienen, Nasal-Doyle-Splints etc.) die Nrn. 2700, 2701 und 2284 GOÄ analog berechnet. Die BÄK hält dies zumindest bei bestimmten Indikationen (im Rahmen von Re-Operationen bei Wiederaufbau nach Trauma, bei extremer Blutungsneigung oder bei Implantation von Material) für zulässig. Aus Sicht der PKV werden entsprechende Maßnahmen aber nicht mit einem eigenständigen Leistungsziel erbracht, sondern stellen sich im Verhältnis zu der in Nr. 1448 GOÄ beschriebenen Zielleistung als unselbständige Teilleistung dar (insbesondere mit der Zielsetzung, das Operationsergebnis zu verbessern oder den Operationserfolg zu gewährleisten) und sind daher nicht gesondert berechnungsfähig.

Computergestützte Navigationssysteme

Bei Nasennebenhöhlenoperationen werden auch computergestützte Navigationssysteme verwendet, für die Nr. 2562 GOÄ analog angesetzt wird. Aus Sicht der PKV handelt es sich aber nicht um eine eigenständige Leistung, sondern um eine Ausführungsvariante der Nasennebenhöhlen-Operation, so dass es nicht gerechtfertigt ist, neben der Gebühr für

die Nasennebenhöhlenoperation zusätzlich eine Gebühr für den Einsatz eines entsprechenden Navigationssystems zu berechnen (§ 4 Abs. 2 a GOÄ). Die BÄK wollte sich dieser Auffassung nicht anschließen, hat aber darauf verzichtet, selbst einen Abrechnungsvorschlag vorzulegen. Zwar befänden sich computergestützte Navigationshilfen bei NNH-Operationen in spezialisierten Zentren zunehmend in der Erprobung, der Zeitpunkt für die Entwicklung einer diesbezüglichen Abrechnungsempfehlung erscheine aber noch verfrüht.

Nrn. 2381/2382 nicht neben Nrn. 1447-1450, 1551, 1596, 1610-1614, 1621, 1622 und 1638 GOÄ

Neben Operationen nach den Nrn. 1447-1450, 1551, 1596, 1610-1614, 1621, 1622 und 1638 GOÄ werden in der Praxis Hautlappenplastiken (Nrn. 2381/2382 GOÄ) gesondert in Rechnung gestellt. Die Bundesärztekammer hält dies bei besonderen Indikationen (z.B. retroaurikuläre Defekte) für gerechtfertigt, es müsse einzelfallbezogen entschieden werden. Aus Sicht der PKV haben Hautlappenplastiken im Zusammenhang mit den genannten Operationen aber keinen eigenständigen Charakter. Sie müssen als unselbständige Teilleistungen angesehen werden, die mit der Gebühr für die Operation (Zielleistung) abgegolten sind.

Neuere Rechtsprechung

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

Gebührenminderung gemäß § 6 a GOÄ

Mit Beschluss vom 19.3.2004 – Az.: 1 BvR 1319/02 – hat die 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) die Verfassungsbeschwerde eines Pathologen (Chefarzt und zugleich niedergelassener Vertragsarzt) gegen das ihn zur Gebührenminderung nach § 6 a GOÄ verpflichtende Urteil des BGH vom 13. 6. 2002 (vgl. Rechenschaftsbericht 2002, S. 58 ff.) nicht zur Entscheidung angenommen. Der Beschwerdeführer hatte die Verletzung seines Grundrechts aus Artikel 12 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 3 Abs. 1 GG gerügt. Das BVerfG hat die Nichtannahme der Verfassungsbeschwerde damit begründet, dass keine Fragen von grundsätzlicher verfassungsrechtlicher Bedeutung aufgeworfen würden und die Annahme der Beschwerde auch nicht zur Durchsetzung des Grundrechts des Beschwerdeführers aus Artikel 12 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 3 Abs. 1 GG angezeigt sei. Die vom Bundesgerichtshof vorgenommene Auslegung des § 6 a GOÄ, wonach der Beschwerdeführer zur Gebührenminderung verpflichtet sei, sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Der vom BGH herausgearbeitete sachliche Grund für die Gebührenminderung bei allen Ärzten, die Leistungen an einem stationär aufgenommenen Patienten erbrächten, liege in den rechtlichen Besonderheiten der stationären Behandlung von Wahlleistungspatienten. Diese Argumentation lasse keine Vernachlässigung des Schutzbereichs von Artikel 12 Abs. 1 GG erkennen. § 6 a GOÄ diene nach der Einschätzung des BGH der Verhinderung einer Doppelbelastung des Wahlleistungspatienten. Eine Doppelbelastung entstehe dadurch, dass die Kosten externer ärztlicher Leistungen regelmäßig kalkulatorisch im Pflegesatz enthalten seien. Die

vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter gehörten nach der Konzeption der Bundespflegesatzverordnung sowohl bei sozialversicherten Patienten als auch bei privatversicherten Patienten ohne Wahlleistungen (Regelleistungspatienten) zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (vgl. § 2 Abs. 2 BPflV). Die Kosten der für Regelleistungspatienten veranlassten Leistungen trage das Krankenhaus, das sie folglich bei seiner Kalkulation des Pflegesatzes berücksichtigen müsse. Soweit der privatversicherte Patient Wahlleistungen vereinbare, seien die Leistungen selbst ebenfalls solche des Krankenhauses (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG, § 2 Abs. 1 Satz 1 BPflV). Die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen beziehe sich grundsätzlich nicht auf die Art der – soweit medizinisch notwendig und dem Standard des Krankenhauses entsprechend ohnehin geschuldeten – ärztlichen Leistungen, sondern auf die Person des behandelnden Arztes.

Nichts anderes gelte für die veranlassten Leistungen externer Ärzte, die nur in Betracht kämen, wenn ein Krankenhaus bestimmte Kapazitäten nicht vorhalte. Auch solche Leistungen blieben, sofern medizinisch notwendig, Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen und damit nach der Konstellation der Bundespflegesatzverordnung mit dem Pflegesatz oder der Fallpauschale abgegolten (vgl. § 7 Satz 1 KHEntgG, § 7 Abs. 1 Satz 1 BPflV). Der Patient verknüpfe in diesem Fall mit der Vereinbarung von Wahlleistungen ebenso wie bei der wahlärztlichen Behandlung im Krankenhaus selbst lediglich die zusätzliche Erwartung, von einem besonders qualifizierten Arzt bevorzugt behandelt zu werden. Für den Patienten sei letztlich ohne Belang, ob die notwendigen Behandlungen im Krankenhaus vorgehalten oder extern eingekauft würden. Es sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn der BGH den Eingriff in die durch Artikel 12 Abs. 1 GG geschützte privatautonome Gebührenbeziehung zwischen Wahlleistungspatient und Arzt aus der konkreten Ausgestaltung der Beziehungen zwischen dem Krankenhaus, den Privatpatienten und dem Beschwerdeführer rechtfertige. Bei der gewährten Konstruktion handele es sich um ein typisches „Outsourcing im Krankenhauswesen“. Dabei würden insbesondere Abteilungen mit kostenintensiven Leistungen organisatorisch ausgegliedert. Die Leistungen würden auf externe (Vertrags-)Ärzte verlagert und belasteten damit das Budget des Krankenhauses nur noch insoweit, als sie tatsächlich benötigt und extern zugekauft würden. Gleichzeitig könnten sich dadurch, wie im Fall des Beschwerdeführers, neue Erwerbsmöglichkeiten für die Krankenhausärzte ergeben. Für den Wahlleistungspatienten habe das „Outsourcing“ zur Folge, dass ihm einerseits Leistungen des Krankenhauses und andererseits Leistungen eines externen Arztes statt eines Krankenhausarztes in Rechnung gestellt würden. Er wäre durch die Organisationsentscheidung benachteiligt, wenn § 6 a GOÄ nicht zur Anwendung komme. Wirtschaftliche Einbußen durch die Honorarminderung nach § 6 a GOÄ gelte es deshalb ggf. im Verhältnis des externen Arztes zum veranlassenden Krankenhaus auszugleichen, das die Leistungen nicht nur nachfrage, sondern sich insoweit auch wirtschaftlich entlaste. Kein niedergelassener Arzt müsste diese mit einem Gebührenabschlag versehenen Wahlleistungen zu Guns-

ten eines Krankenhauses erbringen, wenn er der Meinung sei, infolgedessen mit der Behandlung von Krankenhauspatienten nur ein unangemessenes Entgelt erzielen zu können. Vor diesem Hintergrund sei nach dem Vortrag des Beschwerdeführers auch nicht ersichtlich, dass ihn die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs unverhältnismäßig treffe. Soweit er einwende, dass mildere Mittel liege in einer Absenkung des Pflegesatzes, möge er auf eine systemgerechtere Ausgestaltung verweisen, die allerdings dem Gesetzgeber vorbehalten wäre. Angesichts seiner Verhandlungsposition gegenüber einem Krankenhaus, das auf Leistungen aus dem Gebiet der Pathologie angewiesen sei, richteten sich seine Einnahmen aber nicht zwingend nur nach § 6 a GOÄ. Zu welchen Konditionen die externe Leistung gegenüber dem Krankenhaus erbracht werde, beruhe auch auf den Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhaus und externem Arzt. Schließlich werde der Bereich der Privatpatienten mit Wahlleistungen nicht „sozialisiert", wenn § 6 a GOÄ auch auf den externen Arzt angewendet werde. Zum einen habe das nach den vom Beschwerdeführer vorgelegten Zahlen zu errechnende durchschnittliche Honorar pro Privatpatient aus einem anderen Krankenhaus 150,73 DM, bei den Kassenpatienten aber nur 115,77 DM betragen, so dass auch bei einem Gebührenabschlag die Leistung für den Privatpatienten mehr einbringe. Zum anderen sei der Beschwerdeführer auf Veranlassung eines Krankenhauses tätig geworden und nicht von einem Patienten in seiner Praxis kraft eigener Entschließung aufgesucht oder durch „Überweisung" eines niedergelassenen Arztes eingeschaltet worden. Die Leistungen würden durch unterschiedliche Nachfrager verursacht. Wenn Geschäftsbeziehungen mit Krankenhäusern einem Rabatt unterlägen, würden unterschiedliche Sachverhalte unterschiedlich behandelt. Die Gründe, die der Bundesgerichtshof für eine gleichmäßige Berechnung von Wahlleistungen im Interesse der Patienten aufgeführt habe, seien auch insoweit tragfähig.

Zielleistungsprinzip

Der Bundesgerichtshof hat sich in seinem Urteil vom 13.5.2004 – Az.: III ZR 344/03 – mit der Frage befasst, wie auf der Grundlage der GOÄ ein bestimmtes Verfahren zur Operation eines Schilddrüsenkarzinoms abgerechnet werden kann. Er hat dabei einen unorthodoxen Lösungsansatz gewählt. Seine Entscheidung wird in der Abrechnungspraxis zum Teil zu Unrecht auf andere Fallkonstellationen übertragen. In dem der Entscheidung zugrunde liegenden Fall hatte der behandelnde Chefarzt für die durchgeführte Operation („systematische Kompartmentausräumung mit weitgehender Freilegung von Blutgefäßen und Nervenbahnen") – jeweils unter Zugrundelegung des 3,5fachen Steigerungsfaktors – einmal GOÄ-Nr. 2757 („Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst..."), dreimal GOÄ-Nr. 2760 („Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Halsseite, als selbständige Leistung"), zehnmal GOÄ-Nr. 2583 („Neurolyse, als selbständige Leistung") und sechsmal GOÄ-Nr. 2803 („Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals, als selbständige Leistung") und damit insgesamt 5.185,83 Euro berechnet. Der BGH hat dagegen festgestellt, dass für die durchgeführte Operation Nr. 2757 GOÄ (originär) plus Nr. 2757 GOÄ analog (jeweils mit Faktor 3,5) anzusetzen ist. Daraus ergibt sich ein Ho-

norar von 1.509,64 Euro, also weniger als 30 Prozent der tatsächlich berechneten Vergütung. Der 3. Senat stellt zunächst fest, dass sich die Leistung nach den GOÄ-Nrn. 2760, 2583 und 2803 im Verhältnis zur „Zielleistung“ nach GOÄ-Nr. 2757 als unselbständige Teilleistungen und daher gemäß § 4 Abs. 2 a Satz 1 GOÄ nicht gesondert (neben GOÄ-Nr. 2757) berechnungsfähig darstellten. Er widerspricht damit der Auffassung der Vorinstanz, die trotz des unselbständigen Charakters der entsprechenden (Teil-)Leistungen den zusätzlichen Ansatz der entsprechenden Gebührenpositionen neben GOÄ-Nr. 2757 als zulässig angesehen hatte. Die Vorinstanz war dabei (im Anschluss an ein Sachverständigengutachten) von einem „Regelungsdefizit“ der Gebührenordnung ausgegangen, das es durch eine „verfassungskonforme Auslegung“ von § 4 Abs. 2 a und § 6 Abs. 2 GOÄ zu beheben gelte, um eine „leistungsgerechte Honorierung“ der durchgeführten Operation sicherzustellen. Die Legende von Nr. 2757 GOÄ (definiert 1982) – so die Vorinstanz – beziehe sich auf eine früher übliche (und auch heute noch praktizierte) Operationsmethode der „Thyreoidektomie mit einer unsystematischen Lymphadenektomie“. Die Operationsmethode „Kompartmentausräumung“ habe der Verordnungsgeber 1982 noch nicht gekannt. Sie erfordere einen Umgang mit Gefäßen und Nerven, der in GOÄ-Nr. 2757 nicht berücksichtigt sei. Die von Nr. 2757 GOÄ erfassten Maßnahmen stellten sich – so der Sachverständige – als „Teilmenge“ der tatsächlich durchgeführten Operation dar. Der Zeitaufwand der angewandten Methode sei mit zwei bis drei Stunden um das Zwei- bis Vierfache höher als der für die Operation nach Nr. 2757 GOÄ. Die GOÄ-Regelungen (Stichwort: Zielleistungsprinzip) stünden – so die Vorinstanz des Weiteren – bei starrer Anwendung nicht nur der ausreichenden Berücksichtigung medizinischen Fortschritts entgegen, sondern würden auch dem Recht des Patienten auf Leben und körperliche Unversehrtheit nicht gerecht und sicherten dem Arzt keine angemessene Vergütung seiner zusätzlichen Leistungen. Das Gericht habe die Aufgabe, eine leistungsgerechte Vergütung sicherzustellen. Daher sei es gerechtfertigt, die Leistungen nach den GOÄ-Nrn. 2760, 2583 und 2803 als selbständig und analog berechnungsfähig anzuerkennen. Dieser „Anmaßung“ der Vorinstanz widerspricht der BGH ausdrücklich. Die Bewertung ärztlicher Leistungen im Rahmen der GOÄ sei Sache des Verordnungsgebers. Eine Bindung an die Gebührenordnung bestehe nur dann nicht, wenn sie wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht – etwa Artikel 3 oder Artikel 12 GG – nichtig sei, was der Richter selbst feststellen könne. Entsprechende Grundrechtsverstöße seien hier aber nicht ersichtlich. Die von der Vorinstanz als Möglichkeit, zu einer angemessenen Honorierung zu gelangen, goutierte Abrechnung des Chefarztes berücksichtige nicht ausreichend die grundlegende Unterscheidung zwischen selbständigen und nichtselbständigen ärztlichen Leistungen und lasse daher außer Betracht, dass die Bewertung der Leistungen im Gebührenverzeichnis nicht in der Art eines Baukastensystems strukturiert sei. Abschließend konstatiert der BGH eine Regelungslücke, da es sich bei der angewandten Operationsmethode nicht lediglich um eine „besondere Ausführung“ der Leistung nach Nr. 2757 GOÄ handele. Die Lücke sei ge-

mäß § 6 Abs. 2 GOÄ durch den zusätzlichen analogen Ansatz von GOÄ-Nr. 2757 (neben GOÄ-Nr. 2757 originär) zu schließen.

Stellungnahme der PKV

Ob hier tatsächlich von einer Regelungslücke ausgegangen werden kann, erscheint durchaus zweifelhaft. Natürlich ist es für das Gericht schwierig, bei neuen Operationsverfahren festzustellen, ob es sich lediglich um eine „besondere Ausführung" einer bereits in der GOÄ erfassten Leistung handelt oder um eine neue Leistung, die noch keinen Eingang in das Gebührenverzeichnis gefunden hat. Letztlich sind die Richter hier den medizinischen Gutachtern „ausgeliefert". Begrüßenswert ist es in jedem Fall, dass der 3. Senat der (jeweils mehrfachen) Berechnung von Teilleistungen einer ebenfalls berechneten Zielleistung (ob analog oder originär) als Weg zur Kompensation einer (vermeintlich) unangemessenen Bewertung der Zielleistung eine klare Absage erteilt hat. Der „Lösungsweg" des BGH (im Ergebnis ein zweifacher Ansatz der Zielleistung) ist – vorsichtig ausgedrückt – originell. Es drängt sich der Verdacht auf, dass damit letztlich doch nur eine (aus Sicht des BGH) leistungsgerechte Vergütung sichergestellt werden soll. Dies entspricht aber letztlich dem Grundansatz der Vorinstanz, den der BGH ausdrücklich nicht mittragen wollte. Natürlich wird in der Praxis nunmehr versucht werden, die Entscheidung des BGH auf andere Sachverhalte zu übertragen. Dies ist aber allenfalls möglich, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

Der Rechnungssteller hat nachzuweisen, dass das angewandte Operationsverfahren

- bei In-Kraft-Treten der GOÄ 1982 noch nicht bekannt war,
- es sich nicht um eine „besondere Ausführung" einer im Gebührenverzeichnis erfassten Leistung handelt (also eine Regelungslücke die Anwendung des § 6 Abs. 2 GOÄ ermöglicht) und
- mit einem im Vergleich zu dieser Leistung zwei- bis vierfach höheren Zeitaufwand verbunden ist.

Abrechnung einer Lebertransplantation

Das Oberlandesgericht Hamm hat mit Urteil vom 8.11.2004 – Az.: 3 U 90/04 – die Leistungsklage eines Chefarztes (bzw. der von diesem beauftragten Verrechnungsstelle) zurückgewiesen, mit der das Honorar für eine Lebertransplantation geltend gemacht worden ist. Die berechneten Gebühren beliefen sich auf insgesamt 14.143,71 Euro, wovon alleine 12.240,33 Euro auf die Leistung „Lebertransplantation mit Explantation des Spenderorgans" entfielen, die der Arzt – entsprechend der gängigen und auf eine Empfehlung der Bundesärztekammer zurückgehenden Abrechnungspraxis – mit 60.000 Punkten (und dem 3,5fachen des Gebührensatzes) in Rechnung gestellt hatte (nach Gebührenminderung gemäß § 6 a GOÄ ergab sich ein Gesamtrechnungsbetrag von 10.607,78 Euro). Das OLG Hamm hat die Klageabweisung in erster Linie mit der Unwirksamkeit der zwischen Patient und Chefarzt abgeschlossenen Wahlleistungsvereinbarung begründet. Das Gericht macht aber auch Ausführungen zu

der Frage, ob eine Berechnung der Lebertransplantation mit 60.000 Punkten, statt mit der in der GOÄ vorgesehenen Gebührenposition (Nr. 3184 – „Lebertransplantation“), zulässig ist. Es widerspricht der diese Abrechnungspraxis goutierenden Auffassung des OLG Düsseldorf (Urteil vom 27.9.2001 – Az.: 8 U 181/00 –) und stützt die kritische Bewertung dieser Rechtsprechung durch die PKV (vgl. Rechenschaftsbericht 2002, S. 62 ff.). Der 3. Senat führt dazu zunächst aus, dass die Voraussetzungen für eine Abrechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ nach vorläufiger Bewertung nicht vorlägen, weil der Tatbestand der Lebertransplantation mit GOÄ-Nr. 3184 eindeutig im Gebührenverzeichnis erfasst sei. Man neige insoweit zu der Auffassung der Vorinstanz (LG Dortmund, Urteil vom 4.12.2003 – Az.: 2 O 244/03 –), wonach eine analoge Anwendung des § 6 Abs. 2 GOÄ ausscheide. Es liege schon keine planwidrige Regelungslücke vor, die Voraussetzung für eine solche analoge Anwendung sei. Allein mit der mangelnden Sachgerechtigkeit der Gebührenhöhe lasse sich die planwidrige Regelungslücke nicht bejahen. Wie das Landgericht teile man nicht die Auffassung des OLG Düsseldorf, dass sich allein aus der fehlenden Sachgerechtigkeit eine ausfüllungsbedürftige Regelungslücke ergeben könne. Auch der Bundesgerichtshof sei der Auffassung des OLG Düsseldorf insoweit nicht gefolgt. Gerichte seien grundsätzlich nicht befugt, die Entscheidung des Verordnungsgebers mit dem Hinweis auf die mangelnde Sachgerechtigkeit zu korrigieren; sie seien vielmehr an den Inhalt der Verordnung grundsätzlich gebunden. Diese grundsätzliche Bindungswirkung bestehe nur dann nicht, wenn sie wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht – etwa Artikel 3 oder Artikel 12 GG – nichtig sei. Anhaltspunkte dafür, dass sich hier ein Verstoß gegen höherrangiges Recht ergeben könne, z.B. dahingehend, dass nicht einmal die Selbstkosten des Arztes gedeckt seien, seien nicht dargelegt worden.

Ebenfalls mit der Frage der korrekten Abrechnung einer Lebertransplantation auf der Grundlage der GOÄ hat sich das Landgericht Kiel in seiner Entscheidung vom 15.10.2004 – Az.: 8 O 9/04 – auseinandergesetzt. Berechnet worden waren auch hier 60.000 Punkte (zehnmal GOÄ-Nr. 2630). Der Krankenversicherer hatte bei der Kostenerstattung stattdessen GOÄ-Nr. 3184 (zweimal zum 3,5fachen Gebührensatz) zugrunde gelegt. Das LG Kiel hat damit den Anspruch des Arztes als in voller Höhe erfüllt angesehen. Die beanspruchte zehnfache Berechnung der GOÄ-Nr. 2630 stehe ihm nicht zu. Nach § 612 Abs. 2 BGB gelte bei fehlender Vereinbarung über die Höhe der Vergütung, wie im vorliegenden Fall, bei Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung. Erst wenn eine solche Taxe nicht bestehe, gelte die übliche Vergütung als vereinbart. Eine Taxe in diesem Sinne bestehe in den Vorschriften der GOÄ. Auf diese werde sogar in der entsprechenden Wahlleistungsvereinbarung ausdrücklich verwiesen. Der Patient habe sich daher darauf verlassen dürfen, dass ihm keine höheren Leistungen in Rechnung gestellt würden als nach der GOÄ zulässig. Die GOÄ enthalte eine Regelung für die Berechnung einer Lebertransplantation, die allerdings nach allgemeiner Auffassung unzureichend sei. Die Tatsache, dass die Bewertung der GOÄ-Position für die Lebertransplantation nicht dem tatsächlichen

Aufwand entspreche, sei für sich genommen noch kein Grund, von der GOÄ grundlegend abzuweichen. Allenfalls unter den engen Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 GOÄ könnten selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen seien, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Es erscheine bereits fraglich, ob es sich bei den umfänglichen Aufwendungen für eine Lebertransplantation überhaupt um eine Leistung handele, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sei, da die Position 3184 GOÄ ausdrücklich als „Lebertransplantation“ bezeichnet sei. Jedenfalls sei jedoch die gewählte Abrechnungsweise keineswegs entsprechend den Vorschriften der GOÄ erfolgt; es handele sich nicht einmal um eine analoge Anwendung der GOÄ gemäß § 6 Abs. 2. Der Arzt habe sich bei seiner Abrechnung lediglich auf den Punktwert gestützt, der seiner Auffassung nach dem Aufwand der Lebertransplantation entspreche. Hierzu habe er mit GOÄ-Nr. 2630 eine Gebührenposition verglichen, die mit einer Lebertransplantation ersichtlich nichts zu tun habe. Diese sei dann verzehnfacht worden, um einen Punktwert von 60.000 Punkten zu erzielen. Nach § 6 Abs. 2 GOÄ könne jedoch eine ärztliche Leistung nur mit einer nach der Art gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Es sei nicht erkennbar, dass eine operative Rekonstruktion des Mittelgesichtes irgend etwas mit einer Lebertransplantation zu tun haben könne. Auch müsse die analog berechnete Leistung dem Zeitaufwand nach gleichwertig sein. Das sei – nach eigenem Vortrag des Klägers – bei GOÄ-Nr. 2630 im Verhältnis zur Lebertransplantation aber nicht der Fall, weil die operative Rekonstruktion des Mittelgesichts eben dem Zeitaufwand der Lebertransplantation nicht entspreche; vielmehr werde in der Rechnung erst durch die willkürliche Multiplikation mit dem Faktor 10 die Gleichwertigkeit scheinbar hergestellt. Da die Rechnung mithin schon formal wesentlich von der GOÄ abweiche, könne damit auch keine Fälligkeit im Sinne des § 12 Abs. 1 GOÄ begründet werden. Folge sei, dass der Arzt möglicherweise nicht das an Leistungen erhalte, was seinem Aufwand für die von ihm vorgenommene Operation entspreche. Diese möglicherweise unbillige Rechtsfolge sei jedoch hinzunehmen, da die Vorschriften der GOÄ sowohl für den Arzt als auch für den Patienten verbindlich seien. Der Patient, der die Wahlleistungsvereinbarung unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die GOÄ unterschrieben habe, der sich mit den Bestimmungen der GOÄ in der Regel nicht so genau auskenne, der der dringenden medizinischen Behandlung bedurft habe und sich somit in einer Notsituation befunden habe, müsse sich darauf verlassen können, dass die Abrechnung ärztlicher Leistungen nach eben dieser Gebührenordnung erfolge. Die GOÄ solle für beide Parteien Klarheit und Rechtsicherheit schaffen und sehe daher aus gutem Grund vor, dass die analoge Berechnung von Leistungen an enge Voraussetzungen gebunden sei. Es sei Sache des Verordnungsgebers, die Angemessenheit der Leistungen nach der GOÄ regelmäßig zu überprüfen, da in vielen Fällen der medizinische Fortschritt zu bestimmten Zeiten eine höhere Vergütung rechtfertigen würde. Im vorliegenden Fall sei dieses aus welchen Gründen auch immer nicht geschehen, wie sich

auch aus einer Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums vom 9.7.2001 ergebe. Auch wenn die Untätigkeit des Verordnungsgebers schon verwundere, seien dessen Festlegungen nach wie vor maßgeblich. Es komme hinzu, dass der Verordnungsgeber es offenbar sehenden Auges hinnehme, dass die GOÄ die Leistungen der Lebertransplantation nicht hinreichend honoriere. Gleichwohl sei es schon aus allgemeinen Gründen der Gewaltenteilung den Gerichten versagt, bewusste Entscheidungen des Verordnungsgebers – ob sachgerecht oder nicht – zu korrigieren. Es handele sich im vorliegenden Fall nicht um eine auslegungsbedürftige Lücke, bei der Gerichte nach dem Sinn und Zweck der Norm entsprechend dem Willen des Verordnungsgebers die Verordnung auslegen könnten. Die zehnfache Berechnung der GOÄ-Nr. 2630 würde weit über jegliche Auslegung der GOÄ hinausgehen und müsste als rein zweckorientiert, fast willkürlich, angesehen werden. Die Rechtssicherheit für den Patienten wäre ansonsten nicht mehr gewährleistet, er müsste in Anbetracht des schnell voranschreitenden medizinischen Fortschritts stets damit rechnen, dass die GOÄ-Sätze weit überschritten würden. Auch die Krankenversicherungen könnten ihre Beitragssätze nicht mehr zuverlässig kalkulieren.

Honorarvereinbarung eines Privatzahnarztes

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG, Entscheidung vom 25.10.2004 – Az.: 1 BvR 1437/02 –) hat der Beschwerde eines Zahnarztes stattgegeben, der sich dagegen gewehrt hatte, dass das Oberlandesgericht Hamm (Urteil vom 29.5.2002 – Az.: 3 U 26/00 –) eine mit einer Patientin geschlossene Honorarvereinbarung für unwirksam erklärt hatte. Das BVerfG hat die OLG-Rechtsprechung letztendlich mit der Schlussfolgerung aufgehoben, dass diese dem Zahnarzt zumuten würde, trotz besonderer Leistungsqualität unterhalb einer angemessenen Vergütung zu arbeiten, wenn er den Gebührenrahmen der GOZ nicht überschreiten könne. Die 2. Kammer des Ersten Senats hat eine Verletzung des Grundrechts des Zahnarztes aus Artikel 12 Abs. 1 GG (Berufsfreiheit) festgestellt und das Verfahren an das OLG zurückverwiesen. Gegenstand des Verfahrens beim OLG Hamm war eine Honorarvereinbarung über konservierende und prothetische zahnärztliche Maßnahmen. Danach sollten einzelne bezeichnete Leistungen nach wechselnden Steigerungsfaktoren im Rahmen zwischen dem 3,9- bis 8,2fachen des Gebührensatzes vergütet werden (Gesamtrechnungsbetrag: 118.102,21 DM). Das OLG hatte diese Vereinbarung für unwirksam erklärt, weil sie eine unangemessene Benachteiligung des Patienten darstelle (Verstoß gegen § 9 Abs. 2 Nr. 1 AGBG). Es war davon ausgegangen, dass die Vereinbarung dem AGB-Gesetz (seit dem 1.1.2002 mit gleichbleibendem Regelungsgehalt in die §§ 305 ff. BGB übernommen) unterliege, da der Zahnarzt ein „Aushandeln“ (i.S.d. § 1 Abs. 2 AGBG) nicht habe nachweisen können. Ein „Aushandeln“ erfordere, dass das Überschreiten des Gebührenrahmens der GOZ ernsthaft vom Zahnarzt zur Disposition gestellt und dem Patienten eine Gestaltungsfreiheit zur Wahrung der eigenen Interessen mit der realen Möglichkeit, die inhaltliche Ausgestaltung der Vertragsbedingungen zu beeinflussen, eingeräumt werde. Mit seiner Verfassungsbeschwerde rügte der Zahnarzt die Verletzung verschiedener Grundrechte

und trug dabei insbesondere vor, dass bereits die Darstellung des Tatbestandes im Urteil des OLG nicht korrekt sei. Es werde nicht erwähnt, dass der Honorarvereinbarung ein auf die Patientin bezogener konkreter Behandlungsplan zugrunde gelegen habe. Schon hieraus ergebe sich, dass es sich bei der Vereinbarung um eine Individualabrede gehandelt habe. Außerdem gab der Zahnarzt an, weit überdurchschnittliche Qualität mit entsprechendem Praxis- und Zeitaufwand zu erbringen und Patienten mit besonders schwerem Krankheitsbild zu behandeln. Nach Auffassung des BVerfG verletzt die Entscheidung des OLG Hamm den Beschwerdeführer in seinem Recht aus Artikel 12 Abs. 1 GG. Die 2. Kammer des Ersten Senats stellt zunächst fest, dass die im Rahmen des vorliegenden Falles entscheidungserheblichen Fragen zum Recht auf Berufsfreiheit durch das BVerfG bereits entschieden worden seien. Das Grundrecht auf Artikel 12 Abs. 1 GG umfasse auch die Freiheit, das Entgelt für berufliche Leistungen selbst festzusetzen oder mit denen, die an diesen Leistungen interessiert seien, auszuhandeln. Vergütungsregelungen seien daher nur dann mit Artikel 12 Abs. 1 GG vereinbar, wenn sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruhten, die durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt werde und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genüge. Die Grenzen der Zumutbarkeit habe das BVerfG dort gesehen, wo unangemessen niedrige Einkünfte zugemutet würden und auf der Grundlage der bestehenden Vergütungsregelung eine wirtschaftliche Existenz generell nicht möglich sei. GOZ und AGB-Gesetz (AGBG) seien von Verfassungs wegen ebenso wenig zu beanstanden wie die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, wonach ein Überschreiten des Gebührenrahmens der GOZ in Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) nicht möglich sei. Die Anwendung des AGBG auf Honorarvereinbarungen begegne keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Dass ein Zahnarzt eine Vereinbarung nur in Form einer Individualabrede treffen könne, belaste den Berufsstand nicht unverhältnismäßig. Es werde damit dem Schutzbedürfnis des Patienten Rechnung getragen. Ausgehend von diesen Grundsätzen kommt das Gericht dann zu der Bewertung, dass die Anforderungen des OLG Hamm an die tatbestandlichen Voraussetzungen einer Individualabrede dem Maßstab des Artikels 12 Abs. 1 Satz 1 GG nicht gerecht würden. Bestimmte Teile der Vereinbarungen seien aufgrund der gesetzlichen Vorgaben ohnehin einer „Individualisierung“ nicht zugänglich. Seien diese vorformuliert, könne hierin kein Indiz für das Vorliegen von AGB gesehen werden. Die Kriterien des OLG für ein „Aushandeln“ fänden in der maßgeblichen Regelung (§ 2 GOZ) keine Stütze und seien auch verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen. Auch die Beweislastzuordnung des OLG sei nicht gerechtfertigt, da es keine Möglichkeit zu vertraglicher Fixierung des Vorgangs des Aushandelns gebe. Die Gebührenmarge bei Zahnärzten sei besonders schmal. Für überdurchschnittliche Fälle stehe nur der Rahmen zwischen 2,4- und 3,5fachem des Gebührensatzes zur Verfügung, weil ein Absinken unter die Honorierung, die auch die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung stelle (nämlich den 2,3fachen Satz), wohl kaum noch als angemessen zu bezeichnen sei. Es bestehe also innerhalb des gesetzlichen Rahmens wenig Spielraum für die Berücksich-

tigung qualitativer Besonderheiten. Wo aber wegen besonderen Aufwandes eine angemessene Vergütung durch den vorgegebenen Gebührenrahmen nicht mehr gewährleistet sei, bedürfe es einer Öffnungsklausel, die im Einzelfall ein Abweichen erlaube. Damit werde sichergestellt, dass dem Leistungserbringer nicht unangemessen niedrige Vergütungssätze oder von ihm abgelehnte Leistungsstandards zugemutet würden. Nach den Kriterien des OLG sei von einer Individualvereinbarung nur auszugehen, wenn die Gebührensätze ernsthaft zur Disposition des Patienten gestellt würden, dem Patienten also ein „Mitspracherecht" zur Angemessenheit der Bezahlung eingeräumt werde; es müsse also „gefeilscht" werden, wobei der Vorgang nicht im Vertrag selbst dokumentiert werden dürfe, also vor Zeugen geschehen müsse. Damit werde das von der Berufsausübungsfreiheit umfasste Preisbestimmungsrecht faktisch ausgehöhlt. Es sei nicht gewährleistet, dass überhaupt noch Raum für individuelle Vereinbarungen bleibe. Die Beweislastverteilung des OLG habe zusätzliche Eingriffqualität im Hinblick auf das Grundrecht des Artikels 12 Abs. 1 GG. Eine Honorarvereinbarung sei typischerweise – auch wenn sie auf einem Vordruck festgehalten werde – auf den konkreten Behandlungsfall abgestimmt. Nehme die Vereinbarung auf einen Heil- und Kostenplan Bezug, könne schon dies – je nach den Umständen des Einzelfalls – gegen das Vorliegen Allgemeiner Geschäftsbedingungen sprechen. Insgesamt seien die Anforderungen, die das OLG im Vorfeld von Vergütungsvereinbarungen an das Vorliegen einer Individualabrede stelle, so hoch, dass es praktisch kaum noch zu beweisbaren Vereinbarungen kommen könne, die einer Überprüfung durch die Gerichte Stand hielten. Dem Beschwerdeführer werde infolge dieser Rechtsprechung zugemutet, trotz Erbringung überdurchschnittlich qualifizierter und zeitaufwendiger Leistungen unterhalb einer angemessenen Vergütung zu arbeiten oder seine Leistungen dem vorgegebenen Rahmen des 1- bis 3,5fachen anzupassen. Einschränkungen des Rechts zur Entgeltforderung seien nur dort gerechtfertigt, wo die Gebührenordnung dem Gemeinwohlbelang eines Ausgleichs der berechtigten Interessen der Leistungserbringer und der Patienten diene. Es seien jedoch keine schutzwürdigen Interessen der Patienten erkennbar, die eine Individualvereinbarung nur dann zuließen, wenn der Preis zur Verhandlungssache erklärt werde. Dem Patienten stehe es frei, die Leistung eines anderen Anbieters „einzukaufen", wenn ihm der Preis zu hoch sei.

Stellungnahme der PKV

Bei der Prüfung von Grundrechtsverletzungen im Rahmen eines Verfassungsbeschwerdeverfahrens ist regelmäßig eine Abwägung unterschiedlicher Interessen vorzunehmen. Das BVerfG hat in seiner Entscheidung die Position des Zahnarztes gestützt und das Patienteninteresse zurückgestellt. Dies wird je nach Blickwinkel positiv oder negativ bewertet werden. Problematisch erscheint allerdings, dass die 2. Kammer des Ersten Senats offensichtlich nonchalant mit den Fakten umgegangen ist. Wie sonst wäre es zu erklären, dass das Gericht davon ausgeht, dass (wobei es nur um eine Durchschnittsbetrachtung gehen kann) der 2,3fache GOZ-Gebührensatz dem Vergütungsniveau der gesetzlichen Krankenkasse entspricht? Wie sie zu dieser Erkenntnis kommt, verrät die Kam-

mer nicht. Offensichtlich stützt sie sich lediglich auf Behauptungen des Beschwerdeführers (bzw. zahnärztlicher Institutionen). Wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht werdende Studien kommen dagegen zu anderen Ergebnissen. So hat das renommierte „Internationale Institut für empirische Sozialökonomie (inifes)“ im Jahr 2002 in einer Untersuchung festgestellt, dass bei einem Gebührensatz von 1,7 der Zahnarzt im Durchschnitt noch fast 5 Prozent mehr an Honorar erhält als für die Behandlung von Kassenpatienten (vgl. PKV-Publik 7/02, S. 83). Es ist nicht ersichtlich, dass seitdem die Kassenvergütungen spürbar erhöht worden sind. Ebenso verwunderlich ist es, dass die Kammer einfach davon ausgegangen ist, dass die Qualität der Behandlung durch den Beschwerdeführer tatsächlich weit überdurchschnittlich und nur mit entsprechend hohem Praxis- und Zeitaufwand zu erreichen ist. Sofern die Leistungen des Zahnarztes von hoher Qualität sind (was gar nicht bezweifelt werden soll), stellt sich doch die Frage, ob dieser Qualitätsstandard tatsächlich nur mit einem ganz ungewöhnlichen Praxis- und Zeitaufwand erreicht werden kann. Auch ist zu hinterfragen, ob der hohe Aufwand für den Patienten mit einem nachweisbaren klinischen Nutzen verbunden ist und sollte dies der Fall sein, wie sich die Kosten-Nutzen-Relation darstellt. Der Beschwerdeführer ist reiner „Privatzahnarzt“ (hat also keine Kassenzulassung). Bisher äußerten sich die Privatzahnärzte immer dahingehend, dass sie nach überdurchschnittlicher Behandlungsqualität „strebten“. Wären sie ihrer Sache sicher, spräche ja nichts dagegen, quasi als weitere Gegenleistung angesichts der horrenden Vergütungen eine langfristige Gewährleistung oder Garantie für die Behandlungsergebnisse zu übernehmen. Solche Zusagen sind aber nicht bekannt. Vor diesem Hintergrund erscheint die für die Urteilsfindung besonders bedeutsame Schlussfolgerung der Kammer, dass dem Zahnarzt infolge der OLG-Rechtsprechung zugemutet werde, trotz besonderer Leistungsqualität unterhalb einer angemessenen Vergütung zu arbeiten, wenn er den Gebührenrahmen der GOZ nicht überschreiten könne, doch sehr fragwürdig. Eine faktische Bindung an die Gebührensätze der GOZ gibt es im Übrigen ja auch nicht. Die Rechtsprechung negiert nicht die vom Gesetzgeber vorgegebene Möglichkeit des Abschlusses einer Honorarvereinbarung. Sie soll aber – und das ist offensichtlich auch die Sicht des Gesetzgebers – Ausnahmecharakter haben. Es spricht daher auch vieles dafür, durchaus hohe Anforderungen an die „Individualität“ bei solchen Vereinbarungen zu stellen. Hat der Patient praktisch keine Möglichkeit auf die Gestaltung der Vergütungssätze im Rahmen einer Honorarvereinbarung Einfluss zu nehmen, macht es letztendlich keinen Unterschied, ob diese generell, also unstrittig im Sinne von AGB, festgelegt sind (z.B. grundsätzlich sechsfacher Gebührensatz für alle Leistungen) oder ob der Zahnarzt völlig einseitig, aber differenziert, d.h. von Leistung zu Leistung unterschiedlich, die entsprechenden Steigerungsfaktoren festlegt. Warum der Patient im letzteren Fall weniger schutzbedürftig sein soll als im ersteren (das BVerfG rechtfertigt ja selbst die Anwendung des AGB-Gesetzes auf Honorarvereinbarung mit dem Schutzbedürfnis des Patienten), ist nicht nachvollziehbar. Der platte Hinweis der Kammer, dem Patienten stehe es ja frei, die Leistungen eines ande-

ren Anbieters „einzukaufen“, wenn ihm der Preis zu hoch sei, könnte genauso gut als Argument für die Forderung nach einem völligen Verzicht auf eine gesetzliche Reglementierung der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen gegenüber Selbstzahlern dienen. Diesen Weg befürwortet das Gericht aber offensichtlich nicht. Natürlich liegt die Annahme nicht fern, dass die Entscheidung des BVerfG von den Zahnärzten als Aufforderung verstanden wird, massiv vom Instrument der Honorarvereinbarung Gebrauch zu machen (Äußerungen in der Standespresse weisen bereits diesen Weg). Dem Patienten kann hier nur zur Vorsicht geraten werden. Dies gilt auch für diejenigen, deren Versicherungsschutz in der PKV nicht auf den Gebührenrahmen der GOZ beschränkt ist. Ein besonderer Aufwand bei der Behandlung allein rechtfertigt nicht in jedem Falle einen entsprechend erhöhten Leistungsanspruch gegen den Krankenversicherer. Übersteigt eine Behandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Es kann dem Patienten nur geraten werden, sich von vollmundigen Aussagen und einem vordergründig beeindruckenden Praxisaufwand nicht zum übereilten Abschluss von Honorarvereinbarungen verleiten zu lassen, sondern sich vorher intensiv mit seinem Versicherer zu beraten. So ist er am ehesten vor bösen (finanziellen) Überraschungen gefeit.

Auslagenersatz nach GOZ

Mit Urteil vom 27.5.2004 – Az.: ZR 264/03 – hat der BGH für eine Klärung der strittigen Frage gesorgt, in welchem Umfang Zahnärzte bei der Behandlung von Privatpatienten Materialkosten in Rechnung stellen dürfen. Der 3. Senat hat zunächst festgestellt, dass der Bereich der Materialkosten in der GOZ anders geregelt ist als in der GOÄ. Während in der GOÄ die gesonderte Berechnungsfähigkeit von Materialkosten die Regel und die Abgeltung mit den Gebühren für die ärztlichen Leistungen die Ausnahme darstellt, ist das Regel-Ausnahme-Verhältnis in der GOZ umgekehrt angelegt. Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind entsprechende Kosten grundsätzlich mit den Gebühren für die zahnärztlichen Leistungen abgegolten, es sei denn, im Gebührenverzeichnis ist ausdrücklich festgelegt, dass die Materialien gesondert berechnungsfähig sind. Grundsätzlich können neben den Gebühren angemessene Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden (§ 9 GOZ). Im Gebührenverzeichnis sei – so der BGH – an verschiedenen Stellen die gesonderte, vom Grundsatz des § 4 Abs. 3 GOZ abweichende Berechnungsfähigkeit von Materialien vorgesehen (z.B. bei den GOZ-Nrn. 213, 214, 219). Da die Regelung über die gesonderte Berechnungsfähigkeit von Materialien also auf einzelne im Gebührenverzeichnis aufgeführte zahnärztliche Leistungen bezogen sei, müsse davon ausgegangen werden, dass andere in der Praxis des Zahnarztes verwendete Materialien, die im Gebührenverzeichnis nicht genannt seien, mit den Gebühren abgegolten seien. Dabei komme es im Einzelnen nicht darauf an, die Begriffe der Praxiskosten und des Sprechstundenbedarfs (die in § 4 Abs. 3 GOZ verwendet werden) für die Zwecke der Gebührenordnung begrifflich näher zu umreißen. In der Fachliteratur werde zuweilen die Auffassung vertreten, dass es im Gebührenverzeichnis nicht bezeichnete Materialien gäbe, die weder als

Praxiskosten noch als Sprechstundenbedarf zu qualifizieren und daher durch die Gebühr nicht abgegolten und entsprechend gesondert berechnungsfähig seien. Damit würde jedoch in die Abrechnung und Anwendung der Gebührenordnung eine Unsicherheit hineingetragen, die der Verordnungsgeber gerade habe vermeiden wollen. Auch die Hervorhebung der nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Materialien in § 10 Abs. 2 Nr. 6 GOZ füge sich in die vorgeschrieben Systematik ein. Eine Absage hat der BGH der Auffassung erteilt, die Bestimmung des § 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ sei bei der Beantwortung der Frage, ob bestimmte Materialien gesondert berechnungsfähig seien, grundsätzlich als Leitlinie heranzuziehen. Dies entspreche nicht dem unterschiedlichen Aufbau der beiden Gebührenordnungen. Die grundsätzliche Anwendung des § 10 GOÄ lasse sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Gleichbehandlung von Ärzten und Zahnärzten rechtfertigen. Denn es führe kein Weg daran vorbei, dass der Verordnungsgeber durch die Anknüpfung der Berechnungsfähigkeit von Materialien an bestimmte zahnärztliche Leistungen im Übrigen den Grundsatz der Kostenabgeltung durch die Gebühren verfolgt habe. Seien aber die Gebühren im zahnärztlichen Bereich so bemessen, dass eine gesonderte Berechnung von Materialien nur bei ganz bestimmten Leistungen vorgesehen sei, könne diese Entscheidung des Verordnungsgebers nicht durch ergänzende oder analoge Anwendung des § 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ unterlaufen werden. Die gesonderte Berechnungsfähigkeit von Materialkosten richte sich allerdings auch bei einer zahnärztlichen Behandlung dann nach den Grundsätzen des § 10 GOÄ, wenn die Materialien im Zusammenhang mit einer Leistung verwendet würden, die der Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ unter Zugriff auf eine Gebührenposition aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ berechnen dürfe. Soweit dem Zahnarzt die GOÄ eröffnet sei, könne er nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ auch die Kosten eines mit der einmaligen Anwendung verbrauchten Artikels berechnen, der nicht zu den in § 10 Abs. 2 GOÄ aufgeführten Kleinartikeln gehöre.

Hinsichtlich der streitgegenständlichen Kosten für „ossäre Aufbereitungsinstrumente“, die bei der Erbringung implantologischer Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ) Verwendung gefunden haben, ergäbe sich aus der vom BGH dargelegten Systematik eine Abgeltung mit den entsprechenden Gebühren. In dem Urteil wird auch auf eine Reihe von – auch obergerichtlichen – Urteilen verwiesen, die dies festgestellt haben. Demgegenüber sieht es der Bundesgerichtshof als notwendig an, unter bestimmten Umständen eine Ausnahme von dem in der GOZ festgelegten Regelungsprinzips zuzulassen. Dies erscheint schon deshalb fragwürdig, weil das Gericht damit die Rolle des Gesetzgebers übernimmt. Ausgangspunkt für den BGH ist der Vergleich der Kosten der verwendeten Einmalgeräte mit den Gebühren für die zahnärztlichen Leistungen, bei deren Erbringung sie verwendet wurden. Im konkreten Fall machten die Kosten der entsprechenden Bohrer rund 50 bis 58 Prozent der mit dem 3,5fachen Steigerungsfaktor berechneten Gebühren aus. Hätte der Zahnarzt dagegen beispielsweise den Regel-

höchstsatz (Steigerungsfaktor 2,3) angesetzt, hätten sich die Bohrerkosten auf Anteile zwischen 75 und 89 Prozent belaufen. Dem 3. Senat erscheint es ausgeschlossen, dass der Verordnungsgeber Kosten in dieser Größenordnung, die zu den üblichen Kosten der Praxis und des Sprechstundenbedarfs hinzuträten, vor Augen gehabt habe, also er (nur) die gesonderte Berechnungsfähigkeit von Implantaten und Implantatteilen geregelt habe. Letztlich komme es aber nicht darauf an, ob von einer wirklichen Regelungslücke auszugehen sei oder nur von einer fehlerhaften Einschätzung der mit implantologischen Leistungen verbundenen Kosten. Angesichts des Missverhältnisses zwischen Kosten und Honoraren könnten die Zahnärzte nicht auf eine Neuregelung durch den Verordnungsgeber verwiesen werden. Die Gestaltung von Gebühren, die im Rahmen des 2,3fachen Gebührensatzes zu Anteilen von 75 Prozent und mehr vom Einsatz einmalig verwendbarer Werkzeuge aufgezählt würden, begegne insbesondere dann verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn – wie hier – ein Zahnarzt betroffen sei, dessen Tätigkeitsschwerpunkt auf dem Gebiet der Implantologie liege. Eine solche Gebührengestaltung entferne sich so weit von einer sachgerechten Regelung, dass es nicht erforderlich erscheine, die Gebührenkalkulation in Bezug auf Praxiskosten und Sprechstundenbedarf weiter aufzuklären und zu der positiven Feststellung zu gelangen, der Zahnarzt müsse bei Tätigkeiten der angesprochenen Art zulegen. Vielmehr sei das objektiv festzustellende Regelungsdefizit dahin zu schließen, dass so ins Gewicht fallende Kosten von Einmalwerkzeugen in erweiternder Auslegung der Allgemeinen Bestimmung Nr. 2 des Abschnitts K gesondert berechnet werden dürften.

Kosten für die Einlagerung von Implantaten sind nach Feststellung des BGH nicht gesondert berechnungsfähig. Selbst wenn man einräume, dass eine Bevorratung von Implantaten in der Zahnarztpraxis aus betriebswirtschaftlicher Sicht Kosten auslöse, die zu den Erwerbskosten für Implantate hinzuträten, handele es sich doch, wie auch bei der Bevorratung anderer für den Sprechstundenbedarf voraussichtlich erforderlicher Artikel, um typische Praxiskosten, die mit den Gebühren abgegolten seien.

2. Krankenhausfragen

a) Krankenhauspolitik und Krankenhausrecht

2. Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG)

Zur weiteren Fortentwicklung der Rahmenbedingungen für die Einführung des DRG-Systems in den Krankenhäusern verabschiedete das Bundeskabinett am 28.7.2004 den Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz, 2. FPÄndG). Infolge zahlreicher Veränderungsvorschläge und -anträge und nach Durchführung eines Vermittlungsverfahrens, dessen Ergebnissen Bundestag und Bundesrat Ende November zustimmten, kann das Zweite Fallpauschalenände-

rungsgesetz zum Jahreswechsel 2004/2005 in Kraft treten. Wichtige Regelungen des Gesetzes sind:

– Die Konvergenzphase wird um zwei Jahre bis zum 1.1.2009 verlängert, der Einstiegswinkel im Jahr 2005 auf 15 Prozent verringert und die Konvergenzquoten der Folgejahre abgeflacht. Die Budgetanpassungen der Kliniken erfolgen somit in einem fünfstufigen Anpassungsprozess mit den Konvergenzstufen: 15 Prozent in 2005, je 20 Prozent in den Jahren 2006 bis 2008 und 25 Prozent im Jahr 2009.

– Aufgrund einer Forderung des Bundesrates wird eine sukzessiv ansteigende Obergrenze zur Limitierung konvergenzbedingter Verluste eingeführt. Diese begrenzt den Angleichungsbedarf in Richtung Zielwert bei Krankenhäusern, deren Erlösbudget vermindert wird, auf höchstens 1,0 Prozent in 2005, 1,5 Prozent in 2006, 2,0 Prozent in 2007, 2,5 Prozent in 2008 und 3,0 Prozent in 2009.

– Bei der Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts ist die Erlössumme, die voraussichtlich in einem Jahr aufgrund der jeweiligen Obergrenze bei den Krankenhäusern im Land insgesamt nicht budgetmindernd wirksam wird, abzuziehen.

– Die Konvergenzautomatik wird um die Möglichkeit der Einbeziehung von Leistungsmehrungen und -wegfällen ergänzt. Dabei werden die Veränderungen mit folgenden Finanzierungsquoten berücksichtigt: 33 Prozent für 2005, 50 Prozent für 2006, 65 Prozent für 2007, 80 Prozent für 2008 und 100 Prozent für 2009.

– Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen wird beim einzelnen Krankenhaus im Ausgangsbudget voll berücksichtigt und nicht nur – wie nach der vorher geltenden Rechtslage – im Zielwert des Landesbasisfallwerts.

– Bei Kliniken, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, wird das DRG-Erlösbudget je vollstationären Fall um 50 Euro gemindert.

– Um die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwertes zu erleichtern, räumt das 2. FPÄndG die Möglichkeit ein, für definierte Tatbestände und Voraussetzungen im Folgejahr Berichtigungen und Ausgleiche vorzunehmen (Fehlschätzungsbereinigung).

– Es wird klargestellt, dass die Vertragsparteien auf Landesebene bei Nichteinigung zum Landesbasisfallwert die Schiedsstelle anrufen können. Ausdrücklich ist nunmehr von einer der Vertragsparteien eine Genehmigung des geeinigten oder durch die Schiedsstelle festgesetzten Landesbasisfallwerts bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Im Klagefall ist der Verwaltungsrechtsweg nur für die Vertragsparteien auf Landesebene gegeben. Eine Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

– Für den Fall, dass ein Landesbasisfallwert nicht früh- bzw. rechtzeitig vereinbart wird, wird das Bundesgesundheitsministerium ermächtigt, für 2005 vorläufige landesweite Basisfallwerte festzulegen.

– Die Ausbildungsfinanzierung erfolgt durch ein separates, krankenhausindividuell zu vereinbarendes Ausbildungsbudget. Ab 2006 sind dabei die auf der Bundesebene festzulegenden Richtwerte zu beachten. Nach Beendigung der Konvergenzphase 2009 sollen die Richtwerte auf verbindliche Kostenpauschalen umgestellt werden.

– Bei Vereinbarung zusätzlicher Leistungen mit sehr hohem Sachkostenanteil, wie z.B. Transplantationen, haben die Vertragsparteien entsprechend bessere Finanzierungsquoten zu vereinbaren. Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte sind zu 100 Prozent zu berücksichtigen; Mindererlöse in diesem Bereich werden nicht retrospektiv ausgeglichen. Die Mehrerlösausgleichsregelungen für die genannten Leistungen werden verbessert.

– Die Öffnungsklausel für noch nicht vom DRG-System erfasste Leistungen, für die krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart werden können, gilt nunmehr unbefristet.

– Die Möglichkeit, für innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, klinikindividuelle Entgeltvereinbarungen zu treffen, wird vereinfacht.

– Für die sachgerechte Vergütung hochspezialisierter und wegen ihrer Komplexität extrem teurer Leistungen, die von spezialisierten Kliniken mit überregionalem Einzugsgebiet erbracht werden, wird den örtlichen Vertragsparteien die Möglichkeit eröffnet, in eng begrenzten Ausnahmefällen die Fallpauschalenvergütung durch die krankenhausbezogene Vereinbarung eines Zusatzentgeltes zu erhöhen.

Stellungnahme der Kostenträger

Die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und der PKV-Verband haben das 2. FPÄndG scharf kritisiert. Sie fürchten, dass die Verzögerungen und die zahlreichen Ausnahmeregelungen bei der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen, das Vorhaben, mit dem neuen leistungsbezogenen Vergütungssystem mehr Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit zu schaffen, konterkarieren und die Ausgaben für Krankenhausbehandlung in die Höhe treiben.

Wahlleistung Unterkunft

Im Anschluss an die Darstellung im Rechenschaftsbericht 2003 ist zu ergänzen, dass die gemäß § 22 Bundespflegesatzverordung (BPflV) bzw. § 17 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgeschlossene Gemeinsame Empfehlung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft

(DKG) und dem PKV-Verband im Jahr 2004 in der Praxis weithin als Grundlage für Verhandlungen über die angemessene Höhe der Zimmerzuschläge von den Krankenhäusern akzeptiert worden ist. In der Folge kam es einerseits vielfach zu einer Absenkung der Höhe der Zimmerzuschläge, andererseits wurde ein deutlicher Trend zur Verbesserung der gebotenen Leistungen sichtbar. Gerichtliche Auseinandersetzungen über die Höhe der Zimmerzuschläge mussten, wenn auch zunehmend, letztlich nur in relativ geringem Umfange geführt werden. Inhaltlich geht es in diesen Verfahren nicht nur um die Frage angemessener Bewertungen für zusätzlichen Komfort, sondern häufig auch um die Frage der zulässigen Höhe der Basispreise, da es in diesem Bereich durchaus zu Unregelmäßigkeiten gekommen ist. Zum 1.1.2005 ist mit der DKG eine weitere Erhöhung der Komfortbewertungen um 0,9 Prozent vereinbart worden. Um diesen Satz werden die Komfortanteile der Zimmerzuschläge derjenigen Krankenhäuser erhöht, bei denen Einvernehmen über die Höhe der Komfortbewertungen besteht.

Krankenhäuser in den neuen Bundesländern
Investitionsprogramme gem. Art. 14 GSG

Mit Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) kommt der Gesetzgeber seit 1995 seiner bereits in Art. 33 Abs. 1 des Einigungsvertrages festgelegten Aufgabe nach, das Niveau der stationären Versorgung der Bevölkerung in den östlichen Bundesländern zügig und nachhaltig zu verbessern. Dazu wurden in der Vergangenheit regelmäßig Investitionsprogramme aufgestellt. Die Verbände der GKV und über die Landesausschüsse auch der Verband der PKV haben ein zwingendes und direktes Mitspracherecht. Die zuständigen Landesministerien schufen dazu sog. „Art. 14 GSG-Kommissionen", die die Investitionsprogramme gestalteten. Die Teilnahme an den Kommissionen wird für den PKV-Verband durch das Büro Berlin sichergestellt. Diese Rechtssituation wurde zum 31.12.2004 mit erheblichen Folgewirkungen geändert. Das Gesetz zur Fortführung des Solidarpaktes, zur Neuordnung des bundesstaatlichen Finanzausgleiches und zur Abwicklung des Fonds Deutsche Einheit (Solidarpaktfortführungsgesetz – SFG) sieht zwar vor, dass die Länder weiterhin Bundeszuschüsse erhalten. Diese sind auch bis einschließlich 2004 der Höhe nach für jedes Bundesland individuell festgeschrieben (vgl. § 11 Abs. 4 des Finanzausgleichgesetzes geändert durch Art. 1 des SFG). Die Zweckbindung „Krankenhausinvestitionen" entfällt jedoch. Die Zuschüsse dienen dem Aufbau Ost und sind damit auch in anderen Investitionsprogrammen der jeweiligen Länder einsetzbar. Krankenhausinvestitionsprogramme im Rahmen der „Art. 14 GSG-Kommissionen" waren nur noch bis zum 31.12.2004 aufzustellen. Der Freistaat *Thüringen* hat als erstes Bundesland auf die veränderte Situation reagiert. Zunächst sah die Landesregierung vor, die bisherige Vereinbarung zu Art. 14 GSG zu prolongieren, d.h. die Kostenträger sollten trotz Wegfalls der entsprechenden Rechtsgrundlage weiterhin bei der Aufstellung der Investitionsprogramme beteiligt werden, und zwar dergestalt, dass Einvernehmen herzustellen war. Zum Abschluss einer solchen Vereinbarung kam es dann jedoch nicht mehr. Die Landesregierung wollte im Hinblick auf die veränderte Rechtslage den Kostenträgern nur noch ein

Beteiligungsrecht zusprechen. Dies wurde aber von allen Kostenträgern abgelehnt. Das "Art. 14 GSG-Gremium“ wäre quasi leergelaufen. Nunmehr ist dieses Gremium nur noch für die Entlastung der Krankenhausgesellschaft Thüringens zuständig, die die Benutzerentgelte bei den Krankenhäusern einzieht. Auch in *Berlin* wird derzeit über die Fortführung des Gremiums diskutiert. Seitens der Senatsverwaltung liegt ein Vereinbarungsentwurf vor, der ein nachhaltiges Beteiligungsrecht der Kostenträger vorsieht und der der Senatsverwaltung erst nach Ablauf von drei Jahren ein endgültiges und alleiniges Entscheidungsrecht einräumt. Dieser Entwurf befindet sich noch in der Abstimmung. Die *weiteren Ost-Bundesländer* erarbeiten zwar derzeit Investitionsprogramme, haben aber noch keine Regelungen gefunden, wie die Beteiligung der Kostenträger und auch der Krankenhausgesellschaften erfolgen wird.

Krankenhausplanung

Wie der Berliner Senat bei der Erstellung des Krankenhausplanes 2003 beschlossen hatte, wurde im Jahre 2004 das Kardiologiekonzept für *Berlin* verabschiedet. Ziel des Konzeptes ist die Sicherstellung einer qualitätsgerechten und leitlinienorientierten Behandlung aller Berliner Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Behandlung herzkranker Patienten soll künftig nach einheitlichen Kriterien gesteuert werden. Das Konzept sieht vor, dass in Kliniken mit kardiologischen Abteilungen Ärzte mit dem Schwerpunkt Kardiologie sowie einer Spezialisierung auf Eingriffe an den Herzkranzgefäßen arbeiten. Die Kliniken müssen ein Herzkatheterlabor mit zwei Messplätzen und einer 24-Stunden-Bereitschaft für Notfälle vorhalten. Bei Erarbeitung des Konzeptes gab es in Berlin 19 stationäre Kardiologien mit 1.700 Betten. Die Anzahl der Abteilungen wird sich bei Anwendung des Konzeptes nahezu halbieren. Dennoch musste die Gesundheitsbehörde in Berlin Unter- und Fehlversorgung feststellen. Etwa. 15 Prozent der Patienten, die mit einem Herzinfarkt behandelt wurden, seien schlecht versorgt gewesen. *Brandenburg* setzte in 2004 den 2. Krankenhausplan weiter um und realisiert die abteilungsbezogenen Prüfaufträge. *Mecklenburg-Vorpommern* erarbeitete den 4. Krankenhausplan. Zunächst war beabsichtigt „gemeinsame Grundsätze“ aller Beteiligten zu erarbeiten. Diese konnten jedoch nicht realisiert werden. Die Krankenhausgesellschaft forderte eine Art Bestandsgarantie für den Erhalt der Krankenhäuser. Die Kostenträger lehnten zu Recht arbeitsmarktpolitische Aspekte bei der Krankenhausplanung ab. Das Ministerium wird nunmehr abschließend die Planungsgrundsätze festlegen. *Sachsen-Anhalt* änderte sein Krankenhausgesetz. Der Gesetzentwurf wurde innerhalb eines Monats im Parlament diskutiert und angenommen. Damit wird eine breite Zustimmung für das Gesetz auch unter den Rahmenbedingungen des neuen diagnoseorientierten Fallpauschalensystems sichtbar. Wichtige Neuerung ist die gleichberechtigte Einbeziehung der Universitätskliniken. Der künftige Krankenhausplan wird Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele setzen und ist damit Grundlage für die zwischen den Krankenhausträgern und Krankenkassen für jede Klinik auszuhandelnde Qualität und Menge der zu erbringenden Leistungen. Der Krankenhausplan wird mindestens Standorte, Versorgungsstufe, Fachgebiete und Ausbildungs-

stätten festlegen. Der Freistaat *Thüringen* hatte zu entscheiden, wie mit der Planung des 5. Thüringer Krankenhausplanes zu verfahren war. Nachdem zunächst nur die Prolongierung des 4. Krankenhausplanes angedacht war, entschied man sich dann doch, im Jahr 2005 einen 5. Krankenhausplan zu erstellen. Dazu wurde an die GEBERA Köln ein Gutachtenauftrag vergeben. Mit ersten Ergebnissen ist im Frühjahr 2005 zu rechnen.

b) Vergütungsverhandlungen im Krankenhausbereich

Landesbasisfallwerte und andere Verhandlungsgegenstände auf Landesebene

Der Landesbasisfallwert (LBFW) ist die wesentliche preisliche Determinante der künftigen Krankenhausausgaben der Kostenträger. Gemeinsam mit der Fallzahlentwicklung und dem Behandlungsschweregrad der einzelnen Fälle bestimmt dieser die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich. Die ohnehin schon hohe Bedeutung des Landesbasisfallwertes steigert sich in der erstmaligen Vereinbarung für 2005 noch dadurch, dass in den Folgejahren zwar Anpassungen und bestimmte Neuberechnungen zu erwarten sind, aber nicht von großen Veränderungen des Wertes für 2005 auszugehen ist. Die aus Krankenhaussicht in 2005 entstehenden Erlöse für Krankenhausleistungen ergeben sich aus der Multiplikation des hausindividuellen Basisfallwertes mit den mit Relativgewichten bewerteten DRGs, wobei sich der hausindividuelle Basisfallwert in einem ersten Konvergenzschritt an den Landesbasisfallwert 2005 annähert. Die einzelnen Größen sind das Ergebnis der folgenden Verhandlungsebenen:

Verhandlungsebene	Verhandlungspartner	Verhandlungsgegenstand
Bundesebene	Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft	Bundesweiter DRG-Katalog (Definition der DRGs und Festlegung der Relativgewichte)
Landesebene	Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen/ Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung und Landeskrankenhausgesellschaft	Einheitlich für alle somatischen Krankenhäuser geltender Landesbasisfallwert
Ortsebene	Sozialleistungsträger und Krankenhausträger	Hausindividueller Basisfallwert und Mengengerüst der DRGs

Die derzeit bestehende Rechtslage sieht vor, dass die hausindividuellen Basisfallwerte sich bis zum Jahr 2009 an die Landeswerte anpassen sollen (fünfjährige Konvergenzphase 2005-2009). Die Festlegung landeseinheitlicher Basisfallwerte bedeutet, dass die Selbstverwaltung in jedem Bundesland das allgemeine Preisniveau für stationäre Leistungen fixieren muss. Vor eine solche Aufgabe war sie bis jetzt noch nie gestellt, so dass sich die Verhandlungen im zweiten Halbjahr 2004 als äußerst schwierig erwiesen. Es ist davon auszugehen, dass dies auch in Zukunft so sein wird. Die Interessengegensätze sind groß und die Verhandlungsspielräume für beide Seiten klein. Schaut man auf die einzelnen Bundesländer, so ergibt sich allerdings keineswegs ein einheitliches Bild. Zwar möchten die Krankenhausgesellschaften möglichst hohe Basisfallwerte abschließen, wohingegen die Kostenträger das entgegengesetzte Ziel haben. Es werden jedoch auch innerhalb der Bänke durchaus unterschiedliche Standpunkte in Einzel- und Grundsatzfragen vertreten.

Der gesetzliche Rahmen

Gemäß § 10 KHEntgG sollen die Landesbasisfallwerte bis spätestens 31.10. festgelegt werden. Dieser Termin war jedoch von Anfang an kaum einzuhalten, da mit den offiziellen Verhandlungen zumeist erst im September begonnen wurde. Vollständig Makulatur wurde er durch das 2. FPÄndG, das erst Ende November Gesetzeskraft erlangte. Es gab deshalb kein Bundesland, in dem Verhandlungen im Berichtszeitraum zum Abschluss gebracht werden konnten. Da die Einigungsschwierigkeiten frühzeitig abzusehen waren, hatte sich der Gesetzgeber im Rahmen des 2. FPÄndG das Recht vorbehalten, das Problem selbst in die Hand zu nehmen. Im Prinzip hätte er für jedes Bundesland einen vorläufigen „technischen“ Landesbasisfallwert festlegen können, der zum 1.1.2005 in Kraft getreten wäre. Hierzu ist es jedoch im Jahr 2004 nicht gekommen. Dieser mögliche exogene Eingriff durch den Gesetzgeber wird dadurch ergänzt, dass die Vertragsparteien auf Landesebene selbst das Scheitern der Verhandlungen erklären können. In diesem Fall muss die Schiedsstelle gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den jeweiligen Landeswert festlegen, der dann durch das Land zu genehmigen ist. Von diesem Recht hat jedoch im Jahr 2004 keine Vertragspartei Gebrauch gemacht. Um den Landeswert zu berechnen, hat der Gesetzgeber im KHEntgG zwei konkrete Verfahren vorgeschlagen. In der Umsetzung ist jedoch keines von beiden einfach. Das erste Verfahren läuft darauf hinaus, in jedem Bundesland einen Mittelwert über die bereits vorhandenen hausindividuellen Basisfallwerte des Jahres 2004 zu bilden. Dies kann im Prinzip auf verschiedene Weise geschehen. Der Mittelwert für das Jahr 2004 ist dann auf das Jahr 2005 hochzurechnen. Die zweite im Gesetz vorgesehene Möglichkeit besteht darin, den Landeswert auf der Basis eines prognostizierten Landesbudgets für den gesamten stationären Bereich zu berechnen. Grob gesprochen erhält man dann den Landeswert, indem das Landesbudget durch die Summe aller DRG-Leistungsdaten in dem Bundesland (nach dem Prinzip: Geld dividiert durch Leistung) geteilt wird. Beide Vorgehensweisen können zu demselben Ergebnis führen. Das zweite Verfahren hat jedoch den methodischen Vorteil, das explizit Annahmen über Leistungen und Kosten gemacht

werden, so dass die Vertragsparteien ihre Positionen möglichst klar formulieren müssen. Da die Entwicklung landesweiter Basisfallwerte das dominante Thema der nächsten Jahre sein wird, ist es zu begrüßen, dass der Gesetzgeber die PKV als Vertragspartner vorgesehen hat. Auf der Grundlage des zum 1.1.2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) sind jedoch in den Bundesländern weitere wichtige Weichenstellungen für die Zukunft zu treffen, von denen die PKV als Kostenträger natürlich betroffen sein wird. Sie sollte deshalb auch hier in angemessener Weise in die Entscheidungsprozesse eingebunden sein, was jedoch leider nicht immer der Fall ist. Der Überblick auf Seite 74 zeigt wichtige Problemfelder, mit denen sich Kostenträger und Leistungserbringer auseinander zu setzen haben. Dem Außenstehenden präsentiert sich ein Potpourri von Themen. Um ein Gefühl für die Probleme zu bekommen, lohnt sich ein genauerer Blick auf den Themenkatalog.

Ausbildungskosten

Auch beim Thema Ausbildungsfinanzierung genießt die PKV den Status einer Vertragspartei. Mit dem 2. FPÄndG sind die Verhältnisse aber alles andere als transparent geworden. In der Vergangenheit wurden Ausbildungskosten krankenhausindividuell durch entsprechende Budgetaufstockungen von den Kostenträgern finanziert. Das KHG in seiner im Jahr 2004 gültigen Fassung hat ab 2005 eine Finanzierung über explizit ausgewiesene Zuschläge auf die DRG-Fallpauschalen vorgesehen. Dem Gesetzgeber schwebte dabei eine sehr klare Regelung vor. Die Zuschläge sollten von allen Krankenhäusern eines Bundeslandes erhoben und an einen noch zu gründenden Fonds abgeführt werden. Dieser sollte bei der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft angesiedelt sein und die so erhaltenen Gelder an diejenigen Krankenhäuser verteilen, die Ausbildungsstätten vorhalten. Da die Ausbildungskapazitäten und die Krankenhausfallzahlen in den einzelnen Bundesländern variieren, hätte die Verfahrensweise unterschiedliche Zuschlagshöhen in den verschiedenen Ländern mit sich gebracht. Innerhalb eines Bundeslandes wäre aber grundsätzlich immer nur ein einheitlicher Zuschlag erhoben worden. Nicht zuletzt aufgrund erheblicher Probleme bei der Datenerhebung und einer großen Bandbreite bei den Ausbildungskosten ist der Gesetzgeber mit dem 2. FPÄndG aber von seinen ursprünglichen Vorstellungen wieder abgerückt. Nach derzeitiger Rechtslage soll es nun ab dem Jahr 2005 weiterhin krankenhausindividuell zu verhandelnde Ausbildungsbudgets geben. Im Prinzip sollen dann im Jahre 2006 die Ausgleichsfonds installiert sein. Allerdings trifft der Gesetzgeber schon jetzt Vorkehrungen für den Fall, dass dies der Selbstverwaltung nicht gelingt. Im Fall des Scheiterns soll es den Ländern obliegen, entsprechende Umlageverordnungen zu erlassen. Die Einzelheiten sind dann Sache der Länder, oberstes Prinzip soll jedoch auch weiterhin die Vermeidung von „Preisverzerrungen“ bei den DRG-Fallpauschalen zwischen ausbildendenden und nicht ausbildenden Häusern sein.

Behandlung von Blutern

Bekanntlich erfassen die DRG-Fallpauschalen keinesfalls alle Krankenhausleistungen. Die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfakto-

Verbandsaufgaben auf Landesebene
(Tabelle auf der Basis des 2. FPÄndG)

	Thema	Rechtsgrundlage	Vertragspartner
(1)	Landeseinheitliche Basisfallwerte	§ 10 KHEntgG	Landeskrankenhausgesellschaft, Landesverbände der Krankenkassen, Verbände der Ersatzkassen, PKV-Verband
(2)	Ausbildungskosten/ Ausbildungsfond und -zuschläge	§ 17 a KHG	krankenhausindividuelle Vereinbarungen auf der Ortsebene; Ausgleichsfond (1) ab 2006
(3)	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	§ 16 (2) BPflV 1995 bzw. § 6 (1) KHEntgG	wie (1)
(4)	Schlichtungsausschüsse	§ 17 c (4) KHG	wie (1) aber ohne PKV
(5)	Landeskommission „Qualitätssicherung Ambulantes Operieren“	§ 115 b (1) SGB V (auf Landesebene)	wie (1) aber ohne PKV, Kassenärztliche Vereinigung
(6)	Stationäre Qualitätssicherung	§§ 137 a.F., 112 SGB V (auf Landesebene)	wie (1) sowie Landesärztekammer, Pflegeverbände
(7)	Integrierte Versorgung	§ 140 a ff. SGB V	Krankenhäuser sowie vor- und/oder nachgelagerte Leistungserbringer, einzelne gesetzliche Krankenkassen bzw. deren Verbände
(8)	Disease-Management-Programme	§§ 137 g, 116 b SGB V	Einzelverträge auf der Ortsebene zwischen Krankenhäusern und gesetzlichen Krankenkassen
(9)	Rettungsdienstvergütung	Landesrettungsdienstgesetze	Landesverbände der Krankenkassen oder örtliche Kassen, Verbände der Ersatzkassen sowie Träger des Rettungsdienstes

ren ist ein interessantes Beispiel hierfür. 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. Grob gesagt gibt es derzeit vier Finanzierungsverfahren (siehe Rechenschaftsbericht 2002, S. 78 f.), die sich im Wesentlichen darin unterscheiden, ob die Krankenhäuser die tatsächlichen Kosten der Arzneimittel oder nur einen vereinbarten Verrechnungspreis für diese erstattet bekommen. Die Verfahren sind juristisch so eingebettet, dass entweder krankenhausindividuell verhandelt

wird oder landeseinheitliche Verträge nach § 16 Abs. 2 BPflV 1995 auch im Jahr 2004 sinngemäß Anwendung finden, obwohl das laufende Jahr bereits dem neuen Krankenhausrecht unterliegt. Im zweiten Fall ist die PKV Vertragspartei, auf der Ortsebene jedoch nur Verfahrensbeteiligte ohne eigenes Stimmrecht.

Schlichtungsausschüsse

Ganz ohne Stimmrecht ist die PKV in den mit Einführung des DRG-Systems neu installierten Schlichtungsausschüssen, die sich mit Abrechnungsfragen und so genannten Fehlbelegungsprüfungen beschäftigen. Diese sind paritätisch besetzt mit Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser. Den Ausschüssen wird nicht nur in der Anfangsphase des neuen Entgeltsystems eine erhebliche Bedeutung zukommen. Es ist davon auszugehen, dass sie zum festen Bestandteil der Selbstverwaltung werden, wobei sie die traditionellen Schiedsstellen ergänzen und entlasten. Während die GKV durch Einschaltung der Schlichtungsausschüsse teure und zeitraubende Prozesse vermeiden kann, ist die PKV direkt mit dem Leistungserbringer konfrontiert und gezwungen, im Falle der Nichteinigung den Zivilprozessweg zu beschreiten. Es braucht nicht näher kommentiert zu werden, dass dies eine äußerst unbefriedigende Sachlage ist. In diesem Zusammenhang muss man wissen, dass die GKV die Möglichkeit hat, unter Einschaltung ihres medizinischen Dienstes patientengebundene Behandlungsdaten in den Krankenhäusern einzusehen. In gewissem Sinne ermöglicht erst diese Prüfung „vor Ort“ der GKV, Abrechnungsprobleme so zu formulieren, dass sie in einen Schlichtungsausschuss eingebracht werden können. Die PKV hat gegenüber den Krankenhäusern noch nicht einmal eine annähernd vergleichbare Position. Sie kann immer nur die Daten prüfen, die ihr ein Krankenhaus zur Verfügung stellt. Dessen Türen bleiben ihr aber verschlossen. Auch hier sollte der Gesetzgeber noch „nachbessern“.

Qualitätssicherung

In die Qualitätssicherung für ambulante Operationen im Krankenhaus ist die PKV leider ebenfalls noch nicht eingebunden. Positiv zu vermerken ist jedoch, dass sie in den Landesvereinbarungen zur stationären Qualitätssicherung meist Vertragspartnerstatus hat.

Integrierte Versorgung

Viel Diskussionsstoff bietet derzeit die Integrierte Versorgung. Dem Konzept liegt die Idee eines Direktvertrages zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zugrunde. Damit steht es auf den ersten Blick in Konflikt mit einem fundamentalen Prinzip der PKV, nämlich dem der freien Arzt- und Krankenhauswahl durch den Versicherten. Ein solcher Versorgungsvertrag ist „integriert“ in dem Sinne, dass er nicht nur Krankenhäuser, sondern auch vor- und nachgelagerte Leistungserbringer umfasst. Durch Kooperation dieser vor- und nachgelagerten Leistungserbringer mit dem Krankenhaus wird ein Leistungsangebot möglich, das keine Institution für sich alleine realisieren könnte. Die Vergütung derartiger Behandlungsangebote erfolgt typischerweise auf der Basis von Komplexfallpauschalen, die in der Regel den gesamten Behandlungsfall von der ambulanten Betreuung auf der ersten Stufe über den Krankenhausaufenthalt bis hin zu Rehabilitation und Nachsorge abdecken. Die

rechtliche Grundlage für solche Versorgungsformen hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz geschaffen. Dieses beschränkt Integrierte Versorgung aber ausschließlich auf den Bereich der GKV, so dass die PKV auf Verbandsebene keine Rechtsgrundlage für eine Einbindung hat. Auch wenn der PKV-Verband notgedrungen mehr Beobachter als Akteur ist, sollten die Mitgliedsunternehmen gleichwohl Erfahrungen mit solchen vernetzten Versorgungsstrukturen sammeln. Erste Projekte dieser Art sind bereits initiiert worden. Klar ist, dass diese sehr spezielle Arrangements seitens aller Teilnehmer erforderlich machen.

Disease-Management-Programme

Auch die Disease-Management-Programme sind ein sehr facettenreiches Thema. Mit ihnen soll die Qualität der ambulanten Betreuung chronisch kranker Menschen verbessert werden. Krankenhäuser können in diese eingebunden werden, indem ihnen erlaubt wird, bestimmte nichtstationäre Leistungen zu erbringen. Dies geschieht durch den Abschluss direkter Einzelverträge zwischen Krankenhäusern und gesetzlichen Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden. Die PKV ist im Gesetz als Vertragspartner nicht vorgesehen. Wie im Falle der Integrierten Versorgung werden aber bereits unternehmensindividuelle Erfahrungen mit solchen Programmen gesammelt. Teilweise sind sie sogar „Standard". Beispielsweise sind Präventionsmaßnahmen für Diabetiker bereits seit Längerem Bestandteil vieler PKV-Tarife.

Rettungsdienstvergütung

Das Bild wird nicht einfacher, wenn man schließlich auf die Vergütung des bodengebundenen Rettungsdienstes schaut. Hier werden auf Landesebene nur sehr allgemeine Richtlinien festgelegt, die dann auf der Orts- bzw. Kreisebene mit Leben gefüllt werden müssen. Das führt zu teilweise sehr unterschiedlichen Umsetzungen. In Schleswig-Holstein ist die PKV Vertragspartner auf allen Ebenen. Es ist nicht nachzuvollziehen, dass sie diesen Status in den anderen Bundesländern nicht hat. Zumindest hat man ihr jedoch in einigen Ländern ein Beteiligungsrecht eingeräumt. Die genannten Themen werden die Selbstverwaltung noch eine geraume Zeit beschäftigen, so dass davon auszugehen ist, dass in zukünftigen Ausgaben des Rechenschaftsberichtes über einzelne Sachfragen noch ausführlicher berichtet wird.

Einigungen und Nichteinigungen auf der Bundesebene im DRG-Bereich
Fallpauschalenkatalog und Abrechnungsregeln

Der prospektiven Ermittlung der Leistungsdaten für das Jahr 2005 muss der für dieses Jahr gültige Fallpauschalenkatalog zugrunde liegen, den das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) allerdings erst am 24.8.2004 den Selbstverwaltungspartnern vorgestellt hat. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Kostenträger haben den Vorschlägen des InEK zugestimmt. Da für die Jahre 2003 und 2004 das Bundesgesundheitsministerium auf dem Weg der Ersatzvornahme tätig werden musste, wurden der neue Fallpauschalenkatalog und die zugehörigen Abrechnungsregeln von der Selbstverwaltung also zum ersten Mal selbst beschlossen. Es ist zu hoffen, dass auch in der Zukunft die Weiterentwicklung des Systems in den Händen der Selbstverwaltung liegen wird. Während die Abrechnungsregeln für das Jahr 2005

weitgehend denen für 2004 entsprechen, ist der Katalog wieder etwas gewachsen. Es gibt nun 878 Fallpauschalen, d.h. 54 mehr als im Jahr 2004, von denen für 33 die Bewertungsrelationen krankenhausindividuell zu vereinbaren sind. Von Bedeutung und nicht unproblematisch ist das rapide Anwachsen der Zusatzentgelte. Der Katalog sieht 35 Zusatzentgelte mit fix vorgegebenen Preisen vor, die durch Unterdifferenzierung 366 verschiedene Entgelte ergeben. Des Weiteren gibt es 36 Zusatzentgelte, deren Preise auf der Ortsebene zu bestimmen sind. In jedem Bundesland muss nun die Auswirkung des neuen Katalogs auf den Landes-Casemix quantifiziert werden, d.h. es ist der so genannte Katalogeffekt zu berechnen.

Zu- und Abschläge

Der Gesetzgeber hat beim Vorliegen bestimmter Tatbestände Zu- und Abschläge auf den Basisfallwert vorgesehen, die von den Vertragsparteien zu bestimmen sind. Im Falle der Notfallversorgung gibt es eine Bundesvereinbarung aus dem Jahre 2000, die vorsieht, dass bei Krankenhäusern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, der Basisfallwert um einen Abschlagsbetrag reduziert werden soll. Dies würde bedeuten, dass die Kosten der Notfallversorgung im LBFW enthalten wären. Alternativ könnten Krankenhäuser, die eine Notfallversorgung vorhalten, für diese Leistung einen Zuschlag auf ihren Basisfallwert erhalten. Die landesweiten Kosten der Notfallversorgung müssten dann aus dem Landeskrankenhausbudget, das dem LBFW zugrunde liegt, ausgegliedert werden. Eine Abschlagsregelung würde also zu einem höheren LBFW führen als eine Zuschlagsregelung. Über das Thema Notfallversorgung konnte man sich im Jahr 2004 auf der Bundesebene jedoch nicht abschließend einigen, so dass der Gesetzgeber in § 4 Abs. 5 KHEntgG nun klar vorgegeben hat, dass Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, einen Abschlag in Höhe von 50 Euro je vollstationären Fall erhalten. Des Weiteren sind Zuschläge festzustellen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung, für „Zentren und Schwerpunkte“ sowie die Finanzierung von Ausbildungsstätten für den stationären Bereich. Hier konnten leider keine Einigungen auf der Bundesebene erzielt werden. Geeinigt hat man sich jedoch auf einen tagesbezogenen Zuschlag in Höhe von 45 Euro für eine Begleitperson, sofern dies medizinisch erforderlich ist. Ferner konnten Vereinbarungen erreicht werden für den DRG-Systemzuschlag (0,85 Euro pro Fall) und den Qualitätssicherungszuschlag, wobei zur Festlegung der genauen Höhe des Letzteren noch ergänzende Landesvereinbarungen erforderlich sind. Kontrovers diskutiert wurde das Thema „neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“. Die Kostenträger haben befürchtet, dass eine zu „weiche“ Auslegung dieses Begriffes zu einer medizinisch nicht erforderlichen Leistungsausweitung führen könnte. Zwischenzeitlich befindet sich jedoch eine Vereinbarung im Unterschriftenverfahren. Gemäß dieser Vereinbarung hat das InEK zu prüfen, ob eine konkrete Methode bereits sachgerecht mit einer DRG-Fallpauschale vergütet werden kann. Falls dem nicht so ist, ist für eine Übergangszeit, d.h. bis der Katalog entsprechend erweitert werden konnte, ein krankenhausindividuelles Krankenhausentgelt gemäß § 6 Abs. 2

KHEntgG zu vereinbaren. Der Gesetzgeber hat mit dem 2. FPÄndG die Festlegung solcher krankenhausindividuellen Entgelte vereinfacht.

Besondere Einrichtungen

Schließlich sind Besondere Einrichtungen aus der DRG-Systematik herauszunehmen. Wie bereits für das Jahr 2004 konnte auch für 2005 keine Einigung innerhalb der Selbstverwaltung erzielt werden, so dass sich das Gesundheitsministerium wieder des Themas annehmen muss. Auch wenn bis Ende des Jahres 2004 eine entsprechende Ersatzvornahme noch nicht vorlag, so ist dennoch davon auszugehen, dass diese sich eng an diejenige für 2004 anlehnen wird.

c) Krankenhausentgelte

Krankenhaus-Datenbank des Verbandes

Im PKV-Verband wird für den stationären Bereich eine umfangreiche Datenbank zur Unterstützung der Abrechnungsprüfung der Mitgliedsunternehmen unterhalten. Die Datenakquisition erfolgt sowohl durch regelmäßige Befragung der Krankenhäuser als auch durch Auswertung der Genehmigungsbescheide. Außerdem wird auch die Beurteilung der Kliniken auf der Basis der Musterbedingungen des Verbandes in die Datenbank eingepflegt. Der Öffentlichkeit stehen alle Informationen der Datenbank unter der Internetadresse www.derprivatpatient.de zur Verfügung. Dem öffentlichen Preissystem in Form der BPflV bzw. dem KHEntgG unterliegen ca. 2.250 Kliniken. Im Jahr 2004 hat sich die Anzahl der nach der neuen DRG-Systematik abrechnenden Häuser auf ca. 1.600 weiter erhöht. Es ist davon auszugehen, dass die verbleibende Minderheit, die nach wie vor für ihre Leistungen Basispflegesätze, Abteilungspflegesätze, Sonderentgelte und Fallpauschalen zur Abrechnung bringt, im Laufe des Jahres 2005 den Umstieg auf das DRG-System vornimmt. Abrechnungstechnisch basiert die DRG-Systematik auf einem Basisfallwert, der für das Jahr 2004 letztmalig vollständig aus dem hausindividuellen Budget abgeleitet wird; ab 2005 wird der hausindividuelle Basisfallwert aufgrund des Beginns der Konvergenzphase zusätzlich durch den jeweiligen Landesbasisfallwert beeinflusst. Die konkrete Fallpauschale für die Leistung des einzelnen Krankenhauses ermittelt sich durch ein so genanntes Relativgewicht, d.h. als Quote des hausindividuellen Basisfallwertes. Die vielfach zusätzlich oder alternativ abrechenbaren Entgelte i.S. der §§ 6 und 7 KHEntgG werden ebenso in der Datenbank des Verbandes erfasst.

Auswertung der Basisfallwerte

Übersicht 1 zeigt eine Auswertung der durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerte des Jahres 2004. Als Bundesdurchschnitt ergibt sich dabei ein Wert von 2.721,30 Euro. Dabei beträgt der durchschnittliche Basisfallwert für die alten Bundesländer 2.743,61 Euro und für das Beitrittsgebiet 2.612,76 Euro. Die durchschnittlichen Eckwerte bewegen sich zwischen 2.452,84 Euro für Mecklenburg-Vorpommern und 3.190,28 Euro für das Saarland. In die Datenbank des PKV-Verbandes finden diejenigen hausindividuellen Basisfallwerte Eingang, die Basis für den jeweiligen Zahlungsanspruch des Krankenhauses sind, d.h. der einzel-

ne Basisfallwert wickelt durch den Budgetbezug auch Finanzierungsausgleiche für die Vorjahre anteilig ab. Entscheidend bestimmt wird die Höhe des einzelnen Basisfallwertes zudem durch die Weiterentwicklung der DRGs, also die Anzahl und Bewertung der Fallpauschalen als Ergebnis der Abbildung der medizinischen Leistungen. Auch für das Jahr 2004 erfolgte die Umstellung auf das DRG-System budgetneutral. Das ist für die PKV insoweit bedeutsam, als die Basisfallwerte die auch für die Wahlleistung Unterkunft wichtige pauschale Kostenausgliederung i.S. von § 7 Abs. 2 Nr. 7 BPflV enthalten. Die Bezugsgröße Unterkunft wird als Bestandteil des Basispflegesatzes im Rahmen der DRG-Systematik zwar nicht mehr ermittelt, der budgetneutrale Übergang aber schreibt die pauschale Kostenausgliederung fort und reduziert über das einzelne Budget des Krankenhauses auch den individuellen Basisfallwert. Die Konsequenz ist, dass auch im Jahr 2004 durch die pauschale Kostenausgliederung die Mindestpreise für die Inanspruchnahme der Ein- und Zweibettzimmer definiert sind. Die tatsächlich in Rechnung gestellten Preise der Ein- und Zweibettzimmer aber werden durch das BGH-Urteil vom 4.8.2000 und der darauf aufbauenden Gemeinsamen Empfehlung zwischen DKG und PKV-Verband vom 1.8.2002 zunehmend bestimmt.

Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge

Die Übersichten 2 und 3 stellen die Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge der Jahre 2003 und 2004 dar. Der Bundesdurchschnitt für das Einbettzimmer beträgt für das Jahr 2004 ca. 84 Euro, wobei für diese Wahlleistung durchschnittlich in den alten Bundesländern ca. 86 Euro und in den neuen Bundesländern ca. 70 Euro in Rechnung gestellt werden. Für die Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers werden bundesdurchschnittlich im Jahr 2004 43 Euro berechnet, dabei in den alten Bundesländern ca. 44 Euro und innerhalb des Beitrittsgebietes ca. 35 Euro. Die Preisspanne der durchschnittlichen Einbettzimmerpreise bewegt sich im Jahr 2004 zwischen 94,55 Euro im Bundesland Bremen und 65,83 Euro im Freistaat Sachsen. Das Bundesland Saarland und der Freistaat Sachsen bieten die Eckwerte im Bereich der durchschnittlichen Zweibettzimmer mit 47,25 Euro und 33,21 Euro.

Übersicht 1

Basisfallwerte 2004

Bundesgebiet	2.721,30 Euro
Alte Bundesländer (mit Berlin)	2.743,61 Euro
Neue Bundesländer	2.612,76 Euro
Baden-Württemberg	2.665,14 Euro
Bayern	2.648,02 Euro
Berlin	3.101,19 Euro
Brandenburg	2.606,86 Euro
Bremen	2.770,60 Euro
Hamburg	2.816,72 Euro
Hessen	2.771,40 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	2.452,84 Euro
Niedersachsen	2.697,63 Euro
Nordrhein-Westfalen	2.780,40 Euro
Rheinland-Pfalz	2.915,50 Euro
Saarland	3.190,28 Euro
Sachsen	2.661,78 Euro
Sachsen-Anhalt	2.680,26 Euro
Schleswig-Holstein	2.659,86 Euro
Thüringen	2.520,14 Euro

Einbettzimmerzuschläge im Jahresdurchschnitt 2004 im Vergleich zum Vorjahr

	Einbettzimmer ohne RZ*		
	2003 in Euro	2004 in Euro	Veränderung in Prozent
Bundesgebiet	83,82	84,22	0,48
Alte Bundesländer (mit Berlin)	85,40	85,75	0,41
Neue Bundesländer	69,55	70,41	1,24
Baden-Württemberg	85,75	84,95	– 0,93
Bayern	85,30	84,65	– 0,76
Berlin	88,59	87,68	– 1,03
Brandenburg	67,99	68,73	1,09
Bremen	93,47	94,55	1,16
Hamburg	80,02	81,50	1,85
Hessen	86,13	85,75	– 0,44
Mecklenburg-Vorpommern	77,10	77,88	1,01
Niedersachsen	84,43	84,93	0,59
Nordrhein-Westfalen	84,25	85,96	2,03
Rheinland-Pfalz	91,76	90,80	– 1,05
Saarland	92,68	93,34	0,71
Sachsen	66,18	65,83	– 0,53
Sachsen-Anhalt	67,63	69,80	3,21
Schleswig-Holstein	81,40	82,51	1,36
Thüringen	77,44	78,45	1,30

*RZ: Regelleistung Zweibettzimmer

Zweibettzimmerzuschläge im Jahresdurchschnitt 2004 im Vergleich zum Vorjahr

	Zweibettzimmer ohne RZ*		
	2003 in Euro	2004 in Euro	Veränderung in Prozent
Bundesweit	42,48	42,94	1,08
Alte Länder (mit Berlin)	43,42	43,87	1,04
Neue Länder	34,33	34,85	1,51
Baden-Württemberg	41,70	42,08	0,91
Bayern	43,21	43,35	0,32
Berlin	40,38	41,34	2,38
Brandenburg	34,47	33,54	– 2,70
Bremen	45,83	44,88	– 2,07
Hamburg	38,95	39,70	1,93
Hessen	42,36	42,30	– 0,14
Mecklenburg-Vorpommern	34,11	35,01	2,64
Niedersachsen	43,66	43,56	– 0,23
Nordrhein-Westfalen	44,65	45,59	2,11
Rheinland-Pfalz	45,24	45,34	0,22
Saarland	47,31	47,25	– 0,13
Sachsen	33,29	33,21	– 0,24
Sachsen-Anhalt	33,53	35,66	6,35
Schleswig-Holstein	43,14	44,32	2,74
Thüringen	38,53	38,84	0,80

*RZ: Regelleistung Zweibettzimmer

IV. Private Pflegepflichtversicherung

1. Beiträge

Höchstbeiträge 2004

Im Gegensatz zum Umlageverfahren der sozialen Pflegeversicherung (SPV) erfolgt die Beitragskalkulation in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) nach versicherungsmathematischen Grundsätzen im Anwartschaftsdeckungsverfahren. Der Beitrag ist dabei abhängig vom Alter des Versicherten bei Eintritt in die Versicherung und vom Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss, im Übrigen aber für Männer und Frauen gleich hoch. Für den Altbestand, für Personen also, die mit In-Kraft-Treten des Pflegeversicherungsgesetzes am 1.1.1995 versicherungspflichtig geworden sind, war der Beitrag von Anfang an auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung und im Beihilfetarif auf den halben Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt. Beim Neuzugang nach In-Kraft-Treten des Gesetzes gilt diese Kappungsgrenze nach fünfjähriger Versicherungsdauer in der PPV. Der Höchstbeitrag belief sich im Jahr 2004 auf 59,28 Euro (Vorjahr: 58,66 Euro). Von Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall, die die Beitragskappung beanspruchen können, erhebt die PPV höchstens 40 Prozent dieses Höchstbeitrages. Im Jahr 2004 waren dies 23,71 Euro (Vorjahr: 23,46 Euro).

Studentenbeitrag/ Anwartschaftsversicherung

Der Beitrag für die über 25 Jahre alten und damit nicht mehr beitragsfreien Studenten (nur Tarifstufe PVN) betrug im Jahr 2004 13,30 Euro (seit 1.1.2003). Für die Anwartschaftsversicherung, die für Zeiten einer Versicherungspflicht in der SPV abgeschlossen werden kann, lagen die Höchstbeiträge unverändert bei 4,60 Euro in Tarifstufe PVN und 3,58 Euro in Tarifstufe PVB. Die tatsächlich erhobenen Beiträge konnten wegen abweichender Kostensätze der Versicherungsunternehmen niedriger ausfallen.

2. Gesetzgebung zur Pflegeversicherung

Reform der Pflegeversicherung

Die politische Diskussion um eine Reform der Pflegeversicherung ist im Jahr 2004 fortgesetzt worden. Konkrete gesetzgeberische Aktivitäten haben sich daraus, mit Ausnahme der Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001 (s. unter KiBG, S. 82) aber nicht ergeben. Der Öffentlichkeit vorgestellte Planungen von Gesundheits- und Sozialministerin Ulla Schmidt sahen – in Anlehnung an die Vorschläge der Rürup-Kommission (s. Rechenschaftsbericht 2003, S. 90) – unter anderem vor, die Leistungen für häusliche und stationäre Pflege mit 500 Euro, 1.000 Euro und 1.500 Euro in den Pflegestufen I bis III zu vereinheitlichen. Vorgesehen war auch die Dynamisierung der seit Einführung 1995 unveränderten Leistungsbeträge ab 2007. Ebenfalls aus dem Vorschlag der Kommission war der Plan übernommen worden, für 60.000 demenziell Erkrankte, die bisher als nicht pflegebedürftig gelten, weil sie zwar in erheblichem Umfang allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung bedürfen, aber nur geringen Bedarf an Grundpflege haben, ei-

nen pauschalen Pflegezeitzuschlag von 30 Minuten vorzunehmen und ihnen damit den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu ermöglichen. Die Pläne wurden jedoch schon Anfang 2004 auf Eis gelegt und sollen in der laufenden Legislaturperiode offenbar auch nicht mehr umgesetzt werden. Zugleich wurde bekannt, dass das Defizit der SPV für 2003 mit 690 Mio. Euro die Erwartungen erheblich übertraf. Die sich daran entzündende Debatte über die Zukunftssicherheit der umlagefinanzierten Pflegeversicherung spiegelt sich etwa in Äußerungen des Freiburger Gesundheitsökonomen Prof. Bernd Raffelhüschen wider, wonach das Festhalten an der Umlagefinanzierung in eine Sackgasse führt. Die Versicherten schnitten sich damit „ins eigene Fleisch", weil die heutigen Leistungsversprechen von künftigen Erwerbstätigengenerationen nicht eingelöst werden könnten.

Tatsächlich zeigt sich an dem inzwischen weiter gewachsenen Pflegedefizit – für 2004 wird es mit über 820 Mio. Euro angegeben – die starke Abhängigkeit einkommensabhängiger Beiträge von der Wirtschaftslage und der Bevölkerungsentwicklung. Während die wirtschaftliche Schwäche vorübergehen kann, kommt das Demographieproblem unabwendbar auf die SPV zu. Es ist auch nicht dadurch zu lösen, dass die Privatversicherten in die SPV einbezogen werden, wie dies der Vorstandsvorsitzende der Barmer Ersatzkasse, Dr. Eckhart Fiedler, anlässlich einer Jubiläumsveranstaltung zum 10-jährigen Bestehen der Pflegeversicherung am 24.3.2004 in Bonn verlangte. Auf der gleichen Veranstaltung forderte der Bayreuther Finanzwissenschaftler Prof. Peter Oberender die Umstellung der Pflegeversicherung auf ein kapitalgedecktes Verfahren. Nur dies allein könne die Generationengerechtigkeit sichern und in unserer alternden Gesellschaft die nötige Nachhaltigkeit ermöglichen. Die Überzeugung, dass eine neue Balance zwischen Kapitaldeckung und Umlage gefunden werden muss, ist in der Wissenschaft inzwischen weit verbreitet. Auch über alle Parteien hinweg finden sich Befürworter eines Ausbaus der Kapitaldeckung.

Position der PKV

Mit Rücksicht auf die anhaltende Diskussion in Wissenschaft und Politik über den richtigen Weg für die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung hat sich der Verband 2004 noch nicht auf ein bestimmtes Modell festgelegt. Für eine vollständige Umstellung auf eine kapitalgedeckte und damit demographiesichere Pflegeversicherung wäre die PKV wegen ihrer Erfahrung in diesem Bereich natürlich der „geborene" Partner der Politik. Sie hat aber auch die Kritik an einem solchen Umstieg zur Kenntnis genommen, die dabei erhebliche Probleme sieht, nämlich die Frage der Versorgung der bereits Pflegebedürftigen und der pflegenahen Jahrgänge und die Belastung der öffentlichen Hand. Auf Verbandsebene sind daher auch alternative Überlegungen angestellt worden, die sich ausgehend von einem Papier der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) vom 11.11.2003 (s. Rechenschaftsbericht 2003, S. 91) mit einer kapitalgedeckten Dynamisierung der Leistungen des bestehenden Systems durch die PKV befassten. Die interne Diskussion hierzu konnte im Jahr 2004 noch nicht abgeschlossen werden.

Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG)

Mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) vom 15.12.2004 (BGBl. I, S. 3448) wurde in der sozialen Pflegeversicherung ein Beitragssatzzuschlag von 0,25 Prozent ab dem 1.1.2005 eingeführt. Zur Zahlung dieses Zuschlages verpflichtet sind Mitglieder der SPV ab Vollendung des 23. Lebensjahres, die niemals Kinder hatten, es sei denn, sie selbst sind vor dem 1.1.1940 geboren. Mit dem Beitragszuschlag werden ausschließlich die Versicherten belastet; es gibt dafür also keinen Arbeitgeberzuschuss. Beihilfeberechtigte Beamte und Versorgungsempfänger ohne Kinder haben, wenn sie in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, ebenfalls den vollen Beitragszuschlag aufzubringen. Eine Halbierung des Beitragszuschlags entsprechend der für den Personenkreis im Teilkostentarif geltenden Halbierung des Beitragssatzes (§ 55 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 28 Abs. 2 SGB XI) ist nicht vorgesehen, da auch die übrigen Versicherten den Beitragszuschlag gemäß §§ 58 Abs. 1 Satz 3, 59 Abs. 5 GB XI allein zu tragen haben.

Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Anlass für das KiBG war das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001 – Az.: 1 BvR 1629/94. Der Beschwerdeführer, ein verheirateter Vater von zehn Kindern, wendete sich mit der Verfassungsbeschwerde dagegen, dass die beitragsrechtlichen Vorschriften des SGB XI die Betreuung und Erziehung von Kindern bei der Bemessung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung nicht berücksichtigen. Das Gericht gab der Verfassungsbeschwerde statt. § 54 Abs. 1 und 2, § 55 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 sowie § 57 SGB XI seien mit Art. 3 Abs. 1 i.V.m. Art. 6 Abs. 1 GG nicht vereinbar, soweit Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet würden. Die erwerbstätigen Beitragszahler vertrauten im Umlageverfahren darauf, dass in der Zukunft in ausreichendem Umfang neue Beitragsschuldner vorhanden seien. Wenn jedoch der „generative Beitrag“ der Kindererziehung nicht mehr in der Regel von allen Versicherten erbracht werde, wie dies gegenwärtig angesichts der niedrigen Geburtenrate der Fall sei, führe dies zu einer spezifischen Belastung kindererziehender Versicherter im Pflegeversicherungssystem, deren benachteiligende Wirkung auch innerhalb dieses Systems auszugleichen sei. Spätestens bis zum 31.12.2004 hatte der Gesetzgeber daher eine verfassungsgemäße Neuregelung zu treffen und darüber hinausgehend die Bedeutung des Urteils auch für andere Zweige der Sozialversicherung zu prüfen. Wie eine derartige Regelung auszusehen habe, ließ das Gericht jedoch ausdrücklich offen. Die von der Bundesregierung gewählte Lösung war sehr umstritten und ist erst im Anschluss an ein Vermittlungsverfahren zustande gekommen. Änderungen in anderen umlagefinanzierten Zweigen der Sozialversicherung hielt die Bundesregierung in Ansehung des Urteils nicht für erforderlich (vgl. BT-Drucksache 15/3241, S. 5 ff.).

Keine Geltung für die PPV

Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung sind vom Kinder-Berücksichtigungsgesetz nicht erfasst. Kinderlose PPV-Versicherte müssen daher ab dem 1.1.2005 keinen höheren Pflegeversicherungsbeitrag zahlen. Der Grund dafür liegt im Kalkulationsverfahren der PPV,

die im Anwartschaftsdeckungsverfahren betrieben wird. Dabei leisten die Versicherten durch das Ansparen von Beitragsmitteln in der Alterungsrückstellung selbst Vorsorge für ihr finanzielles Pflegerisiko im Alter. Die PPV ist damit nicht in gleichem Maße auf die Prämienzahlungen der nachwachsenden Generationen angewiesen wie die SPV, die auf dem Umlageverfahren und damit auf einer „intergenerativen" Umverteilung beruht. Das Bundesverfassungsgericht hat daher festgestellt, dass der Gleichbehandlungsgrundsatz nicht verletzt wird, wenn die PPV vom Gesetzgeber nicht zu einer Berücksichtigung der Betreuung und Erziehung von Kindern der Versicherungsnehmer bei der Prämiengestaltung verpflichtet wird (BVerfG, Urteil vom 3.4.2001 – Az.: 1 BvR 1681/94, 2591/94 und 24/95 –). Aus der Nichtanwendbarkeit auf die PPV ergibt sich auch, dass bei der Feststellung des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, der für ältere Privatversicherte die Obergrenze des zu zahlenden Beitrags für ihre PPV bildet (s.o. Kap. IV 1. Beiträge), weiterhin der Beitragssatz von 1,7 Prozent und nicht etwa von 1,95 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze maßgeblich sein wird.

Übergangsfristen nach §§ 41 bis 43 SGB XI

Die Übergangsfristen nach den §§ 41 bis 43 SGB XI sollen nach dem Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens im Sozialrecht (BT-Drucksache 15/4751 vom 26.1.2005) bis zum 1.7.2007 verlängert werden. Das betrifft die Tragung der Kosten für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen durch die Pflegeversicherung, anstatt, wie in § 43 b SGB XI vorgesehen, durch die gesetzlichen Krankenkassen und die Staffelung der Leistungen bei vollstationärer Pflege nach Pflegestufen.

Rentenversicherung der Pflegepersonen
Organisationsreform der Rentenversicherung

Im Dezember 2004 wurde das Gesetz zur Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenversicherungsorganisationsgesetz – RVOrgG) im Bundesgesetzblatt I 2004, Seite 3242 ff., verkündet. Die wesentlichen Regelungen des Gesetzes sind zum 1.1.2005 bzw. werden zum 1.10.2005 in Kraft treten. Die gesetzlichen Änderungen des RVOrgG beziehen sich nur auf die Verwaltungsstrukturen und die geänderten Zuständigkeiten in der Rentenversicherung. Auswirkungen auf das Leistungsrecht, also z.B. auf die Rentenzahlungen, hat die RVOrgG nicht. Ab dem 1.1.2005 werden die Angestelltenversicherung und die Arbeiterrentenversicherung zusammengefasst; weiterhin werden ab dem 1.10.2005 der Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) unter der Bezeichnung „Deutsche Rentenversicherung Bund" zusammengelegt. Darüber hinaus fusionieren die drei Sonderträger Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse zum neuen Träger „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See". Zusammenschlüsse bei den Regionalträgern sind ebenfalls geplant. Aufgrund des RVOrgG hat der VDR mit dem PKV-Verband die Vereinbarung zur Beitragszahlung und zum Meldeverfahren für Pflegepersonen vom 25.1.1995 (vgl. § 176 a SGB VI) geändert. Für die private Pflegepflichtversicherung ist eine wesentliche Änderung, dass die Beiträge seit dem 1.1.2005 nur noch nach einem vorgegebenen Schlüssel an die zu-

ständigen Landesversicherungsanstalten bzw. ab 1.10.2005 an den zuständigen Regionalträger und an die BfA bzw. ab 1.10.2005 die Deutsche Rentenversicherung Bund gezahlt werden.

Einbeziehung der Beihilfestellen

Artikel 9 a des schon erwähnten Entwurfs eines Gesetzes zur Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens im Sozialrecht (BT-Drucksache 15/4751) ändert § 44 Abs. 5 SGB XI in der Weise, dass private Versicherungsunternehmen und Pflegekassen den Inhalt der Meldungen zur Rentenversicherungspflicht für Pflegepersonen den Beihilfestellen mitteilen müssen. Die Regelung soll ab dem 1.6.2005 in Kraft treten. Der Gesetzgeber kommt damit einer Forderung des Bundesrechnungshof nach, einen schnelleren Einzug der von den Beihilfestellen abzuführenden Rentenversicherungsbeiträge an die Träger der Rentenversicherung sicherzustellen. Bisher ist das Verfahren so geregelt, dass die versicherten Pflegebedürftigen eine Kopie der Meldung zur Weitergabe an die Beihilfestellen, die den Pflegeversicherern regelmäßig nicht bekannt sind, erhalten. Künftig muss von der Pflegeversicherung also zunächst die Beihilfestelle beim Versicherten erfragt werden.

Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Vom Bundesrat ist der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (BT-Drucksache 15/4534 vom 15.12.2004) eingebracht worden. Danach soll § 76 Abs. 2 Satz 2 SGB XI um die Möglichkeit ergänzt werden, durch Landesrecht zu bestimmen, dass anstelle eines Vertreters der überörtlichen Träger der Sozialhilfe ein Vertreter der örtlichen Träger der Sozialhilfe Mitglied der Schiedsstelle sein kann. Der zuständige Träger der Sozialhilfe soll künftig immer eine Partei der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 Abs. 2 Satz 1 SGB XI sein, unabhängig von einer Überschreitung eines bestimmten Anteils an den Berechnungstagen eines Pflegeheims. In ihrer Stellungnahme hat die Bundesregierung darauf hingewiesen, dass der Gesetzentwurf der näheren Prüfung bedürfe.

Pflege-Korrekturgesetz – PKG –

Der vom Freistaat Bayern über den Bundesrat eingebrachte Gesetzesantrag für ein Pflege-Korrekturgesetz – PKG (BT-Drucksache 15/1493 vom 28.8.2003) ist am 7.5.2004 vom Bundestag abgelehnt worden. Mit dem Gesetzentwurf sollte u.a. die durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 30.10.2001 – Az.: 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.

3. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

Als Bundestags-Drucksache 15/4125 vom 4.11.2004 hat die Bundesregierung dem Bundestag den 3. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 10 Abs. 2 SGB XI vorgelegt. Er gibt einen umfassenden Überblick und Detailinformationen über die Situation der Pflegeversicherung, insbesondere über die Zahl der Leistungsbezieher sowie die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung in den Jahren 2001 bis 2003. Auf den Seiten 36 f. enthält er auch An-

gaben zur PPV auf der Grundlage von deren Geschäftsstatistik für das Jahr 2002. Hervorgehoben wird, dass die PPV von 1999 bis 2002 einen prozentual fast dreimal so starken Anstieg der Pflegebedürftigenzahl wie die soziale Pflegeversicherung verzeichnet hat. Ursache hierfür sei, dass die durchschnittlich jüngeren Versicherten in den letzten Jahren verstärkt in die Altersgruppen mit einem höheren Pflegerisiko hineingewachsen seien. Der Anstieg im ambulanten und stationären Bereich sei etwa gleich stark. Dementsprechend seien auch die Leistungsausgaben in der PPV in den letzten Jahren mit durchschnittlich 2,7 Prozent deutlich stärker gestiegen als in der SPV (S. 39). Auch zeige sich, dass in der PPV die höheren Pflegestufen ein größeres Gewicht hätten als in der SPV. Ursache hierfür dürften hauptsächlich strukturelle Besonderheiten des versicherten Personenkreises sowie das höhere Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen sein. Auch in der PPV habe sich in den letzten Jahren der Anteil der unteren Pflegestufen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen aber weiter erhöht.

3. Medizinische Begutachtung der Antragsteller

MEDICPROOF

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

Begutachtungsdauer

Die Zeit zwischen Eingang des Begutachtungsauftrages bei der MEDICPROOF GmbH bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens hat im Jahr 2004 im Mittel 25 Tage bei ambulanter und 22 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 Gutachter; die Pflegestufe wird dann innerhalb von ca. sechs Wochen durch externe Gutachter im Pflegeheim überprüft.

Gutachter bei MEDICPROOF

Mit Stand vom 1.12.2004 waren 823 freie Mitarbeiter für die MEDICPROOF GmbH tätig, 750 Ärzte und 73 Pflegefachkräfte. Gemäß § 6 Abs. 2 MB/PPV 1996 erfolgt die Feststellung 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 Fluk-

tuation der freien Mitarbeiter. Bei der Auswahl der externen Gutachter wird auf hohe Qualifikation geachtet, was sich in einem hohen Anteil von Fachärzten widerspiegelt (Mehrfachqualifikationen wurden berücksichtigt):

Allgemeinmedizin	26 %
Innere Medizin	16 %
Arbeitsmedizin	14 %
Chirurgie, Orthopädie	5 %
Öffentliches Gesundheitswesen	7 %
Neurologie, Psychiatrie	5 %
Pädiatrie	4 %
Sonstige Fachärzte	7 %
Praktische Ärzte	26 %

Begutachtungsrichtlinien

Grundlage der gutachterlichen Bewertung sind die Begutachtungsrichtlinien der gesetzlichen Pflegekassen vom 21.3.1997 in der Fassung vom 22.8.2001. Sie weisen für den Zeitbedarf an Hilfeleistungen bei den Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität so genannte „Orientierungswerte“ auf, die durch Addition den für eine bestimmte Pflegestufe ausschlaggebenden Gesamtpflegezeitaufwand ergeben. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) haben Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, d. h. mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder anderen psychischen Krankheiten und einem daraus resultierenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung seit 1.4.2002 Anspruch auf zusätzliche Leistungen, die vor allem die Angehörigen dieser Pflegebedürftigen entlasten sollen.

Begutachtungsergebnisse

Seit dem BSG-Urteil vom 22.8.2001, wonach eine Überprüfung der Pflegestufe nur statthaft ist, wenn Grund zu der Annahme besteht, dass sich der Hilfebedarf in pflegestufenrelevantem Umfang geändert haben könnte, ist ein deutlicher Auftragsrückgang der Pflegegutachten zu verzeichnen. Im Jahr 2004 wurden 89.683 Anträge auf Pflegeleistungen gutachterlich bearbeitet. Das sind 25.382 weniger als im Jahr 2001. Im Durchschnitt bearbeitete damit jeder Gutachter monatlich ca. neun Gutachten und von der MEDICPROOF GmbH waren täglich etwa 360 Aufträge zu koordinieren. Davon entfielen 26 Prozent auf die stationäre Pflege, 74 Prozent auf die ambulante Pflege. Täglich wird eine Zufallsstichprobe von 1 Prozent der Gutachten systematisch auf ihre Qualität hin überprüft; diese Qualitätskontrolle erfolgt zusätzlich bei allen Begutachtungen von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres. Die Gutachten werden erst dann der jeweiligen privaten Krankenversicherung zugeleitet, wenn formale Qualitätsdefizite bereinigt wurden. In der

medizinisch-pflegerischen Beurteilung sind die Gutachter frei und keinen Weisungen unterworfen.

Als Ergebnis der gutachterlichen Beurteilung der Pflegestufen ergab sich für das Jahr 2004:

	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege
Erstbegutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit i.S. SGB XI	22,0 %	9,3 %
Pflegestufe I	50,8 %	38,1 %
Pflegestufe II	22,3 %	38,7 %
Pflegestufe III	4,9 %	13,9 %
Alle Begutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit i.S. SGB XI	15,0 %	4,3 %
Pflegestufe I	42,6 %	24,0 %
Pflegestufe II	31,9 %	46,4 %
Pflegestufe III	10,5 %	25,3 %

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

Härtefälle

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, beipielsweise 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 31.12.2004 1.915 Versicherte (802 (42 Prozent) Frauen, 1.113 (58 Prozent) Männer) als Härtefall anerkannt worden. Das Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung betrug 66 ± 21 (Mittelwert ± Standardabweichung) Jahre (siehe Tabelle). 11,2 Prozent waren jünger als 40 Jahre, 28,4 Prozent älter als 80 Jahre. Stationäre Pflege wurde häufiger als häusliche Pflege in Anspruch genommen, insbesondere von Frauen.

Als Härtefall anerkannte Pflegebedürftige nach Geschlecht, Alter und Art der Pflege (Stand: 31.12.2004)

Geschlecht	Anzahl	Anteil	Alter (Mittelwert)	Alter (Standardabweichung)	Häusliche Pflege	Anteil	Stationäre Pflege	Anteil
m	1.113	58,1 %	62,1	19,6	498	44,7 %	615	55,3 %
w	802	41,9 %	70,9	21,1	269	33,5 %	533	66,5 %
insg.	1.915	100,0 %	65,8	20,7	767	40,1 %	1.148	59,9 %

Mit 87 Prozent waren Hirnkrankheiten die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit (Schaubild IV). Hier standen – im Wesentlichen wie in den vergangenen Jahren – Demenzen (36 Prozent) im Vordergrund, gefolgt von apallischen Syndromen, der multiplen Sklerose, der amyotrophen Lateralsklerose, ischämischen Schlaganfällen und der Parkinson-Krankheit. Malignome (bösartige Tumoren) ohne Hirnbeteiligung spielten mit insgesamt 5,5 Prozent eine geringere Rolle.

In einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 1.002 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.

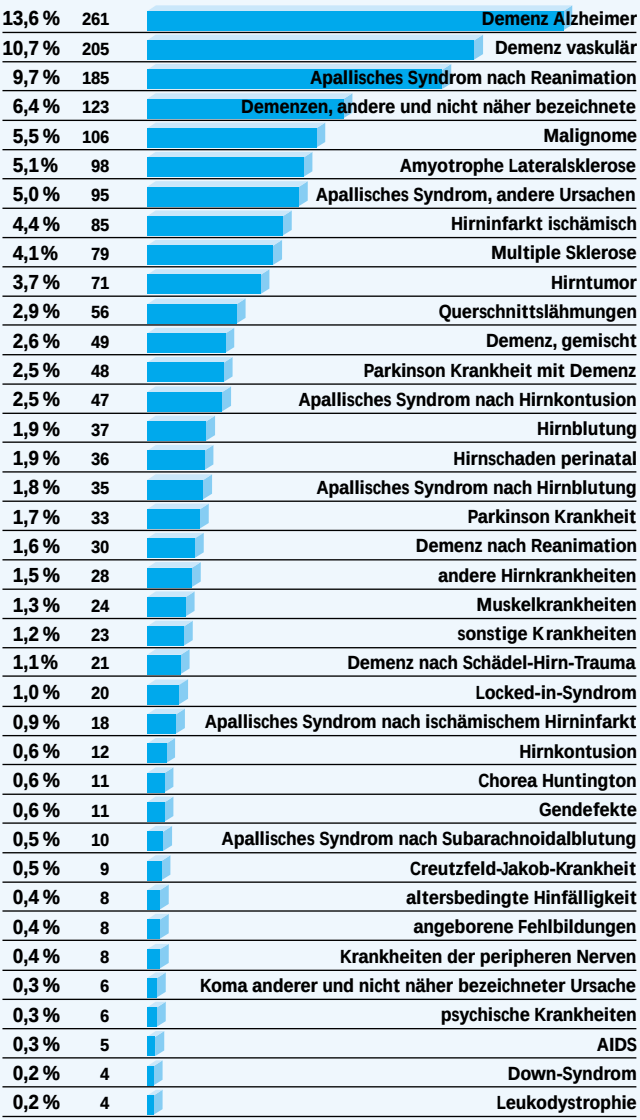
Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben (§ 36 SGB XI bzw. § 43 SGB XI) ist der Anteil der Härtefälle bei ambulanter Pflege auf 3 Prozent der Pflegestufe III bzw. bei stationärer Pflege auf 5 Prozent der Pflegestufe III zu begrenzen. Am Stichtag 31.12.2004 belief sich der Anteil im ambulanten Bereich auf 1,6 Prozent, im stationären Bereich auf 3,2 Prozent, so dass die gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind.

Datenschutz bei der Pflegebegutachtung

Die Einschaltung von MEDICPROOF als dem medizinischen Dienst der PPV entspricht dem Vorgehen in der SPV und ist im Versicherungsvertrag (§ 6 Abs. 2 Satz 3 MB/PPV) auch ausdrücklich vorgesehen. Die nordrhein-westfälische Datenschutzaufsichtsbehörde sah jedoch weder in der betreffenden Klausel noch in der bisher verwendeten Schweigepflichtentbindungserklärung eine hinreichende Ermächtigung für die Einschaltung der MEDICPROOF GmbH in den Datenfluss zwischen Gutachter und Versicherungsunternehmen und beanstandete das Verfahren. Auslöser für die Überprüfung war die Beschwerde des Sohnes einer Pflegebedürftigen, der sich Vorwürfen wegen möglicher Vernachlässigung ausgesetzt sah, nachdem ein Arzt der MEDICPROOF GmbH aus Sorge um das Wohl einer Pflegebedürftigen das zuständige Amtsgericht zwecks Einleitung eines Betreuungsverfahrens informiert hatte. Das Vorgehen des Arztes war, zumindest nach der von PPV und der MEDICPROOF GmbH vertretenen Auffassung, aufgrund der bestehenden Gefahr für Leib und Leben der Frau gerechtfertigt. Die Kritik der Datenschützer wurde aber dennoch aufgegriffen und die Schweigepflichtentbindungserklärung, die mit dem Leistungsantrag vom Versicherten unterzeichnet wird, neu gefasst. In der Neufassung wurde vor allem die Rolle, die die MEDICPROOF GmbH in dem Begutachtungsverfahren spielt, deutlich beschrieben, um so den Anforderungen der §§ 4, 4 a BDSG zu entsprechen. Daneben wurden die Vertragsverhältnisse zwischen den Versicherungsunternehmen und der MEDICPROOF GmbH als Auftragsverhältnis im Einzelnen schriftlich geregelt.

Schaubild IV

Pflegebegründende Diagnosen



4. Recht der Versicherungsleistungen

Feststellung der Pflegebedürftigkeit
Pflicht zur Einholung eines außergerichtlichen Gutachtens

Im Anschluss an eine ähnliche Entscheidung vom 13.5.2004 – Az: B 3 P 7/03 R – hat das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 22.7.2004 – Az.: B 3 P 6/03 R – Feststellungen zum maßgeblichen Zeitpunkt der Beurteilung bei Dauerleistungen, wie Pflegegeld, getroffen. Entsteht ein von einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen zunächst zu Recht abgelehnter Anspruch auf höhere Leistungen wegen einer Änderung der Verhältnisse erst im Laufe des gerichtlichen Verfahrens, sind von diesem Zeitpunkt an Leistungen zu gewähren und vom Gericht zuzusprechen, ohne dass es eines erneuten Leistungsantrages an das Versicherungsunternehmen bedarf. Ausschlaggebend für die Beurteilung des Klagebegehrens sei der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung. Nach § 64 Abs. 1 Satz 1 VVG sind Versicherer und Versicherungsnehmer an die Feststellungen der ärztlichen Sachverständigen zu den Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder zur Höhe des Schadens grundsätzlich gebunden, wenn dies – wie hier in § 6 Abs. 2 MB/PPV 1996 – vertraglich vereinbart worden ist. Die Feststellungen der Ärzte seien nur dann nicht verbindlich, „wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen“, wobei auf den Sachstand und die Erkenntnismittel zum Zeitpunkt der Begutachtung abzustellen sei (im Anschluss an die BSG-Urteile vom 22.8.2001). Nach der gutachterlichen Prüfung durch den Versicherer sei eine vom Versicherten behauptete Änderung des Pflegebedarfs vom Gericht nicht ohne weiteres von Amts wegen zu prüfen. Vielmehr habe der Versicherer außergerichtlich darüber ein neues Gutachten einzuholen, wobei dieser darauf vom Gericht erforderlichenfalls hingewiesen werden muss.

Bindung an Feststellungen des „Vorversicherers“

In einer weiteren Entscheidung vom 13.5.2004 – Az.: B 3 P 3/03 R – hat das Bundessozialgericht festgestellt, dass bei einem Versicherungswechsel für die „aufnehmende“ Versicherung keine Bindung an die gutachterlichen Feststellungen des „Vorversicherers“ besteht. Es kann vielmehr die Pflegestufe neu feststellen und die Leistungen neu zusagen, ohne an die Vorgutachten oder Leistungszusagen gebunden zu sein. Ein Vertrauenstatbestand für den Versicherungsnehmer besteht insoweit nicht. Dies soll in allen Fällen des Versicherungswechsels gelten, also sowohl beim Wechsel innerhalb der SPV bzw. der PPV als auch beim Wechsel von der SPV zur PPV und umgekehrt.

Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung
Eigenbedienbarer Elektrorollstuhl ist kein Pflegehilfsmittel

Im Anschluss an die Entscheidung des BSG vom 11.4.2002 zum schwenkbaren Autositz – Az.: B 3 P 10/01 R –, Rechenschaftsbericht 2002, S. 96) hat das Hessische Landessozialgericht (LSG) mit Urteil vom 19.8.2004 – Az.: L 14 P 1091/02 – entschieden, dass Versicherte der PPV keinen Anspruch auf Versorgung mit einem eigenbedienbaren Elektrorollstuhl aus der Pflegeversicherung haben. Dabei hat das Gericht, wie auch bisher das BSG, offen gelassen, ob der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung wirksam dadurch eingeschränkt werden kann, dass es im Pflegehilfsmittelverzeichnis der PPV nicht enthalten ist. Die Kostenerstattung war aber schon deshalb ausgeschlossen, weil dieses

Hilfsmittel für die in § 40 Abs. 1 SGB XI und § 4 Abs. 7 MB/PPV vorausgesetzten Ziele nicht notwendig sei. Pflegehilfsmittel könnten grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich seien (unter Hinweis auf das BSG-Urteil vom 3.11.1999 – Az.: B 3 P 3/99 R –). Dementsprechend sei die Pflegeversicherung weder zuständig für solche Hilfsmittel, die durch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit des Pflegebedürftigen erforderlich würden, noch für solche, die das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung für andere Zwecke ermöglichten, selbst wenn es darum gehe, die Krankenbehandlung des Pflegebedürftigen sicherzustellen; denn für solche Leistungen sei die Krankenversicherung zuständig. Anders als beim schwenkbaren Autositz, über den das BSG zu entscheiden gehabt habe (s.o.), könne der eigenbedienbare Elektrorollstuhl allerdings auch im häuslichen Umfeld eingesetzt werden und ermögliche im Sinne von § 4 Abs. 7 MB/PPV eine selbständigere Lebensführung. Der gerichtliche Sachverständige hatte dazu festgestellt, der Kläger werde durch den Elektrorollstuhl auch innerhalb der Wohnung von der Anwesenheit einer Pflegeperson unabhängiger. Die Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung durch die Benutzung eines eigenbedienbaren Elektrorollstuhls sei, so führt das LSG weiter aus, allerdings nicht lediglich ein Aspekt der Pflege, sondern gleichermaßen auch des Behinderungsausgleichs, zumal dieser es ihm auch ermögliche, sich ohne fremde Hilfe außerhalb der Wohnung fortzubewegen. Bei Versicherten der sozialen Pflegeversicherung sei bei dieser Fallgestaltung allein die Leistungspflicht der Krankenversicherung gegeben. Für die PPV, die einen der sozialen Pflegeversicherung „gleichwertigen“ Versicherungsschutz zu gewährleisten habe, könne für die Abgrenzung der Leistungspflicht nichts anderes gelten, deshalb komme es auch nicht darauf an, ob der Pflegebedürftige überhaupt privat krankenversichert sei bzw. in welchem Umfang die private Krankenversicherung nach ihrem jeweiligen Tarif einen entsprechenden Leistungsanspruch abdecke. Anderenfalls würden Versorgungslücken im Bereich der privaten Krankenversicherung auf die Pflegepflichtversicherung abgewälzt. Der Kläger hat Revision beim BSG eingelegt.

Personenaufzug zur Wohnumfeldverbesserung

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 13.5.2004 – Az.: B 3 P 5/03 R – entschieden, dass die Installation eines Personenaufzuges als Maßnahme der Wohnumfeldverbesserung aus der Pflegeversicherung zuschussfähig sein kann, wenn sie für den Verbleib des Pflegebedürftigen in der eigenen Wohnung förderlich ist und er dadurch deutlich weniger auf die Unterstützung von Pflegepersonen angewiesen ist. Insofern kämen nicht nur die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Verrichtungen des täglichen Lebens in Betracht, sondern auch z.B. das Bedürfnis, „an die frische Luft“ zu kommen oder Einkäufe zu tätigen. Anders als im Bereich der Hilfsmittelversorgung gelte im Bereich der Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen auch nicht der Ausschluss allgemeiner Gebrauchsgegenstände von der Versorgung. Entscheidend sei vielmehr, dass die Maßnahme aufgrund der Behinderung erforderlich sei, um die Selbständigkeit zu sichern und zu verbessern.

Rentenversicherung der Pflegepersonen bei Auslandsbezug

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Entscheidung vom 8.7.2004 – Az.: C-502/01 und C-31/02 – darüber entschieden, dass auch eine Pflegeperson, die außerhalb Deutschlands in einem anderen EU-Mitgliedstaat wohnt, rentenversicherungspflichtig sein kann. Der Entscheidung lagen folgende Sachverhalte zugrunde:

– Die Pflegepersonen wohnten in Frankreich und arbeiteten in Deutschland, weshalb sie in der sozialen Pflegeversicherung versichert waren. Ihr behinderter Sohn war über sie pflegeversichert und wohnte ebenfalls in Frankreich, wurde dort von ihnen gepflegt und erhielt Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere in der Form von Pflegegeld.

– Die Pflegeperson wohnte in Belgien und pflegte einen in Deutschland lebenden Versorgungsempfänger, der teilweise über die Beihilfe, teilweise über die private Pflegepflichtversicherung abgesichert war.

Der EuGH hat festgestellt, dass es nicht mit dem Europarecht, insbesondere mit Artikel 17 EG-Vertrag und der Verordnung (EWG) 1408/71 in Einklang steht, dass die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen verweigert werden kann, wenn die ehrenamtlichen Pflegepersonen in einem anderen Mitgliedstaat der EU als in dem für die Rentenversicherung zuständigen Staat wohnen. Der Umstand, dass es sich in einem Fall um ein privates Versicherungsverhältnis handelte, steht der Anwendung dieser Vorschriften nicht entgegen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen – handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen -, der VDR, die BfA und der PKV-Verband haben sich auf eine einheitliche Umsetzung dieser Entscheidung verständigt: Die Versicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen in der Rentenversicherung kommt unter den näheren Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI auch dann zustande, wenn die Pflegeperson ihren Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland, aber innerhalb eines anderen EU-/EWR-Mitgliedstaates oder der Schweiz hat. Vom Wohnsitz in einem anderen EU-/EWR-Mitgliedstaat oder der Schweiz kann in diesem Zusammenhang bereits dann ausgegangen werden, wenn die nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit von vornherein auf gewisse Dauer angelegt ist.

Rechnungsprüfung und Datenschutz

In seinem 19. Tätigkeitsbericht hatte der Bundesbeauftragte für den Datenschutz die Praxis der Pflegekassen beanstandet, zum Zwecke der Rechnungsprüfung in Zweifelsfällen Einsichtnahme in die Pflegedokumentation zu verlangen, weil es dafür an einer Rechtsgrundlage fehle. Allein der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) habe entsprechende gesetzliche Einsichtsrechte. In einer vom BMGS durchgeführten Besprechung zwischen den Pflegekassen, der PPV und den Datenschützern wurde Einvernehmen darüber hergestellt, dass auch aus Sicht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz keine Bedenken gegen die Einsichtnahme eines gemäß § 114 Abs. 6 Satz 1 SGB XI beteiligten Vertreters der betroffenen Pflegekasse in die Pflegedokumenta-

tion besteht, sofern der Vertreter der Pflegekasse im Rahmen einer örtlichen Prüfung nach § 114 Abs. 1 bis 3 SGB XI (Einzelprüfung, Stichproben- und vergleichende Prüfung) hinzugezogen wird, um – wie dies in der Begründung zu dieser Vorschrift ausdrücklich genannt ist – eine wirksame Prüfung der Abrechnungen zu gewährleisten. Darüber hinaus bestehe weder eine Verpflichtung noch eine Berechtigung der Pflegeeinrichtung, die Pflegedokumentation den Pflegekassen zu offenbaren. Die Pflegedokumentation stelle keine Abrechnungsunterlage im Sinne des § 105 SGB XI dar. Der Inhalt der Abrechnungsunterlagen sei in § 105 Abs. 1 SGB XI abschließend geregelt. Insoweit bestehe für eine Weitergabe der Pflegedokumentation an die Pflegekassen selbst weder eine rechtliche Grundlage noch ein Bedarf. Der Verband hat darüber seine Mitgliedsunternehmen am 15.1.2004 informiert und angeregt, auf Einsichtnahmen in die Pflegedokumentation zu Kontrollzwecken im Rahmen der Rechnungsprüfung auch für den Bereich der PPV zu verzichten. Nachträglich hat der Bundesbeauftragte für den Datenschutz mit Schreiben vom 3.1.2005 klargestellt, dass er eine Einsichtnahme in die Pflegedokumentation auch dann für unzulässig halte, wenn Versicherte, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, im Rahmen eines sog. „Beratungsservices“ von Pflegeberatern der Pflegekassen aufgesucht würden, um von diesen beraten zu werden, und in diesem Zusammenhang auch eine Einsichtnahme in die Pflegedokumentation erfolge.

Kritik

So berechtigt eine ausgeprägte Sensibilität beim Schutz von Gesundheitsdaten ist, so bedauerlich ist die starre und wenig sachgerechte Haltung der Behörde, die dazu führt, dass es den Pflegekassen nahezu unmöglich gemacht wird, Indizien für ein unlauteres Abrechnungsverhalten von Pflegeeinrichtungen zu sammeln, was letztlich zu Lasten der Pflegebedürftigen geht. Eine Einsichtnahme soll nämlich selbst dann nicht möglich sein, wenn sie mit Zustimmung des Pflegebedürftigen geschieht. Dieser verliert so unter Umständen den einzigen sachkundigen Vertreter seiner Interessen gegenüber einer unlauteren Pflegeeinrichtung. Datenschutz läuft so Gefahr einmal mehr zum „Tatenschutz“ zu werden.

5. Beziehungen zu den Leistungserbringern

Leistungs- und Qualitätsnachweise fehlen

Seit Jahresbeginn 2004 besteht für Pflegeeinrichtungen nur noch dann ein Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung über Leistungsentgelte, wenn Leistungs- und Qualitätsnachweise (LQN) gemäß § 113 Abs. 5 SGB XI vorgelegt werden können. Die entsprechende Verordnung gemäß § 118 SGB XI, die eine Erteilung dieser LQN regelt, ist allerdings bisher nicht erlassen worden. Daher haben sich die Spitzenverbände der Pflegekassen derart positioniert, dass sich Vertragspartner im konkreten Fall über § 113 Abs. 5 SGB XI hinwegsetzen können, da das entsprechende Nachweisverfahren fehlt. Nach Meinung einiger Akteure wird durch das Fehlen dieses wichtigen Elementes das ganze System der Qualitätssicherung im SGB XI gefährdet. Der Schiedsstellen-

vorsitzende in Hamburg regt an, dieses Regelungsvakuum mit Hilfe der Selbstverwaltung z.B. durch Akkreditierung von Zertifizierungsstellen zu lösen.

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen werden umgesetzt

Mit dem Jahreswechsel 2003/2004 wurden die im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) formulierten Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) gemäß § 80 a SGB XI verbindlich. Nur in sehr wenigen Ländern konnte unter den Verhandlungspartnern rechtzeitig eine einheitliche LQV vereinbart werden, so dass auch die Schiedsstellen gefordert waren, ausstehende Lösungen auf den Weg zu bringen. Dabei wurde betont, dass eine LQV stets reale Produkte definieren müsse, so dass eine LQV zwangsläufig nur zeitlich vor bzw. parallel zu der Vergütung abgeschlossen werden könne. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass eine LQV keinen Automatismus zur Vergütungssteigerung auslöse. Das Selbstkostendeckungsprinzip gelte eben nicht. Gerade die Leistungsstärke einer Einrichtung komme darin zum Ausdruck, dass auch eine durchschnittliche Vergütung realisierbar sei. Das Marktpreisschema des Bundessozialgerichtes sei durch die LQV nicht außer Kraft gesetzt. Externe Vergleiche seien weiterhin relevant. Allerdings seien dafür präzisere Vergleichsgruppen als bisher vorliegend nötig.

Bundesweite PLAISIR-Einführung gescheitert

Nachdem es lange Zeit so aussah, als ob sich die kanadischen Rechteinhaber von PLAISIR mit den deutschen Interessenten – vertreten durch die bereits gegründete Betreibergesellschaft DEGEP – einigten, überraschte die Meldung der gescheiterten Verhandlungen umso mehr. In vielen Ländern hatte man sich bereits auf die Einführung des Pflege- und Personalbedarfsbemessungsverfahrens geeinigt. In Sachsen wurde z.B. durch den Rahmenvertrag die Praxiserprobung von PLAISIR vereinbart. Ebenso sah der Rahmenvertrag zur vollstationären Pflege in Schleswig-Holstein eine Öffnungsklausel vor, um das im Landkreis Bad Segeberg erprobte Verfahren rasch in der Variante des „Kieler Modells“ umzusetzen. Nunmehr verhandelt man in Kiel darüber, ob überhaupt Erkenntnisse aus dem Modellprojekt in Bad Segeberg in die anstehenden Verhandlungen des Rahmenvertrages einfließen dürfen.

NRW-Referenzmodelle

Nun werden also neue Wege und Verfahren diskutiert, um die Pflegebedarfe und daraus ableitbare Personalbedarfe zu generieren. Grundsätzlich erscheint es wünschenswert Alternativen zu PLAISIR zu finden. Seit einigen Jahren wurde in NRW das Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ vorbereitet, das im Januar 2005 startet und von Mitarbeitern der Universitäten Bielefeld und Dortmund wissenschaftlich begleitet wird. Während sich die übrigen Länder ausschließlich mit PLAISIR befassten, ging man in NRW einen eigenen Weg, der allerdings vor dem Hintergrund der intensiven PLAISIR-Diskussion bisher wenig Beachtung fand. Mittlerweile besteht die Perspektive, dass dieses Projekt bundesweit als Vorbild genommen wird. Mit dem Ergebnis dieses Modellprojektes – einer genauen Definition der Versorgungsbedarfe – wird im Jahr 2006 zu rechnen sein. Darauf aufbauend können in einem zwei-

ten Schritt konkrete Personalbedarfe ermittelt werden. Bis dahin gelten in NRW die von der Schiedsstelle bestätigten Personalrichtwerte.

Kostenerstattung bei Sondenernährung

Das Urteil des Bundesgerichtshofes vom 22.1.2004 – Az.: III ZR 68/03 – begründet den Anspruch von Pflegebedürftigen auf ein vermindertes Verpflegungsentgelt bei vorliegender Sondenernährung. Eine Erstattung der Aufwendungen für Verpflegung hat demnach bei vollständiger Sondenernährung zu erfolgen. Das Urteil wurde in den Ländern sehr kontrovers diskutiert, denn es bewirkt bei der Pflegesatzermittlung eine Abkehr vom pauschalierten und von Durchschnittswerten geprägten Vergütungssystem. Allein in NRW einigte sich der Grundsatzausschuss für stationäre Pflege vor dem Hintergrund des öffentlichen Interesses auf ein Verfahren zur Umsetzung dieses BGH-Urteils. Allerdings ist man damit nicht wirklich zufrieden, denn die Übertragung des dem Urteil zugrunde liegenden Rechtsgedankens bewirkt möglicherweise die Einforderung einer Vielzahl von Einzelerstattungsansprüchen bei der Nichtinanspruchnahme von in den Pflegesätzen enthaltenen Leistungen. Damit wäre die derzeit praktizierte prospektive pauschale Kalkulation der Pflegesätze für einen bestimmten Vergütungszeitraum aufgrund dieser systemfremden Rechtsprechung nicht mehr möglich.

Modellprojekte nach § 45 c SGB XI

Zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen insbesondere für Demente stellen die Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung jährlich 10 Mio. Euro zur Verfügung. Diese Mittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder verteilt und durch Gelder der öffentlichen Haushalte in gleicher Höhe ergänzt, so dass bundesweit theoretisch insgesamt 20 Mio. Euro für diese Zwecke zur Verfügung stehen. Allerdings ist für 2004 noch eine sehr verhaltene Förderung entsprechender Modellprojekte zu konstatieren. Insgesamt wurden nur ungefähr 30 Prozent der zur Verfügung stehenden Mittel abgerufen. Einige Länder gehen die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen bewusst defensiv an, so dass es hier im Zeitablauf sicherlich zu einer vermehrten Nachfrage nach Geldern kommen wird. Problematisch erscheint es dagegen, wenn vor dem Hintergrund leerer öffentlicher Kassen nur bestimmte Höchstbeträge für 45c-Mittel in die Haushalte eingestellt werden. Ein solches aus NRW bekanntes Vorgehen wirkt aufgrund der gesetzlich vorgesehenen paritätischen Finanzierung äußerst restriktiv. Einerseits gilt es NRW positiv hervorzuheben, da es bereits sehr viele Projekte auf den Weg gebracht hat. Andererseits verzichtet man durch die restriktive Haushaltsgestaltung bis 2008 jährlich auf über 1 Mio. Euro bereits von den Kassen und der PKV zur Verfügung gestellter Gelder.

V. Rechnungslegungs-, Solvabilitäts- und Steuerfragen

1. Rechnungslegung

Internationale Rechnungslegung

Gemäß der EU-IAS-Verordnung (EG) Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 19.7.2002 betreffend die Anwendung internationaler Rechnungslegungsstandards (IAS-Verordnung) müssen ab dem 1.1.2005 alle europäischen kapitalmarktorientierten Mutterunternehmen ihre Konzernabschlüsse nach den internationalen Rechnungslegungsstandards (International Accounting Standards (IAS) und International Financial Reporting Standards (IFRS)) aufstellen. Diese Standards sollen das Rechenwerk für Investoren und Analysten transparenter machen und die Vergleichbarkeit zwischen europäischen und amerikanischen Firmen verbessern.

IAS 39

Die Europäische Kommission hat eine Verordnung beschlossen (Verordnung (EG) Nr. 2086/2004 vom 19.11.2004, veröffentlicht am 9.12.2004 im Amtsblatt der Europäischen Union L 363), mit der IAS 39 (Finanzinstrumente: Ansatz und Bewertung) unter Ausklammerung bestimmter Vorschriften über die Anwendung der uneingeschränkten Fair Value-Option und die Bilanzierung von Sicherungsgeschäften (Hedge Accounting) übernommen wird. Damit handelt es sich um ein Teil-Endorsement. Von der Europäischen Kommission ist außerdem eine politische Erklärung abgeben worden, wonach sie davon ausgeht, dass das International Accounting Standards Board (IASB) die nötigen Änderungen an diesen beiden ausgeklammerten Vorschriften bis September 2005 vornehmen wird. Mit Ausnahme der ausgeklammerten Vorschriften wird IAS 39 ab dem 1.1.2005 für alle kapitalmarktorientierten Unternehmen in der Europäischen Union verbindlich sein.

IFRS 4 (Phase 1)

Am 31.3.2004 hat das International Accounting Standard Board (IASB) den IFRS 4 Insurance Contracts (Phase 1) veröffentlicht. Der Fahrplan des IASB sieht kein Verfallsdatum für Phase 1 vor, d.h. die Regelungen der Phase 1 werden so lange Gültigkeit besitzen, bis der endgültige Standard (Phase 2) zur Bilanzierung von Versicherungsverträgen verabschiedet ist. IFRS 4 regelt die Bilanzierung von Versicherungsverträgen. Der Standard ist, mit bestimmten Ausnahmen, auf alle Arten von Versicherungsverträgen anzuwenden.

Appendix A der IFRS 4 definiert einen Versicherungsvertrag als Vertrag, durch den eine Partei (= der Versicherer) ein signifikantes Versicherungsrisiko von einer anderen Partei (= der Versicherungsnehmer) übernimmt, indem sie vereinbart, dem Versicherungsnehmer eine Entschädigung zu leisten, wenn ein spezifiziertes ungewisses zukünftiges Ereignis (= das versicherte Ereignis) den Versicherungsnehmer nachteilig betrifft. IFRS 4 verlangt den Transfer eines Versicherungsrisikos. Als

Versicherungsrisiko gilt dabei jedes Risiko, das von einer Partei auf eine andere übertragen wird und kein Finanzrisiko darstellt. Als Finanzrisiko wird jedes Risiko bezeichnet, das aus der Veränderung von finanziellen Variablen oder nichtparteispezifischen, nichtfinanziellen Variablen entsteht. Zu Beginn des Vertrages muss Unsicherheit herrschen (= Risiko) in Bezug auf mindestens einen der folgenden Faktoren:

– Eintritt des versicherten Ereignisses (Anzahl/Frequenz),

– Zeitpunkt des Eintritts des versicherten Ereignisses (Timing),

– Umfang der Folgen des versicherten Ereignisses (Intensität).

Zudem muss das Versicherungsrisiko signifikant sein. Ein Versicherungsrisiko gilt als signifikant, wenn es in allen Szenarien von „Commercial Substance" zu signifikanten Änderungen der Verpflichtungen des Versicherers führen kann. Ausgenommen sind Szenarien, die keinen erkennbaren Einfluss auf den ökonomischen Wert der Transaktion haben („Lack of Commercial Substance"). Was „Commercial Substance" bedeutet oder wann eine Änderung als signifikant gilt, wird in IFRS 4 nicht näher definiert.

Zusätzlich muss das versicherte Ereignis den Versicherungsnehmer „nachteilig" betreffen. Das heißt, das Ereignis muss geeignet sein, eine Beschädigung der Vermögenswerte des Versicherungsnehmers zu bewirken. Liegt kein derartiges „versichertes Interesse" vor, besteht seitens des Versicherers ein Leistungsvorbehalt gegenüber dem Versicherungsnehmer.

Ein Vertrag, der alle diese oben genannten Kriterien eines Versicherungsvertrages nach IFRS 4 erfüllt, bleibt ein Versicherungsvertrag bis zur Tilgung oder zum vollständigen Auslaufen aller Rechte und Pflichten.

Folgen von IFRS 4 (Phase 1)

Für private Krankenversicherungsunternehmen, die nach den IAS/IFRS bilanzieren, ergeben sich aus dem IFRS 4 (Phase 1) eine Reihe von Neuerungen bzw. Änderungen:

1. Durchführung von Angemessenheitstests (liability adequacy tests):
   Für Rückstellungen wird die Durchführung eines Angemessenheitstests (LAT) verlangt, wonach die Rückstellungen zu jeder Zeit mindestens dem Barwert der zu erwartenden zukünftigen Zahlungsströme entsprechen sollen. Andernfalls ist der gesamte Fehlbetrag (= deficiency) über die Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) erfolgswirksam zu verbuchen.

2. Inkonsistente Bewertung von Kapitalanlagen und Rückstellungen:
   Nach IFRS 4 ist es möglich, dass Unternehmen für Teilbestände von versicherungstechnischen Rückstellungen eine Bewertung auf Basis

der aktuellen Annahmen zum Bilanzstichtag vornehmen. Diese Wertänderungen der versicherungstechnischen Passiva werden in der GuV wirksam. Dagegen werden Zeitwertveränderungen in Kapitalanlagen, die für den Verkauf vorgesehen sind (Available for Sale), nicht in der GuV erfasst.

3. Entflechtung von Versicherungs- und Finanzkomponenten:
   Bei kombinierten Verträgen, die sowohl ein versicherungstechnisches Risiko als auch eine Finanzkomponente enthalten, die die Definition eines Derivates nach IAS 39 („Übergangsstandard“) erfüllt, ist diese vom Basisvertrag zu trennen (unbundling) und zum Zeitwert zu bewerten. Dies wird gefordert, sofern die Zahlungsströme des eingebetteten Derivates von denen des Basisvertrages getrennt werden können und die eingebettete Komponente nicht schon im Basisvertrag zum Zeitwert bilanziert ist.

4. Angaben im Anhang:
   Zum Zwecke der Transparenz und Vergleichbarkeit sind im Anhang eine Fülle von Angaben zu machen (disclosures). Grundsätzlich sind quantitative Einschätzungen wünschenswert. Für den externen Bilanzleser sind Daten vor allem auf einer hohen Aggregationsstufe sinnvoll. In jedem Fall sollten qualitative Einschätzungen erfolgen. Die Angaben müssen zwei Prinzipien genügen: Erstens sollen die Posten im Jahresabschluss, die Rechte und Pflichten aus Versicherungsverträgen beinhalten, genannt und erläutert werden. Und zweitens sollen die Angaben zu Beträgen, Fristigkeiten und Unsicherheiten der Zahlungsströme aus Versicherungsverträgen gemacht werden. Versicherungsunternehmen haben somit Informationen offen zu legen, die den externen Jahresabschlussadressaten unterstützen, die geschätzten Beträge, den Zeitpunkt und die Unsicherheit hinsichtlich zukünftiger Cashflows aus den Versicherungsverträgen einzuschätzen. Daher hat ein Versicherer Folgendes offen zu legen:

   – Angabe der Risikomanagementziele:
     Teilweise werden bereits im deutschen Jahresabschluss nach dem Handelsgesetzbuch (HGB) Angaben zum Risikomanagement gemäß dem Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG i.V.m. Deutscher Rechnunslegungs Standard (DRS) 5-20) gemacht. Der Schwerpunkt der Angaben ist unternehmensindividuell. Möglicherweise werden unternehmensindividuelle Angaben durch die zukünftigen Vorschriften von Solvency II beeinflusst.

   – Angaben zum versicherungstechnischen Risiko:
     Ein Teil der für IFRS 4 (Phase 1) notwendigen Angaben wird bereits im Risikobericht nach HGB gemacht (KonTraG i.V.m. DRS 5-20). Ergänzende Angaben sind zumindest pauschal vorzunehmen. Möglicherweise sind zukünftig quantitative Angaben erforderlich. Aufgrund der schnellen Abwicklung von Schäden in der

privaten Krankenversicherung sind Angaben zur Schadenabwicklung weder erforderlich noch sinnvoll.

Ausblick auf IFRS 4 Phase 2

IFRS 4 (Phase 1) gilt für die ab 2005 beginnende Übergangsphase zeitlich unbefristet für alle Versicherungsunternehmen, die verpflichtend oder freiwillig ihren Jahresabschluss nach IAS bzw. IFRS erstellen. Mit dieser Übergangslösung ist die Phase 1 des IASB-Projektes Versicherungsverträge (Insurance Contracts) abgeschlossen. In der Phase 2 soll der abschließende Rechnungslegungsstandard für Versicherungsverträge fertig gestellt werden. Die Phase 2 des IFRS 4 (Endphase) wird voraussichtlich nicht vor dem Jahr 2007 implementiert sein. Erst nach Umsetzung des Gesamtpaketes in der Phase 2 dürfte die Transparenz nach IAS bzw. IFRS hergestellt sein.

2. Aufsicht und Solvabilität

Solvency II

Die Europäische Kommission arbeitet an einem neuen EU-Aufsichtsmodell für die europäische Versicherungswirtschaft. Bei der Europäischen Kommission trägt dieses langfristige Projekt – die Einführung der EU-weiten Solvabilitätsvorschriften wird voraussichtlich nicht vor dem 1.1.2008 erfolgen – die Arbeitsbezeichnung „Solvency II“. In Anlehnung an die Basel-II-Bestimmungen soll sich das neue Modell aus den drei Säulen quantitative Bestimmungen, qualitative Regelungen und Marktdisziplin zusammensetzen. Diese 3-Säulen-Struktur wird ergänzt durch ein Risikoverständnis, das auf der Gesamtsolvabilität aufbaut. Bei den Eigenmittelanforderungen wird zwischen einem ökonomischen (wünschenswerten) Kapital (target capital) und einem absoluten Mindestkapital (absolute minimum level /minimum capital requirement) unterschieden. Das neue EU-Aufsichtsmodell wird in zwei alternativen Berechnungsverfahren (Stufen), die voraussichtlich zeitgleich alternativ zur Anwendung kommen, ausgestaltet sein. Stufe I wird ein risikobasierter Standardansatz sein, der von allen Versicherungsunternehmen angewendet werden kann. Alternativ hierzu können Interne Modelle zur Risikosteuerung für die Ermittlung der Eigenmittelanforderungen zugelassen werden (Stufe II). Das Solvency II-Projekt wurde von der Europäischen Union in zwei Phasen untergliedert. In der Phase I wurden die Rahmenbedingungen für Solvency II festgelegt. Die Phase I von Solvency II wurde mit der Veröffentlichung des EU-Papiers „Solvency II – Reflections on the general outline of a framework directive and mandates for further technical work“, MARKT/2539/03 am 19.9.2003 endgültig abgeschlossen.

Start der Phase II

In der nun laufenden Phase II schließt sich die Konkretisierung und Spezifizierung der in der Phase I skizzierten Rahmenbedingungen an. Dabei werden u.a. Simulationen und Berechnungen durchgeführt. Die EU-Kommission definierte in MARKT/2539/03 vom 19.9.2003 bereits die Aufgabenbereiche für die Arbeit in den zu bildenden Arbeitsgruppen, um die in der Phase I veröffentlichten Rahmenbedingungen zu konkreti-

sieren. Am 11.2.2004 veröffentlichte die EU-Kommission ein weiteres Dokument „Solvency II - Organisation of work, discussion on pillar I work areas and suggestions of further work on pillar II for CEIOPS (Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors)“ (MARKT/2543/03), das die nächsten Arbeitsschritte in der Phase II festlegt. Zunächst wird das sog. Lamfalussy-Verfahren, das im Projekt Solvency II erstmals im Versicherungssektor angewendet wird, ausführlich erläutert und auf fünf CEIOPS-Arbeitsgruppen verwiesen, die eingerichtet werden sollen:

1. Quantitative Aspekte für Leben (Säule I)

2. Quantitative Aspekte für Nicht-Leben (Säule I)

3. Qualitative Finanzaufsicht (Säule II)

4. Marktransparenz (Säule III)

5. Sektorübergreifende Fragen (Querschnittsthemen).

Die ersten drei dieser Gruppen haben seit Sommer 2004 ihre Arbeiten aufgenommen. Dabei werden allgemeine Themen diskutiert, z.B. betont die EU-Kommission, dass sie sich im Projekt Solvency II eng an den zukünftigen neuen Regelungen des International Accounting Standards Board (IASB) und an den Arbeiten der International Association of Insurance Supervisors (IAIS) orientieren will. Die EU-Kommission diskutiert dann Ansätze für die Vereinheitlichung der Bewertung versicherungstechnischer Rückstellungen. Im Anschluss daran werden Überlegungen zur grundsätzlichen Struktur des Standardansatzes (Stufe I) angestellt. In diesem Zusammenhang ist eine Entscheidung zu treffen, ob ein Szenarienmodell oder ein Koeffizientenmodell zum Einsatz kommen soll. Darüber hinaus werden erste Überlegungen zu einer Vereinheitlichung des Aufsichtsprozesses angestellt. Innerhalb des Dokuments „Solvency II – Further issues for discussions and suggestions for preparatory work for CEIOPS” (MARKT/2502/04) vom 2.4.2004 diskutiert die EU-Kommission folgende weitere Themen für die zweite Projektphase:

– Asset Management

– Asset Liability Management (ALM)

– Festlegung des Minimumkapitals

– Aufsichtsbefugnisse

– Solvency Control Levels.

Zeitplan für Solvency II – Erste Welle –

Am 15.6.2004 wurde der Zeit-/Projektplan für Solvency II veröffentlicht (MARKT/2506/04). Diese erste sog. Konsultationswelle (first wave of call for advice (Anhang von MARKT 2506/04)), die zur Erstellung der Rahmenrichtlinie dienen soll, bezieht sich auf Säule 2 (aufsichtsrechtliches Überprüfungsverfahren). CEIOPS beabsichtigt von Mitte Januar 2005 bis Mitte Februar 2005 die Mitgliedstaaten zu konsultieren. Für Ende Februar 2005 ist ein Entwurf der Kommentare von CEIOPS vorgesehen, zu dem Dritte Stellung nehmen können. Im Juli 2005 soll die ausgearbeitete Antwort auf die erste Konsultationswelle der Kommission übermittelt werden. Die darin enthaltenen Vorschläge beziehen sich auf:

1. Überlegungen zum Aufbau und zur Funktionsweise von Stress-Tests, Szenario-Rechnungen, Sensitivitätsanalysen und Frühwarnsystemen,

2. Ausarbeitung von Prinzipien für interne Kontrollen, Risikomanagement und Asset Liability Management (ALM),

3. Ausgestaltung von möglichen Überprüfungsverfahren beim Vergleich zwischen Zielkapital und tatsächlichem Risikoprofil eines Versicherungsunternehmens beim Einsatz des Standardansatzes,

4. Überlegungen zu Prozessabläufen bei den Arbeiten der Aufsichtsbehörde.

– Zweite Welle (Entwurf) –

Am 11.10.2004 hat die Europäische Kommission den Entwurf für die zweite Phase der Konsultationen der EU-Kommission mit dem Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors (CEIOPS) in ihrem Papier MARKT/2515/04 vorgestellt. Die EU-Kommission thematisiert in diesem Dokument eine Vielzahl von Fragestellungen im Hinblick auf Säule 1 des neuen Aufsichtssystems (quantitative Aspekte/Definition der Eigenmittel-/Solvenzmittelanforderungen), wie z.B.:

– die Bewertung der versicherungstechnischen Rückstellungen

– die Anforderungen an ein Standardmodell (Stufe 1)

– die Anforderungen an Interne Modelle (Stufe II)

– die Einbeziehung von Rückversicherungsschutz

– Auswirkungsstudien

– Befugnisse der Aufsicht

– Solvency Control Levels

– Peer Review der Aufsichtsbehörden.

Voraussichtlich im ersten Quartal 2005 wird die Europäische Kommission die zweite Konsultationswelle eröffnen. Zu dieser ist eine Konsultation der Mitgliedstaaten durch CEIOPS im Mai 2005 vorgesehen, die öffentlichen Konsultationen sind ebenfalls für 2005 avisiert. Der erarbeitete Kommentar soll der Europäischen Kommission im November 2005 zur Verfügung gestellt werden.

– Dritte Welle –

In der dritten Welle zu Säule 3 (Markttransparenz) möchte CEIOPS ab November 2005 eine öffentliche Konsultation zu seinen vorläufigen Kommentaren durchführen. Im März 2006 soll die Antwort der Europäischen Kommission zur Verfügung gestellt werden. Die Veröffentlichung des Entwurfs einer Rahmenrichtlinie für Solvency II durch die Europäische Kommission wird voraussichtlich im ersten Halbjahr 2006 erfolgen. Die Arbeiten der CEIOPS-Gruppen und das gesamte europäische Gesetzgebungsverfahren werden voraussichtlich bis Ende 2008 abgeschlossen sein.

„Solvency II-kompatibles Standardmodell Kranken“

Um die Besonderheiten der deutschen Krankenversicherung in den gegenwärtigen Diskussionsprozess zu Solvency II einbringen zu können, hat der Verband der privaten Krankenversicherung einen Arbeitskreis eingerichtet, der ein „Solvency II-kompatibles Standardmodell Kranken“ zur Bestimmung der quantitativen Mindestkapitalanforderungen (Säule I) für private Krankenversicherungsunternehmen entwickeln wird. Die Überlegungen im Arbeitskreis lehnen sich an den Modellentwurf des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) an (vgl. www.gdv.de/fachservice/20717.htm, Stand: 1.7.2002). Der GDV verfolgt einen weitestgehend sparteneinheitlichen Ansatz für Lebensversicherer und Schaden-/Unfallversicherer, der sich voraussichtlich ausschließlich im Kalkulationsrisiko unterscheiden wird. Das GDV-Modell betrachtet die tatsächlichen Risiken eines Versicherungsunternehmens ganzheitlich. Hierzu zählen die drei Risikokategorien:

1. Kapitalanlage- und ALM-Risiko (Asset Liability Management)

2. Kalkulationsrisiko (versicherungstechnisches Risiko)

3. Operatives Risiko.

Sollten sich bei der Analyse des Operativen Risikos keine krankenversicherungsspezifischen Unterschiede zum GDV-Modell ergeben, wird sich das PKV-Modell dem Konzept des GDV anschließen. Das Kapitalanlagerisiko im GDV-Modellentwurf wird entsprechend den PKV-Besonderheiten modifiziert (PKV-spezifisches ALM-Risiko). Für das Kalkulationsrisiko wird ein eigenes „PKV-Modul“ entwickelt. Der Arbeitskreis wird den Entwurf für das neue Aufsichtsmodell in 2005 in enger Zusammenarbeit mit dem GDV weiterentwickeln.

Finanzkonglomeraterichtlinie-Umsetzungsgesetz

Im Bundesgesetzblatt I Nr. 72 vom 27.12.2004, S. 3610 ff. ist das Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2002/87/EG des Europäischen Parla-

ments und des Rates vom 16.12.2002 (Finanzkonglomeraterichtlinie-Umsetzungsgesetz) verkündet worden. Das Gesetz setzt eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über zusätzliche Aufsichtsvorschriften für Finanzkonglomerate um, die Lücken in den geltenden branchenbezogenen Rechtsvorschriften schließen und zusätzliche aufsichtsrechtliche Risiken abdecken. Insbesondere ist die Einführung einer zusätzlichen Beaufsichtigung der Kreditinstitute, Versicherungsunternehmen und Wertpapierfirmen eines Finanzkonglomerats durch die Änderungen des Kreditwesengesetzes (KWG) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) mit dem Ziel umgesetzt worden, die Doppelbelegung von Eigenkapital und die gruppeninterne Schöpfung von Eigenkapital zu verhindern. Die gruppenweite Beaufsichtigung soll auf Konglomeratsebene zu einer besseren Beurteilung von Risiken führen, insbesondere in Zusammenhang mit der Solvabilität, der Risikokonzentration, gruppeninternen Transaktionen, dem internen Risikomanagement sowie der Zuverlässigkeit und fachlichen Eignung der Geschäftsleitung. Das Gesetz wird am 1.1.2005 in Kraft treten.

3. Steuern

Alterseinkünftegesetz

Mit dem Gesetz zur Neuordnung der einkommensteuerrechtlichen Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen (Alterseinkünftegesetz – AltEinKG) vom 5.7.2004 (veröffentlicht im BGBl. I 2004, S. 1427 ff.) wurde insbesondere die steuerliche Behandlung von Vorsorgeaufwendungen geändert. Für die private Krankenversicherung von Bedeutung sind die neuen Regelungen zum Sonderausgabenabzug in § 10 EStG. Es gelten nunmehr getrennte Vorschriften und anders als bisher separate Höchstbeträge für die gesetzliche Rentenversicherung und vergleichbare Altersvorsorgeprodukte (sog. Altersvorsorgeaufwendungen für die Basisversorgung) und sonstige Vorsorgeaufwendungen. Der Sonderausgabenabzug für Altersvorsorgeaufwendungen für die Basisversorgung ist in § 10 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3 EStG geregelt, der Sonderausgabenabzug zu sonstigen Vorsorgeaufwendungen und andere Beiträge zu Kranken- und Pflegeversicherungen in § 10 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 4 EStG. Altersvorsorgeaufwendungen gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 EStG sind gemäß § 10 Abs. 3 EStG grundsätzlich bis zu 20.000 Euro abzugsfähig, bei zusammen veranlagten Ehegatten verdoppelt sich der Höchstbetrag auf 40.000 Euro. Gegebenenfalls werden die Beträge noch gekürzt, z.B. um steuerfreie Arbeitgeberleistungen. Es ist jedoch eine Übergangsregelung bis 2025 vorgesehen. Im Kalenderjahr 2005 sind zunächst 60 v.H. der Vorsorgeaufwendungen anzusetzen. Der Vomhundertsatz erhöht sich um je 2 Vomhundertsatzpunkte je Kalenderjahr bis zum Jahr 2025. Sonstige Vorsorgeaufwendungen, z.B. Beiträge zu Versicherungen gegen Arbeitslosigkeit, zu Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherungen, Kranken-, Pflege-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen sowie Risikoversicherungen und vor dem 31.12.2004 abgeschlossene Kapitallebensversicherungen können zukünftig je Kalenderjahr bis 2.400 Euro abgezogen werden (§ 10

Abs. 4 EStG). Der Höchstbetrag ermäßigt sich auf 1.500 Euro, z.B. bei Arbeitnehmern, für die der Arbeitgeber gemäß § 3 Nr. 62 EStG steuerfreie Zuschüsse zur Krankenversicherung leistet. Im Fall der Zusammenveranlagung wird bei jedem Ehegatten gesondert geprüft, ob die Voraussetzungen für die Gewährung des erhöhten Abzugsbetrages gegeben sind. Der bisherige gesonderte Sonderausgabenhöchstbetrag von 184 Euro für Beiträge zu einer zusätzlichen freiwilligen Pflegeversicherung (§ 10 Abs. 3 Nr. 3 EStG a.F.) entfällt ab dem 1.1.2005. Pflegeversicherungsbeiträge sind grundsätzlich nur noch im Rahmen des § 10 Abs. 1 Nr. 3 a und Abs. 4 EStG abzugsfähig. Bis zum Jahr 2019 können allerdings die bisherigen Höchstbeträge in § 10 Abs. 3 EStG a.F. angewendet werden, wenn jemand durch das neue System schlechter als im bisherigen System gestellt wird (Günstigerprüfung).

Darüber hinaus sieht das Alterseinkünftegesetz in § 22 Buchstabe a EStG eine neue Meldepflicht über Rentenzahlungen u.a. für Versicherungsunternehmen vor. Krankenversicherungsunternehmen unterliegen nicht der Meldepflicht, da sie keine Renten auszahlen.

Richtlinien-Umsetzungsgesetz

Das Gesetz zur Umsetzung von EU-Richtlinien in nationales Steuerrecht und zur Änderung weiterer Vorschriften vom 9.12.2004 (Richtlinien-Umsetzungsgesetz – EURL UmsG), veröffentlicht im Bundesgesetzblatt I 2004, S. 3310 ff., dient der Umsetzung der Mutter-Tochter-Richtlinie. Dividendenerträge, welche danach quellensteuerfrei sind, werden aus der Steuerpflicht nach § 8 b Abs. 8 KStG (§ 8 Abs. 9 KStG) herausgenommen. Zur Vermeidung einer doppelten Begünstigung müssen sie jedoch auch aus der Bemessungsgrundlage für die Zuführung zur RfB herausgenommen werden (§ 21 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 KStG).

Gesetz zur Änderung des VAG und anderer Gesetze

Das Gesetz zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes und anderer Gesetze vom 15.12.2004 (BGBl. I 2004, S. 3416 ff.) enthält neben der Einführung von Sicherungseinrichtungen für die Lebensversicherung und Krankenversicherung eine Steuerbefreiung dieser Sicherungsfonds. Von der zunächst vorgesehenen Beschränkung der Körperschaftssteuerfreiheit auf Sicherungsfonds, die bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau errichtet werden, wurde im Gesetzgebungsverfahren wieder Abstand genommen. Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 16 Satz 3 KStG sind die Sicherungsfonds auch dann von der Körperschaftssteuer befreit, wenn sie bei einer juristischen Person des Privatrechts errichtet werden.

Steuerreformkonzepte

In der Steuerpolitik wird in diesem Jahr von der Öffentlichkeit und von der Politik eine Reform der Einkommensteuer diskutiert. Gemeinsames Ziel ist dabei eine Vereinfachung des Steuerrechts. Umstritten sind jedoch die Dringlichkeit des Vorhabens, die Frage einer Nettoentlastung und die Verteilung evtl. Entlastungen.

Konkret diskutiert werden dabei die Vorschläge des Darmstädter Entwurfes, von Rose (Heidelberger Einfachsteuergesetz), von Mitschke, von Kirchhof (Bundessteuergesetzbuch), des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (duale Einkommensteuer), des sog. Berliner Entwurfs der FDP, des Konzepts 21 von CDU/CSU „Ein modernes Steuerrecht für Deutschland", von Schleswig-Holstein („anders steuern – Gemeinwesen stärken"), von Lang (Kölner Entwurf), des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen und der noch in Arbeit befindlichen Gesamtkonzeption der „Kommission Steuergesetzbuch" (Stiftung Marktwirtschaft; Lang/Eeckhoff).

Das Bundesfinanzministerium beabsichtigt, sich in dieser Legislaturperiode lediglich noch aktiv für die Einführung einer einheitlichen Körperschaftsteuerbemessungsgrundlage auf europäischer Ebene einzusetzen, wobei die Frage der Einführung von Bandbreiten allerdings keine Priorität haben soll. Eine Weiterentwicklung der Organschaftsregelungen hin zu einer Gruppenbesteuerung macht es dagegen vom Ausgang eines Rechtsstreits vor dem Europäischen Gerichtshof zur grenzüberschreitenden Verlustverrechnung abhängig. Bei der Hinzurechnungsbesteuerung will man den Aktivitätskatalog mittelfristig überarbeiten.

Neuregelung der Gesellschafter-Fremdfinanzierung (§ 8 a KStG)

Seit 1.1.2004 ist eine Neufassung der Vorschrift zur Gesellschafter-Fremdfinanzierung (§ 8 a KStG) in Kraft. Danach werden Vergütungen für mittel- und langfristiges Fremdkapital, das eine Kapitalgesellschaft von einem zu mindestens einem Viertel beteiligten in- oder ausländischen Anteilseigner erhalten hat, nicht als Betriebsausgabe anerkannt, sondern als steuerpflichtige verdeckte Gewinnausschüttung (vGA) qualifiziert, wobei eine Freigrenze von 250.000 Euro gilt. Bei Vergütungen, die in einem Bruchteil des Kapitals bemessen sind, ist zudem Voraussetzung, dass eine Eigenkapital-/Fremdkapitalrelation von 40:60 überschritten wird und ein Drittvergleich nicht gelingt. Die Regelung gilt nicht nur für Fremdkapital, das ein Anteilseigner gewährt, sondern auch für Fremdkapital, das eine dem Anteilseigner nahe stehende Person (§ 1 AStG) oder ein Dritter gewährt hat, der auf den Anteilseigner oder eine diesem nahe stehende Person „zurückgreifen" kann. Die Neuregelung gilt für die Wirtschaftsjahre, die in 2004 beginnen, und auch im Rahmen der Gewerbesteuer (§ 7 GewStG, § 9 Nr. 10 GewStG a.F. sind aufgehoben).

Keine Abzinsung der Rückstellung gemäß § 12 a Abs. 3 VAG und der Rückstellung für poolrelevante Überschüsse aus der Pflegeversicherung

Bei den Betriebsprüfungen der Krankenversicherungsunternehmen wurde im vergangenen Jahr die Frage aufgegriffen, ob die Rückstellungen gemäß § 12 a Abs. 3 VAG sowie die Rückstellung für poolrelevante Überschüsse der Pflegeversicherung steuerlich abzuzinsen sind. Gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 a lit. e EStG sind Rückstellungen unter gewissen Voraussetzungen mit einem Zinssatz von 5,5 v.H. abzuzinsen. § 21 Abs. 3 KStG schließt jedoch für die Rückstellung für Beitragsrückerstattung die Anwendung von § 6 Abs. 1 Nr. 3 a EStG aus. Umstritten ist insbesondere, ob § 21 Abs. 3 KStG nur für die Rückstellung für erfolgsabhängige

Beitragsrückerstattung gilt. Da es sich hierbei um ein Grundsatzthema handelt, bei dem eventuell der Rechtsweg bestritten werden muss, hat der Verband ein Gutachten bei der KPMG in Auftrag gegeben. In dem Gutachten wird die Auffassung vertreten, dass sowohl die Rückstellung gemäß § 12 a Abs. 3 VAG als auch die Rückstellung für poolrelevante Überschüsse aus der Pflegeversicherung nicht unter das Abzinsungsgebot gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 a EStG fallen. Diese Rückstellungen seien steuerlich als erfolgsabhängig zu qualifizieren, da sie zwar auf gesetzlicher bzw. vertraglicher Grundlage zu bilden seien, letztendlich aber vom entsprechenden Kapitalergebnis bzw. versicherungstechnischen Ergebnis abhängig seien. Insofern gelte § 21 Abs. 3 KStG ohnehin. Im Übrigen käme § 21 Abs. 3 KStG auch dann zur Anwendung, wenn es sich um erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattungen handeln würde. Das Urteil vom 9.6.1999 (BStBl. II, S. 739 ff.), in dem der Bundesfinanzhof die Auffassung vertreten habe, § 21 KStG gelte nur für die erfolgsabhängige Rückstellung für Beitragsrückerstattung, könne hier nicht herangezogen werden, da der Bundesfinanzhof nur den damaligen Rechtsstand beurteilen konnte. Damit ist nun eine Argumentationsgrundlage für die weiteren Beratungen mit der Finanzverwaltung gegeben.

Berichterstattung GDV

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

Teil B

Internationale Zusammenarbeit

Generalversammlung des CEA

Die Generalversammlung des Comité Européen des Assurances (CEA) fand vom 17. bis 19.6.2004 in Prag statt. Zu den dort erörterten Themen gehörten die International Accounting Standards (IAS, Phase 1 und 2), Solvency II, Steuerfragen, das Lobbying, die Gleichbehandlung von Männern und Frauen und andere europäische Richtlinien. Dabei wurde die Koordination der Interessenvertretung gegenüber den EU-Institutionen, die Rolle der CEA in einer aktiven Politikberatung, die Optimierung der Kontaktpflege zu den Entscheidungs- und Meinungsträgern sowie die Notwendigkeit erörtert, ein besonders Augenmerk auf die Kohärenz und Kosteneffizienz der EU-Gesetzgebung zu haben. Einen Schwerpunkt der Arbeit bildet die stärkere Beachtung der sozialen Angelegenheiten in den Mitgliedstaaten, wovon man sich nicht nur einen Kompetenzzuwachs im Vergleich zu anderen Akteuren auf der europäischen politischen Bühne, sondern auch einen Imagegewinn für die Versicherungswirtschaft als Ganzes verspricht. Speziell mit Blick auf die Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten wurde eine mögliche Konvergenz der sozialen Sicherungssysteme und deren Beförderung durch die von der EU-Kommission entwickelte Methode der offenen Koordinierung erörtert. Ein nicht neues, aber immer wieder aktuelles Thema war die Anwendung des Wettbewerbsrechts im Gesundheitswesen im Anschluss an die neuere Rechtsprechung des EuGH, wonach Zusammenschlüsse von Krankenkassen keine Unternehmen oder Unternehmensvereinigungen i.S.v. Art. 81 EG-Vertrag darstellen, wenn sie Festbeträge für Arzneimittel festsetzen (vgl. EuGH-Urteile vom 16.3.2004 – Az.: C 264/01, C 306/01, C 354/01 und C 355/01 –, AOK-Bundesverband u.a./Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermani und Co. u.a.).

Kommission KRANKEN-VERSICHERUNG im CEA

Vertreter der Mitgliedsunternehmen und der Verbandsgeschäftsführung bilden die deutsche Delegation in der CEA-Kommission KRANKENVERSICHERUNG, die mehrmals jährlich unter der Leitung von Frau Sybille Sahmer, Köln (Stellvertreter: Julian Ruiz-Ferran, Sanitas, Spanien und Pim van de Werd, AXA, Niederlande) tagt. Im Berichtszeitraum kam die Kommission KRANKENVERSICHERUNG erneut zu drei Treffen zusammen, nämlich am 4.2.2004 in Paris, am 13.5.2004 in Brüssel und am 12. und 13.10.2004 in St. Wolfgang/Österreich.

Vollversammlung in Österreich

Während die Treffen in Paris und Brüssel als Arbeitssitzungen im Wesentlichen ohne externe Beteiligung stattfanden, gab eine Einladung des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVÖ) Gelegenheit, das Themenspektrum und den Kreis der Teilnehmer etwas weiter zu fassen. Der VVÖ verband die CEA-Tagung mit seinen jährlich stattfindenden St. Wolfganger Gesprächen zum Gesundheitswesen. Deshalb erfolgt hier zunächst ein Blick auf die Themenliste der St. Wolfganger Gespräche vom 10. und 11.10.2004, die unter dem Generalthema „Finanzierung des Gesundheitswesen: Stärkung der Eigenverantwortung als Lösung?“ standen. Dr. Konrade von Bremen von der Universität Lausanne führte in seinem Vortrag „Der machbare Mensch, Chancen und Risiken aus der Technik, künftige Megatrends der Medizin“ den Zuhörern eindrucksvoll die künftigen Entwicklungsmöglichkeiten der Medizin und Medizintechnik sowie deren Kostenwirkungen vor Augen. Ihm folgte Professor Dr. Larry Scherwitz vom Preventive Medicine Research Institute Sausalito, USA, mit dem Vortrag „Einflüsse des Lebensstils und der Lebensgewohnheiten und Ernährungsgewohnheiten auf die Gesundheit“, mit dem er überzeugend den Wert und die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen für ein gesünderes Leben darstellte. Prof. Dr. Walter Krämer vom Institut für Wirtschafts- und Sozialstatistik der Universität Dortmund ging mit seinem Vortrag „Die alternde Gesellschaft und die Fortschrittsfalle der modernen Medizin“ auf die in Deutschland und anderswo inzwischen intensiv diskutierten demographischen Implikationen des Medizinbetriebs und ihre Kostenwirkungen ein. Ihm folgte Leo A. Nefiodow vom GMD-Forschungszentrum Informationstechnik in St. Augustin bei Bonn mit einem Referat über „Die Zukunft des Gesundheitsmarktes – Chancen und Risiken“ und, mit nicht weniger anregenden Ausführungen, Prof. Dr. Norbert Bachel, Institut für Sportmedizin, zum Thema „Wellness, gesunder Lebensstil und Prävention – ein Ausweg aus der Kostenfalle?“, wobei das Fragezeichen erwartungsgemäß besonders groß ausfiel. Interessante Einsichten vermittelte auch Prof. Dr. Franz Marhold von der Universität Graz mit der Frage nach den „Grenzen der Versicherbarkeit durch die Sozialversicherung?“. Prof. Dr. Friedrich Breyer von der Universität Konstanz ergänzte diese Überlegungen mit Gedanken zum Thema „Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und die Grenzen zwischen Sozial- und Privatversicherung“. Den Schluss bildete Dr. Heinz Ebner vom Beratungsunternehmen Koeck, Ebner und Partner mit einer Präsentation von Ergebnissen einer Patientenbefragung zur Qualität im Krankenhaus.

Gleichbehandlung von Männern und Frauen

An der sich am 12.10.2004 anschließenden Sitzung der Kommission KRANKENVERSICHERUNG des CEA nahmen 15 Delegierte aus 10 Mitgliedsländern teil. Wie schon im Vorjahr bildete der Richtlinienvorschlag der EU-Kommission zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen außerhalb des Arbeitsplatzes einen zentralen Diskussionspunkt. In der Kommission KRANKENVERSICHERUNG konnte dabei aus der gemeinsamen ad-hoc-Arbeitsgruppe der Kommissionen Leben, Gemeinsamer Markt, Kraftfahrt, Kranken und Unfall des CEA berichtet werden. Mit der Richtlinie 2004/113/EG des Rates vom 13.12.2004 wird der

Grundsatz der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Dienstleistungen und Gütern in der Europäischen Union festgeschrieben. Die Mitgliedstaaten haben drei Jahre Zeit – bis zum 21.12.2007 – die Richtlinie in das jeweilige nationale Recht umzusetzen. Für die Versicherungswirtschaft und speziell die private Krankenversicherung ist von Bedeutung, dass die geschlechtsspezifische Kalkulation von Versicherungstarifen für Neuverträge grundsätzlich verboten wird (Artikel 5.1). Nicht zuletzt aufgrund der gemeinsamen Intervention des CEA und der nationalen Verbände ist es gelungen im Kompromisswege zumindest vorläufige Ausnahmeregelungen zu erreichen. Nach Artikel 5.2 steht es im Ermessen der Mitgliedstaaten, die geschlechtsspezifische Kalkulation von Versicherungstarifen in den Fällen zuzulassen, in denen die Bedeutung des Geschlechts als risikobestimmender Faktor durch versicherungsmathematische und statistische Daten belegt ist. Schwangerschafts- und Mutterschaftskosten dürfen allerdings nicht mehr zu geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Prämien führen (Artikel 5.3). Ursprünglicher Inhalt des Richtlinienvorschlags war es dagegen gewesen, die geschlechtsspezifische Kalkulation gänzlich zu verbieten. Die deutsche und europäische Versicherungswirtschaft hatte auf nationaler und europäischer Ebene in einer Vielzahl von Gesprächen, Stellungnahmen, Aufsätzen und Schreiben ihre Kritik gegenüber dem Verbot der geschlechtsspezifischen Tarifierung deutlich gemacht und insbesondere auf die negativen Folgen für die Verbraucher, nämlich höhere Versicherungsbeiträge, hingewiesen. Daraufhin war es im Oktober 2004 im Ministerrat zu dem beschriebenen Kompromiss gekommen. Dieser sieht ferner vor, dass die Kommission bis spätestens sechs Jahre nach In-Kraft-Treten der Richtlinie einen Bericht erstellt, in dem die in den Mitgliedstaaten gängige Praxis der Tarifkalkulation überprüft wird. Das Thema wird die Kommission KRANKENVERSICHERUNG also weiter beschäftigen. Seitens der Bundesregierung liegt zur Umsetzung der Richtlinie – inhaltlich allerdings darüber hinausgehend – inzwischen der Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung europäischer Antidiskriminierungsrichtlinien (Antidiskriminierungsgesetz) als Bundestags-Drucksache 15/4538 vom 7.3.2005 vor.

Arbeitsgruppe Statistik

Die Kommission KRANKENVERSICHERUNG hat in ihrer Arbeitsgruppe Statistiken (Leiter: Jérôme Cornu, französischer Versicherungsverband) auch im Berichtsjahr wieder eine Statistik der Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in Europa erarbeitet. Die auf der Grundlage von Datenlieferungen aus 14 Mitgliedsländern des CEA erstellte Übersicht ist damit auf dem Stand des Jahres 2002, mit Einzelergebnissen für das Jahr 2003. Mit Leistungsausgaben von 39 Mrd. Euro in den an der Statistik teilnehmenden Staaten im Jahr 2002 (+ 5 Prozent gegenüber 2001) lag der Finanzierungsanteil der PKV an den Gesundheitsausgaben in Europa insgesamt bei etwa 5 Prozent, mit großen Unterschieden in den einzelnen Ländern. Für 2003 zeichnete sich ein Anstieg der Ausgaben der Versicherer auf 41 Mrd. Euro ab. Auch zur Pflegeversicherung wurden bereits erste Daten erhoben, was vertieft werden soll. Dabei steht die Arbeitsgruppe den übli-

chen Problemen bei derartigen Vorhaben gegenüber, nämlich der Unterschiedlichkeit der Sicherungssysteme und der fehlenden Vergleichbarkeit bzw. Verfügbarkeit amtlicher und nicht amtlicher Zahlenangaben.

OECD ad-hoc-Arbeitsgruppe

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat im Jahr 2004 ihre Studie über die Rolle der privaten Krankenversicherung in einem gemischt finanzierten Gesundheitswesen abgeschlossen. Sowohl über eine ad-hoc-Arbeitsgruppe des CEA (Leiterin: Sybille Sahmer) als auch über deutsche Regierungsstellen steht der Verband mit dem zuständigen Versicherungsausschuss der OECD in Verbindung.

Ad-hoc-Arbeitsgruppe Freizügigkeit

Das Thema Freizügigkeit beschäftigte die Kommission KRANKENVERSICHERUNG sowohl unter dem Gesichtspunkt der Portabilität des Versicherungsschutzes bei vorübergehendem oder dauerhaftem Aufenthalt im EU-Ausland als auch vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zum sog. Gesundheitstourismus, d.h. dem gezielten Aufsuchen eines Leistungserbringers im Ausland. Eine weitere ad-hoc-Arbeitsgruppe legte dazu erste Ergebnisse einer Bestandserhebung als Grundlage für die weitere Behandlung des Themas vor. Diese erfolgt vor dem Hintergrund der weiteren Gesetzgebungstätigkeit der EU, insbesondere der Mitteilung der Europäischen Kommission „Reaktion auf den Reflektionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union [KOM (2004) 301]“ und der Neufassung der Koordinierungsverordnung (EWG) 1408/71.

Weitere Themen

Die Kommission Krankenversicherung befasste sich außerdem mit

- den aktuellen Entwicklungen bei der Frage der Verwendung von Gentests beim Abschluss von Versicherungsverträgen,
- der von der EU-Kommission für 2005 angekündigten Mitteilung zu „Dienstleistungen von Allgemeinem Interesse“,
- der Entwicklung eines Verhaltenskodex der europäischen PKV,
- der europäischen Gesundheitskarte, die 2006 eingeführt werden soll; hiermit und mit der elektronischen Datenübermittlung beschäftigt sich die CEA-Arbeitsgruppe „HERDS“.

Ein regelmäßiger Tagesordnungspunkt der Sitzungen der Kommission KRANKENVERSICHERUNG ist außerdem der Erfahrungsaustausch über aktuelle Ereignisse anhand der von den Delegationen jährlich vorgelegten Länderberichte.

Teil C

Grenzfragen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

I. Sozialpolitische Entwicklung im Jahr 2004

1. Sozialgesetzgebung

Versicherungsgrenzen in der Renten- und Krankenversicherung

Durch die „Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2005 (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2005)“, BGBl. I 2004, S. 3098, ergibt sich eine Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für 2005 in den alten Bundesländern von 62.400 Euro jährlich bzw. 5.200 Euro monatlich (Vorjahr: 61.800 Euro bzw. 5.150 Euro monatlich) und in den neuen Bundesländern von 52.800 Euro jährlich bzw. 4.400 Euro monatlich (Vorjahr: 52.200 Euro jährlich bzw. 4.350 Euro monatlich). Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 6 SGB V 46.800 Euro jährlich bzw. 3.900 Euro monatlich (Vorjahr: 46.350 Euro jährlich bzw. 3.862,50 Euro monatlich). Sie gilt für das Neugeschäft seit 1.1.2003. Für diejenigen, die am Tag vor dem In-Kraft-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 2005 42.300 Euro jährlich bzw. 3.525 Euro monatlich. Die Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung sind für alle zum 1.1.2005 von 41.850 Euro jährlich bzw. 3.487,50 Euro monatlich auf 42.300 Euro jährlich bzw. 3.525 Euro monatlich gestiegen.

Bezugsgröße

Nach der vorstehend genannten Rechengrößenverordnung beträgt die Bezugsgröße 2005 gemäß § 18 SGB IV weiterhin 28.980 Euro jährlich bzw. 2.415 Euro monatlich in den alten und 24.360 Euro jährlich bzw. 2.030 Euro monatlich in den neuen Bundesländern. Zu beachten ist,

dass Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung (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 der Bezugsgröße und damit im Jahr 2005 bundeseinheitlich monatlich 345 Euro (Vorjahr: 345 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 sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach § 25 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI.

... für den Mindestbeitrag freiwilliger GKV-Mitglieder

Ein Drittel der Bezugsgröße und damit 805 Euro (Vorjahr: 805 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 wie im Vorjahr 1.811,25 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 2005 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.

Beitragssatz der GKV allgemein und für Studenten

Laut „Bekanntmachung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zum Stichtag 1.1.2004 und des für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten maßgebenden Beitragssatzes“ vom 12.2.2004 betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der GKV am 1.1.2004 im gesamten Bundesgebiet 14,3 Prozent (Vorjahr: 14,3 Prozent). Die Beitragssätze für krankenversicherungspflichtige Studenten betragen für den Zeitraum vom Beginn des Wintersemesters 2004/2005 bis zum Beginn des Wintersemesters 2005/2006 nach der bezeichneten Bekanntmachung wie im Vorjahr 10 Prozent im gesamten Bundesgebiet.

Rechengrößen für 2005 in Euro

		Bisherige Werte in Klammern Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung	jährlich	**62.400** (61.800)	**52.800** (52.200)
	monatlich	**5.200** (5.150)	**4.400** (4.350)
Beitragsbemessungsgrenze Kranken-, Pflegeversicherung	jährlich	**42.300** (41.850)	**42.300** (41.850)
	monatlich	**3.525** (3.487,50)	**3.525** (3.487,50)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	**46.800** (46.350)	**46.800** (46.350)
	monatlich	**3.900** (3.862,50)	**3.900** (3.862,50)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	**42.300** (41.850)	**42.300** (41.850)
	monatlich	**3.525** (3.487,50)	**3.525** (3.487,50)
Bezugsgröße	jährlich	**28.980** (28.980)	**24.360** (24.360)
	monatlich	**2.415** (2.415)	**2.030** (2.030)
Geringfügigkeitsgrenze		**400**	**400**
Einkommensgrenze für Familienversicherung		**345** (345)	**345** (345)
Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung		**14,3 %** (14,3 %)	**14,3 %** (14,3 %)
Durchschnittlicher Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung		**504,08** (498,72)	**504,08** (498,72)
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		**252,04** (249,36) ab 1.7.05: **236,18**	**252,04** (249,36) ab 1.7.05: **236,18**
Höchstbeitrag PVN	**einzeln**	**59,92** (59,28)	**59,92** (59,28)
	Ehegatten (150 %)	**89,88** (88,92)	**89,88** (88,92)
	Ehegatten einzeln (75 %)	**44,94** (44,46)	**44,94** (44,46)
Höchstbeitrag PVB	**einzeln**	**23,97** (23,71)	**23,97** (23,71)
	Ehegatten (150 %)	**35,96** (35,56)	**35,96** (35,56)
	Ehegatten einzeln (75 %)	**17,98** (17,78)	**17,98** (17,78)
Zuschuss zur PPV		**29,96** (29,64)	**29,96** (29,64) **in Sachsen 12,34** (12,21)

Zahnersatz

Mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (BGBl. I 2004, S. 3445) werden wesentliche Regelungen aus dem GKV-Modernisierungsgesetz (s. Rechenschaftsbericht 2003, S. 122) wieder zurückgenommen. Es handelt sich insbesondere um die Regelungen, nach denen die angenommenen Kosten für GKV-Leistungen für Zahnersatz und Krankengeld von den Versicherten allein zu tragen waren. Dazu gehörte auch § 58 Abs. 2 SGB V, wonach Mitglieder der GKV das Recht zu wählen hatten, ob sie weiterhin bei ihrer Krankenkasse Zahnersatz erhalten oder ob sie diese Leistungen für sich und ihre mitversicherten Familienangehörigen bei einem Unternehmen privat absichern. Die Möglichkeit für Kassenmitglieder, Aufwendungen für Zahnersatz komplett privat abzusichern, wurde ihnen durch das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz wieder genommen. Denjenigen, die bereits einen Versicherungsvertrag unterzeichnet hatten, wurde in Artikel 3 a ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt, um sie nicht an Versicherungsverträge zu binden, deren Geschäftsgrundlage entfallen ist.

Gemäß dem neu gefassten § 241 a SGB V muss das GKV-Mitglied ab 1.7.2005 einen zusätzlichen Beitrag in Höhe von 0,9 Prozent alleine tragen. Gleichzeitig schreibt § 241 a SGB V vor, dass alle Beitragssätze um 0,9 Prozent gesenkt werden müssen. Die sich aus diesen gesenkten Beitragssätzen ergebenden Beiträge werden von Arbeitnehmern und Arbeitgebern je zur Hälfte getragen. Da erklärter Wille des Gesetzgebers ist, die Lohnnebenkosten zu senken, kann sich § 241 a SGB V auch auf den Arbeitgeberzuschuss für Privatversicherte auswirken. Dieser errechnet sich unter anderem aus dem durchschnittlichen allgemeinen Höchstbeitrag der GKV vom Vorjahr. PKV-Versicherte, die den Höchstzuschuss erhalten, müssen also mit der Kürzung ihres Arbeitgeberzuschusses zum 1.7.2005 rechnen.

Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur PKV

Durch das zweite Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI), über das wir im Rechenschaftsbericht 2003 auf S. 127 berichtet haben, wurde in § 106 Abs. 3 SGB VI festgelegt, dass der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung für die Berechnung des Zuschusses des Rentenversicherungsträgers zur PKV zum 1.3.2004 festgelegt wird. Er beträgt laut Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vom 8.4.2004 14,3 Prozent. Diese Rechengröße ist vom 1.7.2004 bis 30.6.2005 anzuwenden. Im Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (s.o.) befindet sich die Regelung, dass der zum 1.3.2005 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, der ab 1.7.2005 maßgeblich ist, um 0,9 Beitragssatzpunkte zu mindern ist.

Arbeitslosengeld II

Am 1.1.2005 ist das sog. Hartz IV-Gesetz, namentlich das vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, in Kraft getreten (s. Rechenschaftsbericht 2003, S. 129). Die Arbeitslosenhilfe wurde abgeschafft, Arbeitslosengeld gibt es nach wie vor. Für die PKV bedeuten die

Neuregelungen insbesondere Folgendes: Der Bezug von Arbeitslosengeld II löst gem. § 5 Abs. 2 a SGB V Versicherungspflicht in der GKV aus. Davon gibt es allerdings Ausnahmen, die in § 5 Abs. 2 a SGB V ausdrücklich genannt werden. Außerdem gibt es durch die Einführung des Arbeitslosengelds II auch eine Besonderheit in § 6 Abs. 3 a S. 4 SGB V. Arbeitslosengeld II-Bezieher werden versicherungspflichtig, auch wenn sie 55 Jahre oder älter sind. Der Bezieher von Arbeitslosengeld II, der versicherungspflichtig wird, kann sich gem. § 8 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V von der Versicherungspflicht befreien lassen. Die Voraussetzungen für die Befreiung in § 8 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V haben sich nicht geändert. Hat sich der Bezieher von Arbeitslosengeld II vor diesem Leistungsbezug bereits von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen (z.B. weil er Arbeitslosengeld erhalten hat), wird er erneut versicherungspflichtig und hat wieder die Möglichkeit der Befreiung. Dies gilt auch dann, wenn z.B. der Bezug von Arbeitslosengeld II unmittelbar an den Bezug von Arbeitslosengeld anknüpft. Hierauf haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit verständigt. Wenn sich der Bezieher von Arbeitslosengeld II von der Versicherungspflicht befreien lässt, erhält er einen Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag gem. § 26 Abs. 2 SGB II. Der Zuschuss ist auf die Höhe des Betrags begrenzt, der ohne die Befreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre. Für die Krankenversicherung errechnet sich der Zuschuss wie folgt: Als Beitragssatz wird der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen (§ 246 SGB V), den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1.10. für die Zeit ab dem 1.1. des folgenden Jahres feststellt, genommen. Die beitragspflichtigen Einnahmen eines in der GKV versicherten Arbeitslosengeld II-Empfängers betragen nach § 232 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße (die in 2005 2.415 Euro ausmacht). Der Zuschuss für die Pflegeversicherung orientiert sich an § 55 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Er beträgt also 1,7 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Legt man die für Arbeitslosengeld II-Bezieher o.g. beitragspflichtigen Einnahmen zugrunde, ergibt sich ein Zuschuss in 2005 von 14,86 Euro.

Arzt im Praktikum

Im Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze, das am 26.7.2004 im Bundesgesetzblatt auf Seite 1766 ff. verkündet worden ist, wurde die Ausbildung zum Arzt im Praktikum (AiP) ab dem 1.10.2004 abgeschafft. Das Gesetz ist bezüglich dieser Regelung am Tag nach seiner Verkündung in Kraft getreten. Allerdings gibt es in den Bundesländern unterschiedliche Auslegungen des Gesetzes über die Möglichkeit, die einmal (und vor dem 1.10.2004) erteilte Berufserlaubnis zum „Arzt im Praktikum“ für die befristete Zeit der AiP-Phase zu Ende führen zu können. Die Frage, ob ab 1.10.2004 ein junger Arzt noch „Arzt im Praktikum“ sein kann (so dass für ihn die besondere Regelung der Befreiungsmöglichkeit von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 6 SGB V gilt), ist laut Bundesärztekammer bei der zuständigen Approbationsbehörde zu klären. Wenn er die AiP-Phase ab 1.10.2004 nicht fort-

führen darf oder will und er Assistenzarzt wird, gelten für ihn die Regelungen der Versicherungspflicht der §§ 5 Abs. 1 Nr. 1 und 6 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 6 SGB V wie bei anderen Angestellten.

Pharmazentralnummer

Durch die Änderung der Apothekenbetriebsordnung am 20.7.2004 (BGBl. I 2004, S. 1611) muss der Apotheker gemäß § 17 Abs. 6 Nr. 5 Apothekenbetriebsordnung „das in § 300 Abs. 3 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannte bundeseinheitliche Kennzeichen für das verordnete Fertigarzneimittel, soweit es zur Anwendung bei Menschen bestimmt ist“, bei der Abgabe der Arzneimittel auf der Verschreibung angeben. Mit dem in § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V genannten bundeseinheitlichen Kennzeichen ist die Pharmazentralnummer gemeint. Die Apotheker werden damit endlich durch die Apothekenbetriebsordnung, die sowohl gegenüber GKV-Versicherten als auch Selbstzahlern gilt, zum Aufdruck der Pharmazentralnummer verpflichtet. Die Änderung der Apothekenbetriebsordnung ist am Tag nach ihrer Verkündung, also am 21.7.2004, in Kraft getreten. Eine Übergangsbestimmung gibt es in § 35 b, wonach bis zum 31.3.2005 die Pharmazentralnummer nur dann auf die Verschreibung selbst gedruckt werden muss, wenn diese dem Formular der GKV entspricht. Wenn es bis dahin ein solches Formular nicht gibt, kann sie auf dem vorgelegten Formblatt oder auf einem gesonderten Blatt aufgedruckt werden. Mit der Kenntnis der Pharmazentralnummer wird sich für die PKV auch die Frage stellen, ob eine genauere Analyse des ärztlichen Verordnungsverhaltens erforderlich ist. Die GKV stützt ihre gesundheitspolitischen Forderungen im Arzneimittelbereich z.B. seit Jahren auf einen Arzneimittelindex, der eine dezidierte Analyse des Verordnungsverhaltens aufweist.

2. Gesundheitspolitische Diskussion

Das Jahr 2004 war einerseits vom In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1.1.2004 und andererseits von der teilweise kontrovers geführten Diskussion über die künftige Gesundheitsreform, die vermeintlichen Reformalternativen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie, geprägt.

Das GKV-Modernisierungsgesetz

Das von der Regierung und der CDU/CSU gemeinsam beschlossene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat mit nicht wenigen Veränderungen aufgewartet. Ein zentraler Baustein des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens war die Ausgliederung des Zahnersatzes.

Zahnersatz

Der Zahnersatz sollte, so der ursprüngliche Plan, ab Januar 2005 über einen eigenen obligatorischen Pauschalbeitrag zusätzlich abgesichert werden. Dieser Beitrag sollte automatisch zusammen mit dem einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeitrag abgeführt werden. Den Versicherten sollte es freistehen, zwischen einem gesetzlichen und privaten Versicherungsschutz zu wählen. Im Oktober 2004 sind diese Pläne verworfen worden. Nachträglich hat der Bundestag beschlossen, dass die zum Januar vorgesehene Neuregelung des Zahnersatzes ver-

schoben und wesentlich verändert wird. Die gesetzlich Krankenversicherten müssen ab dem 1.7. die Kosten für Zahnersatz ohne Beteiligung der Arbeitgeber einkommensabhängig in Höhe von 0,4 Prozent des Einkommens alleine finanzieren. Der von den Krankenkassen als zu verwaltungsaufwendig abgelehnte einheitliche Pauschalbeitrag entfällt. Die geplante Wahlfreiheit zwischen gesetzlicher und privater Absicherung wurde nachträglich beseitigt, und das, obwohl sich im Vertrauen auf die Gültigkeit des GMG in der PKV bereits über eine halbe Million Versicherte für eine private Absicherung des Zahnersatzes entschieden hatten. Ein Vertrauen, das von der Politik durch den Ausstieg aus dem Einstieg in eine Ausgliederung des Zahnersatzes nachhaltig enttäuscht wurde.

Kooperationen

Als weiterer zentraler Baustein des GMG sind die Kooperationen zu sehen. Das GMG erteilt mit § 194 Abs. 1 a SGB V den gesetzlichen Kassen erstmals eine Ermächtigung, im Bereich der Zusatzversicherungen als Vermittler zwischen ihren Versicherten und Unternehmen der privaten Krankenversicherung aufzutreten. Die Zahl der Kooperationen zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Kassen ist in den ersten Monaten des Jahres entsprechend sprunghaft angestiegen.

Die Sozialversicherungsgesetzgebung hat mit der Möglichkeit der Kooperation von GKV und PKV Neuland betreten. Der GKV im Bereich der Zusatzversicherungen die Möglichkeit einzuräumen, zum Ausgleich von Leistungslücken private Ergänzungen über PKV-Kooperationspartner anzubieten, schafft zusätzliche Nachfrage auf dem Markt der Zusatzversicherung. Andererseits sind derartige Kooperationen nicht nur juristisch, sondern auch versorgungspolitisch und ordnungspolitisch zu diskutierern. Die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge durch die GKV stellt ein privatversicherungsrechtliches Element in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Darüber hinaus hat die Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen über Vermittler der Versicherungswirtschaft bisher sehr gut funktioniert. Auch ändert sich ein bisher sehr funktionsfähiger Wettbewerb.

Tarifdifferenzierung in der GKV

Das GMG macht seit dem 1.1.2004 in der GKV Tarifdifferenzierungen möglich. Freiwillig Versicherte in der GKV können gemäß § 53 und § 54 SGB V Versicherungstarife mit Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung wählen. Von der Möglichkeit eines Selbstbehaltes oder einer Beitragsrückerstattung profitieren allerdings überwiegend junge und gesunde Versicherte. Diese bereiten mit ihren gewählten Beitragsnachlässen der Solidargemeinschaft der GKV eine Zusatzlast, die in der Gegenwart, aber auch in der Zukunft zu steigenden Beitragssätzen führt, wenn vormals Junge im Alter jederzeit ohne risikoäquivalenten Mehrbeitrag in die Normaltarife ohne Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung zurückkehren können. Derart beschriebene Risikoselektionsprozesse zu Lasten der Solidargemeinschaft sind ausschließlich in der GKV möglich. Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen sind charakteristisch für das Äquivalenzprinzip und damit das systemkonforme Gestaltungselement der PKV. Die GKV dagegen basiert auf dem Solidaritätsprinzip. Die

Beiträge werden einkommensabhängig erhoben. Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen sind in der Konstruktion der gesetzlichen Krankenversicherung deshalb systemfremd.

Bonusprogramme in der GKV

Nicht nur den freiwillig, sondern allen in der GKV versicherten Personen stehen seit In-Kraft-Treten des GMG zum 1.1.2004 die Teilnahme an Bonusprogrammen offen. Wer an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, an einem Hausarztmodell, einem Chronikerprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnimmt, kann gemäß § 65 a und § 30 von Krankenkassen finanzielle Boni bekommen. Es kann sich dabei um eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen oder auch eine Beitragsermäßigung handeln. Anders als Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen kennzeichnen Bonusprogramme Verhaltensanreize, die zu begrüßen sind, wenn die gewährten Boni zu Verhaltensänderungen bzw. zu einem verbesserten Gesundheitszustand führen. Allerdings drohen Ineffizienzen, wenn Mitnahmeeffekte überwiegen. Eine Befürchtung, die nicht von der Hand zu weisen ist. Beispielsweise gehen schon heute auch ohne diverse Hausarztmodelle 93 Prozent der gesetzlich versicherten Personen zunächst zu einem Hausarzt. Darüber hinaus fehlt es an einem Wirtschaftlichkeits- und Effizienzbeweis. Der Gesetzgeber verlangt schon nach drei Jahren Rechenschaft über durch Bonusprogramme erzielte Einsparungen, obgleich sich diese, wenn überhaupt, eher langfristig einstellen werden.

Durchaus mutig sind dagegen die im GMG enthaltenen Schritte zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit. Der sozialverträgliche Ausbau der Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten ist zu begrüßen. Dennoch fällt die Gesamtbilanz des GKV-Modernisierungsgesetzes negativ aus. Das GMG hat es nicht geschafft, im Gesundheitssystem für mehr Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit zu sorgen. Die Leistungskomplexe Zahnmedizin, Krankengeld und private Unfälle sind nicht in kapitalgedeckte Finanzierungsformen überführt worden – und das, obwohl eine neue Balance zwischen Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung zwingend notwendig ist.

Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie

An der Nachhaltigkeit müssen sich auch alle weiteren, dem GMG folgenden Reformen messen lassen. Hier standen im Jahr 2004 die vermeintlich einzigen Alternativen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie im Mittelpunkt des Interesses. Sowohl die SPD als auch Bündnis 90/Die Grünen favorisieren die Bürgerversicherung und schlagen für die zukünftige Finanzierung der GKV eine Ausweitung des Versichertenkreises sowie den Einbezug weiterer Einkunftsarten vor. In die Bürgerversicherung sollen auch Beamte, Selbständige und Einkommensgruppen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze einbezogen werden. Ferner sind Krankenversicherungsbeiträge nicht nur auf Löhne und Gehälter, sondern auch auf Zinseinkünfte und – nach den Vorstellungen der Grünen – auf Mieten und Pachteinnahmen zu zahlen.

Die in der Wissenschaft und Politik existierenden Modelle einer Gesundheitsprämie sehen für die zukünftige Finanzierung der gesetzlichen

Krankenversicherung nicht mehr lohn- und einkommensabhängige, sondern pauschale Beiträge vor. Damit koppeln Gesundheitsprämien die Beiträge zur GKV vom Arbeitseinkommen ab. Die Höhe der Prämie soll je nach vorgeschlagenem Modell zwischen 109 und 200 Euro liegen. Um eine finanzielle Überforderung von Versicherten mit geringen Einkommen durch pauschale Gesundheitsprämien zu vermeiden, werden bei Bedarf, das heißt bei Überschreiten einer Belastungsgrenze, staatliche Beitragszuschüsse gewährt.

Sowohl die Bürgerversicherung als auch die Gesundheitsprämie haben in der Mitte 2004 begonnenen Fachdiskussion eine schmerzliche Konfrontation mit der Realität erfahren. Es hat sich gezeigt, dass beide Alternativen an den bestehenden Struktur- und Qualitätsproblemen im Gesundheitswesen vorbeigehen und insbesondere dort versagen, wo das eigentliche Zukunftsproblem der Finanzierung des Gesundheitswesens liegt – bei der Bewältigung des demographischen Wandels.

Bewertung der Bürgerversicherung

Dem demographischen Wandel kann nur mit dem Ausbau kapitalgedeckter Elemente begegnet werden. Die Bürgerversicherung, die im Jahr 2004 durch zwei Eckpunktepapiere von SPD und Bündnis 90/Die Grünen konkretisiert worden ist, will den entgegengesetzten Weg gehen: Durch die Abschaffung der kapitalgedeckten privaten Krankenversicherung soll die Finanzierung des Gesundheitssystems in Gänze auf das demographieanfällige Umlageverfahren umgestellt werden.

Auch wird die Bürgerversicherung dem eigenen Anspruch der Solidarität nicht gerecht. Sie behält die verteilungspolitische Schieflage des Status quo unter anderem in der beitragsfreien Versicherung von Familienangehörigen bei und verschärft sie an anderer Stelle. So zahlen Haushalte oder versicherte Personen trotz gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit sehr unterschiedliche Beiträge zur GKV, wenn, wie von der SPD geplant, neben dem Lohneinkommen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen, nicht aber aus Vermietung und Pacht beitragspflichtig werden.

Bewertung der Gesundheitsprämie

Gegenüber der Bürgerversicherung hat das im Sommer und Herbst von den Professoren Rürup und Wille einerseits und von der CDU und CSU andererseits konkretisierte Modell der Gesundheitsprämie den Vorteil, (zumindest partiell) die Abhängigkeit der Lohnnebenkosten von den Gesundheitsausgaben zu beseitigen. Allerdings muss man auch hier bezweifeln, dass Prämienfinanzierungen einen geeigneten Weg zur Lösung der wirklichen Probleme des Gesundheitssystems darstellen. Alle politisch diskutierten Vorschläge zur Gesundheitsprämie setzen vollständig auf die Umlagefinanzierung. Von Kapitaldeckung und einem Beitrag zur Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem keine Spur. Ohne Kapitaldeckung wäre infolgedessen die Gesundheitsprämie von der Ausgaben- und Beitragsdynamik, die die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt auslösen, genauso betroffen wie der Status quo. Die Gesundheitsprämie würde unweigerlich steigen. Bei

gleichzeitigem Bestand der zum Startzeitpunkt der Gesundheitsprämie definierten Belastungsgrenze wäre eine drastische Erhöhung der staatlichen Transfers unumgänglich. Im System der Gesundheitsprämie würde das gesamte demographische Risiko auf den Staat übertragen.

Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung sind dagegen demographiesicher kalkuliert. Alterungsrückstellungen als Element der Kapitaldeckung in der PKV stellen eine Vorsorge für im Alter steigende Gesundheitsausgaben dar. Allerdings müssen Alterungsrückstellungen schon frühzeitig aus den Beiträgen zur PKV aufgebaut werden. Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung würden aber mit einer ohne Kapitaldeckung kalkulierten Gesundheitsprämie konkurrieren. Und eine Gesundheitsprämie zwischen 109 und 169 Euro liegt in der Regel niedriger, als das, was in der PKV gezahlt werden muss. Der Wettbewerb zwischen der PKV und GKV würde sich so nachhaltig zu Gunsten der GKV verzerren. Die PKV würde unweigerlich an Wettbewerbsfähigkeit einbüßen; es entstünde eine Tendenz zur staatlichen Einheitskasse und das Gesundheitssystem insgesamt verlöre ein Stück an demographischer Sicherheit.

Darüber hinaus macht die Gesundheitsprämie staatliche Transfers an diejenigen Niedrigeinkommensbezieher erforderlich, die von einer pauschalen Gesundheitsprämie überfordert werden. Je nach Berechnung würden hierfür schon heute jährlich zwischen 30 und 40 Mrd. Euro Steuergelder aus dem Bundeshaushalt benötigt. Der Einfluss des Staates im Gesundheitssystem nimmt damit zu; insbesondere dann, wenn demographiebedingt die staatliche Transfersumme im Verlauf der Zeit drastisch ansteigt. Mit anderen Worten: Ab dem Zeitpunkt der Einführung pauschaler Gesundheitsprämien muss mit einem gesteigerten Interesse des Bundes an der Einflussnahme auf das Gesundheitssystem gerechnet werden. Das Gesundheitswesen als Selbstverwaltungsmodell würde perspektivisch aufgegeben.

Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie werden damit den tatsächlichen Problemen im Gesundheitswesen nicht gerecht. Sie stellen radikale Finanzierungsreformen ohne Problemlösung dar. Will man das Ziel einer nachhaltigen, generationengerechten und demographiesicheren Finanzierung des Gesundheitswesens mit wettbewerblichen Strukturen erreichen, müssen die bestehenden Systemstrukturen mutig weiterentwickelt werden. Dazu können alle Akteure des Gesundheitswesens beitragen. In der GKV ist zum Beispiel die Neudefinierung des Leistungskatalogs unumgänglich. Auch über die Familienversicherung sollte nachgedacht werden. Auf der Seite der Leistungserbringer sind die Wettbewerbsstrukturen neu zu organisieren.

PKV-Zukunftskonzept

Aber auch die PKV kann einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens leisten. Die PKV hat im Sommer 2004 ein Konzept vorgestellt, das von den gegenwärtigen Systemstrukturen ausgeht. Das bedeutet, dass sich die PKV stets nur an die freiwillig Versicherten wen-

den kann. In diesem Konzept werden zwei zentrale Vorwürfe aufgegriffen, mit denen die PKV in der Öffentlichkeit immer wieder konfrontiert wird: 1. Es ist für privat Versicherte mit zunehmender Versicherungszeit immer schwieriger, im Anbieterwettbewerb von einer Versicherungsgesellschaft in eine andere zu wechseln. 2. Es gibt Solidaritätsdefizite im Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV, weil die Risikoprüfung bei Versicherungsbeginn vielen gesetzlich Versicherten mit Vorerkrankungen den Wechsel zur PKV erschwert oder unmöglich macht. Diese Defizite werden durch die heutigen Ausgleichmechanismen nicht behoben.

Der Basisschutz

Die PKV hat sich diesen Vorwürfen gestellt und bietet mit dem Zukunftskonzept konkrete Lösungsvorschläge an. Als zentrales Element des Konzeptes soll von allen Unternehmen neben ihrer jetzigen Produktpalette ein standardisierter Basisschutz angeboten werden. Der Basisschutz entspricht in etwa dem Leistungsniveau der GKV.

Wechsel GKV-PKV

Der erste Vorschlag des PKV-Zukunftskonzepts greift den Wechsel von der GKV zur PKV auf. Die PKV will in Zukunft jedem freiwillig gesetzlich Versicherten die Möglichkeit bieten, jederzeit bis zum 55. Lebensjahr in den Basisschutz der PKV zu wechseln. Jeder – auch Personen mit Vorerkrankungen – soll künftig ohne Risikozuschlag bei gleichzeitigem Annahme- und Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen diesen Basisschutz abschließen können. Zugleich sieht die PKV vor, allen freiwillig gesetzlich Versicherten über 55 Jahre für eine Phase von 12 Monaten den Wechsel in den Basisschutz der PKV, wiederum mit Annahmezwang und ohne Risikozuschlag, anzubieten. Mit dieser Öffnungsaktion stellt sich die gesamte Branche dem uneingeschränkten Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV.

Aber auch ein besserer Versicherungsschutz bleibt allen freiwillig in der GKV Versicherten nicht verwehrt. Jeder, der einen höherwertigen Versicherungsschutz als den Basisschutz wünscht, kann bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres innerhalb von 6 Monaten nach nach Ende der Versicherungspflicht in der GKV in jeden höherwertigen Versicherungsschutz der PKV wechseln. Falls ein Risikozuschlag notwendig sein sollte, so wird dieser auf maximal 30 Prozent begrenzt.

Die PKV schafft mit diesen Vorschlägen zum Systemwettbewerb auch für schlechte Risiken einen Anreiz, über einen Wechsel zur PKV nachzudenken. Der Wettbewerb zwischen PKV und GKV gewinnt an Intensität. Der Vorwurf, es gäbe ein Solidaritätsdefizit zwischen GKV und PKV, ist damit unwiderruflich beseitigt – zumal mit diesem Konzept die 5 bis 6 Mrd. Euro Überzahlungen der Privatversicherten pro Jahr nicht nur erhalten bleiben, sondern sich bei einem Wechsel zur PKV sogar noch erhöhen werden.

Mit diesem Vorschlag sieht die PKV darüber hinaus einen Weg, die Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu stärken. Denn

wenn sich mehr Menschen im Systemwettbewerb freiwillig für einen kapitalgedeckten PKV-Schutz entscheiden, dann heißt das auch weniger Menschen in der Umlagefinanzierung und weniger Belastung künftiger Generationen. Das gesamte Gesundheitssystem würde infolge des PKV-Vorschlags ein Stück weit nachhaltiger finanziert.

Wechsel PKV-PKV

Die PKV möchte aber auch dem zweiten aus der Öffentlichkeit bekannten Vorwurf begegnen. Sie will mit einem deutlich erleichterten Wechselrecht den Anbieterwettbewerb zwischen den Unternehmen intensivieren: Jeder neue PKV-Versicherte soll künftig das Recht erhalten, jederzeit im Umfang des Basisschutzes unter Einhaltung der Kündigungsfristen von einem Unternehmen zu einem anderen zu wechseln, und zwar unter Berücksichtigung seiner aus dem ursprünglichen Eintrittsalter erworbenen Rechte und unabhängig von seinem aktuellen Gesundheitszustand. Konkret heißt das: Wenn Versicherungsnehmer sich mit 30 Jahren als gutes Risiko im Unternehmen A versichern, mit 50 Jahren als relativ schlechtes Risiko aber in das Unternehmen B wechseln wollen, dann ist das nach Vorstellungen der PKV im Umfang des Basistarifs problemlos möglich, weil Versicherungsnehmer im neuen Unternehmen so eingestuft werden, als wären sie bereits mit 30 Jahren als gutes Risiko in das Unternehmen B eingetreten.

Das skizzierte Wechselrecht mit Beibehaltung des Anspruchs aus der Alterungsrückstellung setzt eine Produktstandardisierung zwingend voraus. Der Basisschutz ist standardisiert. Der Basisschutz gilt für alle Unternehmen und entspricht, wie schon erwähnt, mindestens dem GKV-Niveau. Die Versicherung darüber hinausgehender, höherwertiger Leistungen ist damit von dem neuen Wechselrecht nicht betroffen. Hier gelten die bisherigen Bedingungen. Wechselt der Versicherte mit dem Basisschutz zu einem anderen Unternehmen, so kann er deshalb entweder den höherwertigen Versicherungsschutz bei seinem bisherigen Versicherer belassen oder einen Vertrag mit dem neuen Versicherer abschließen. Grundlage für die Beitragsberechnung ist in diesem Fall das aktuelle Eintrittsalter und der aktuelle Gesundheitszustand.

Die PKV schafft für PKV-Neuversicherte ein Wechselrecht, das vollständig analog dem heutigen Wechselrecht in der GKV ist. Der standardisierte Grundschutz kann jederzeit gewechselt werden. Für die privaten Zusatzversicherungen gelten eigene Bedingungen. Da die Zusatzversicherung nicht standardisierbar ist, können hier auch nicht die Voraussetzungen für eine Erleichterung des Wechsels geschaffen werden. Im Bereich der Zusatzversicherung ist ein Versicherungswechsel nicht nachteilsfrei möglich.

Neben dem neuen Wechselrecht für alle Neuversicherten soll nach dem PKV-Zukunftskonzept aber auch der Unternehmenswechsel für die Bestandsversicherten erleichtert werden. Entsprechend der Empfehlung der VVG-Kommission schlägt die PKV vor, dass beim Wechsel eines Versicherten aus dem Altbestand die Rechte aus dem 10-Prozent-Zuschlag er-

halten bleiben. Ferner kann der Bestandsversicherte jederzeit in die neue Produktwelt wechseln und ab dem Tag der Einführung für die Zukunft schrittweise zusätzliche Wechselrechte erwerben. Darüber hinausgehende Wechselrechte sind für den Bestand nicht möglich. Bestehende Versicherungsverträge müssen vor Risikoentmischung und Nachfinanzierung geschützt werden. Denn: Der Bestandsversicherte hat historisch ein Produkt ohne Wechselrecht gekauft. Das erleichterte Wechselrecht ist versicherungstechnisch nichts anderes als ein zusätzliches Produkt, das auch seinen Preis kostet. Wer geht, benachteiligt die Solidargemeinschaft des Versichertenkollektivs. Dieser Preis muss von irgendjemandem bezahlt werden. Bisher zahlt dies der Wechselnde durch die Nicht-Mitgabe der Alterungsrückstellung. Künftig werden alle dafür bezahlen, indem Versicherungsbeiträge mit Wechselrechten kalkuliert werden.

Das PKV-Zukunftskonzept schafft mit diesen Vorschlägen die Voraussetzung für eine höhere Wettbewerbsintensität und Effizienz im Gesundheitswesen. Denn sowohl der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV als auch der Anbieterwettbewerb zwischen den PKV-Unternehmen wird in Zukunft erheblich zunehmen. Das PKV-Zukunftskonzept bedarf allerdings einiger Vorbereitungen. Zunächst einmal muss für die beiden erläuterten Vorschläge zum System- und Anbieterwettbewerb ein Poolausgleich zwischen den Unternehmen organisiert werden. Dieser stellt im offerierten Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV sicher, dass die unterschiedlichen Risiken freiwillig Versicherter, die sich aufgrund des Annahmezwangs und Verzichts auf Risikozuschläge ungleich auf die Unternehmen verteilt haben, ausgeglichen werden. Ähnliches gilt für den offerierten Anbieterwettbewerb. Technisch wird das neue Wechselrecht im Basisschutz zwischen den Versicherungsunternehmen nicht durch die Auszahlung von Alterungsrückstellungen gelöst. Die unabhängig vom aktuellen Gesundheitszustand existierenden und ausgeübten Rechte werden vielmehr via Pool zwischen den Versicherungsunternehmen ausgeglichen.

Die Umsetzung des PKV-Zukunftskonzepts setzt eine verlässliche Perspektive der PKV in der substitutiven Vollversicherung voraus. Darüber hinaus bedarf es im Jahr 2005 noch gesetzgeberischer Änderungen und weiterer Abstimmungsprozesse. Die PKV hat die dafür notwendigen Voraussetzungen geschaffen.

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

Versicherungspflicht

Im Verfahren B 12 KR 26/02 R vor dem Bundessozialgericht (BSG) war umstritten, ob die Klägerin als abhängig Beschäftigte versicherungspflichtig ist. Die Klägerin war seit 1993 als Dozentin für eine Volkshochschule tätig. Sie übernahm dort Kurse „Deutsch als Fremdsprache“, auch für Spätaussiedler, Asylberechtigte und Kontingentflüchtlinge. Über diese Tätigkeit wurden „Vereinbarungen über freie Mitarbeit“ oder für die einzelnen Kurse „Honorarverträge“ abgeschlossen. Zunächst gingen die Beteiligten übereinstimmend davon aus, dass die Klägerin aufgrund dieser Tätigkeit nicht versicherungspflichtig war. Die Klägerin war bei der beklagten Krankenkasse freiwillig krankenversichert. Im Jahre 1999 machte sie jedoch gegenüber der Beklagten als Einzugsstelle geltend, sie sei bei der Volkshochschule versicherungspflichtig beschäftigt. Dieses bejahte die Beklagte zunächst, hob den Bescheid jedoch nach Widerstand der Volkshochschule auf. Die Beklagte stellte nunmehr mit Bescheid und Widerspruchsbescheid fest, dass die Klägerin nicht aufgrund einer abhängigen Beschäftigung bei der Volkshochschule versicherungspflichtig, sondern in dieser Tätigkeit selbständig erwerbstätig sei. Auf die Klage der Klägerin hat das Sozialgericht (SG) die Bescheide aufgehoben und Versicherungspflicht aufgrund einer abhängigen Beschäftigung angenommen. Auf die Berufung der Volkshochschule hat das Landessozialgericht (LSG) das erstinstanzliche Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen, weil nach Abwägung zwischen den Merkmalen für eine abhängige Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit eine selbständige Tätigkeit anzunehmen sei.

Auf die Revision der Klägerin wurde das Urteil des LSG aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen. Die bisherigen Feststellungen des LSG reichten für ein Gesamtbild von der Tätigkeit und eine abschließende Entscheidung nicht aus.

Familienversicherung

Das BSG hatte außerdem über folgende Frage zu entscheiden – Az.: B 12 KR 36/03 R –: Die Klägerin ist Pflichtmitglied der beklagten Krankenkasse. Ihr Ehemann ist Beamter und nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, sondern privat krankenversichert. Ihr 1991 geborenes gemeinsames Kind, das selbst keine Einkünfte hat, war zunächst über die Klägerin familienversichert. Die Beklagte stellte im November 2001 gegenüber der Klägerin fest, dass die Familienversicherung ihres Kindes zum 3.12.1998, dem Zeitpunkt des Eingangs eines Fragenbogens zur Familienversicherung, beendet werde, weil ihr Ehemann und Vater des Kindes nicht Mitglied einer Krankenkasse sei, sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteige und dieses auch höher sei als das Gesamteinkommen der Klä-

gerin. Das Sozialgericht (SG) hat die hiergegen erhobene, zuletzt auf die Jahre 1999 bis 2001 beschränkte Klage abgewiesen und ausgeführt, entgegen der Ansicht der Klägerin seien bei der Ermittlung des Gesamteinkommens ein Altersentlastungsbetrag, Sonderausgaben, außergewöhnliche Belastungen, Kinderfreibeträge und der Haushaltsfreibetrag nicht von den Bruttoeinnahmen abzuziehen. Die Klägerin hat die zugelassene Sprungrevision eingelegt, mit der sie sich gegen die Ermittlung des für die Familienversicherung erheblichen Gesamteinkommens wendet.

Die Revision der Klägerin hatte im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung an das Berufungsgericht Erfolg. Das SG hat die notwendige Beiladung des Sohnes der Klägerin unterlassen. Das BSG als Revisionsgericht konnte diesen Mangel nicht selbst beheben, da die erforderliche Zustimmung bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung nicht eingegangen ist. Der zuständige Senat im BSG hat von der Möglichkeit der Zurückverweisung an das Berufungsgericht Gebrauch gemacht. Das Landessozialgericht wird in der Sache zu beachten haben, dass der Sohn der Klägerin die Voraussetzungen der Familienversicherung im streitigen Zeitraum nicht erfüllt. Das Gesamteinkommen des Vaters des Klägers war regelmäßig im Monat höher als ein Zwölftel der jeweiligen Jahresarbeitsentgeltgrenzen und auch höher als das Gesamteinkommen seiner Ehefrau. Entgegen der Auffassung der Revision sind bei der Ermittlung des Gesamteinkommens von den Einkünften des Ehemannes der Klägerin außergewöhnliche Belastungen, Kinderfreibeträge und der Haushaltsfreibetrag nicht abzuziehen.

Teil D

Statistik

I. Statistische Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde

Meldungen an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Auch für das Jahr 2004 galten für die statistische Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde die seit 1995 gültigen Formblätter, wie sie im Rechenschaftsbericht 1995, S. 141, beschrieben sind. Diese Statistikvorschriften gelten sowohl für Quartalsmeldungen als auch für Jahresnachweisungen. Darüber hinaus werden von der BaFin Daten bei den Versicherungsunternehmen abgefragt, die als Grundlage zur Erstellung von Wahrscheinlichkeitstafeln dienen. Diese Daten werden künftig von allen Unternehmen durch den vom PKV-Verband bereitgestellten Statistik-Manager geprüft und aus den Verbandsstatistiken auf BaFin-Format konvertiert. Die Datenlieferung erfolgt dann per E-Mail. Die BaFin ist verpflichtet – gemäß § 103 a VAG sowie § 17 der Kalkulationsverordnung – Wahrscheinlichkeitstafeln als mögliche Grundlage für die Kalkulation von Krankenversicherungstarifen zu veröffentlichen. Hierzu werden aus dem Bereich der Vollversicherung aus den einzelnen Tarifen neben den versicherten Personen die Rechnungsbeträge und die Erstattungsbeträge nach Alter und Geschlecht angefordert. Auch für Krankentagegeldtarife erfolgen Erhebungen, hier über die Personen und die Leistungstage. Darüber hinaus werden die versicherten Personen und die dazugehörigen Abgänge durch Tod und durch Stornierungen abgefragt. Die Erhebung erfolgte erstmals für das Berichtsjahr 1995. Seitdem werden die Daten in jährlichem Turnus abgefragt.

II. Verbandsstatistik

1. Allgemeines

Verbandsstatistik

Die vom Verband veröffentlichten Statistiken werden z. T. aus den von den Mitgliedsunternehmen zur Verfügung gestellten Kopien der Meldungen an die BaFin nach den genannten Formularen zusammengestellt. Zusätzlich werden allgemein interessierende Werte sowie Daten zu ein-

zelnen Bereichen in einer detaillierten Gliederung bei den Mitgliedsunternehmen erfragt, um damit die Lage der privaten Krankenversicherung darzustellen. Dadurch ist es möglich, die Öffentlichkeit frühzeitig über aktuelle Entwicklungen zu unterrichten.

2. Wahrscheinlichkeitstafeln

Allgemeines

Bereits seit dem Jahr 1970 werden durch den Verband bei den Mitgliedsunternehmen Daten zur Erstellung von Wahrscheinlichkeitstafeln erhoben. Ursprünglich handelte es sich dabei nur um Rechnungsbeträge in den Bereichen ambulanter und stationärer Versicherungsschutz. Später wurde auch untersucht, wie die Erstattungshöhen mit den Selbstbehalten korrelieren. Ab dem Beobachtungsjahr 1992 wurde die Erhebung auf Daten über das Ausscheiden von Versicherungsnehmern durch Stornierung der Verträge oder durch Tod erweitert. Trotz der Veröffentlichungen von Wahrscheinlichkeitstafeln durch die BaFin werden diese Statistiken weiter beibehalten, da durch den Verband mehr Merkmale erfasst werden und somit den Unternehmen detailliertere Daten zur Verfügung gestellt werden können. Die Mitgliedsunternehmen benötigen die Statistiken als Grundlage für Tarifkalkulationen, insbesondere bei neuen Produktentwicklungen, aber auch dann, wenn in eigenen Tarifen insgesamt oder in bestimmten Altersbereichen noch nicht genügend Bestände vorhanden sind.

Seit dem Berichtsjahr 2000 orientieren sich die Versicherungsunternehmen bei Ihrer Datenmeldung an dem vom Verband entwickelten „Statistik-Handbuch der privaten Krankenversicherung“, welches exakte Vorgaben zu Inhalt und Form der Meldungen zur Kopfschaden-, Storno- und Sterblichkeitsstatistik macht. Dieses Handbuch wird ständig weiterentwickelt und neuen Erfordernissen angepasst.

a) Wagnisstatistik

Ermittlung der Profile

Die Wagnisstatistik wird aus den im Rahmen der Kopfschadenstatistik gemeldeten Daten erstellt. Die geänderte Meldung der Daten erlaubt den Versicherungsunternehmen eine flexiblere Differenzierung der gemeldeten Leistungsausgaben nach einzelnen Leistungsarten. Eine gegenüber der bisherigen Meldung stärkere Differenzierung wird hierbei angestrebt. Zumindest die bisher bekannten Leistungsarten können weiter ausgewertet werden. Im ambulanten Bereich werden Rechnungs- und Erstattungsbeträge, im stationären Bereich zusätzlich Leistungstage und für die Krankentagegeldversicherung nur Leistungstage gemeldet. Die ausgewerteten Leistungsarten sind

- Arzneien und Verbandmittel
- Zahnbehandlung
- Zahnersatz und Kieferorthopädie

– sämtliche übrige ambulante 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
– Krankenhaus-Aufenthaltsdauer.

Für die letzte Leistungsart werden die im gesamten stationären Bereich gemeldeten Leistungstage zusammengefasst ausgewertet.

In die Datenlieferungen der Mitgliedsunternehmen fließen nur diejenigen Versicherten der gemeldeten Tarife ein, die mindestens drei Jahre dem jeweiligen Tarif angehören. Die Erhebung wird geschlechtsspezifisch und getrennt nach einzelnen Altern durchgeführt.

Auch die Altersabhängigkeit der Arbeitsunfähigkeitstage wird für die Statistik beobachtet. Hierbei werden zum einen Krankentagegeldtarife mit einer Karenzzeit von einer Woche als repräsentativ für die Versicherung von Selbständigen und zum anderen Krankentagegeldtarife mit einer Karenzzeit von sechs Wochen als repräsentativ für die Versicherung von Angestellten ausgewertet. Weitere Tarife mit anderen Karenzzeiten werden darüber hinaus beobachtet.

Die Veröffentlichungen erfolgen seit dem Beobachtungsjahr 1997 im Zahlenbericht des Verbandes. Die Daten des Beobachtungsjahres 2004 werden im Zahlenbericht 2004/05 veröffentlicht, der im November erscheinen wird.

Verwendung

Die in dieser Statistik ermittelten altersabhängigen Pro-Kopf-Rechnungsbeträge und normierten Profile für Männer und Frauen können von allen Krankenversicherungsunternehmen – also auch von solchen, die nicht dem Verband angehören, wie z.B. Neugründungen – herangezogen werden, um neue Tarife zu kalkulieren. Dies ist dann nötig, wenn keine genügend großen eigenen Vergleichsbestände vorliegen. Insoweit besteht hier eine Alternative zu den Wahrscheinlichkeitstafeln der BaFin, die wegen der größeren Differenzierung auch genutzt wird.

b) Auswirkung von Selbstbehalten auf die rechnungsmäßigen Kopfschäden von Krankheitskostentarifen

Selbstbehaltstatistik

Seit dem Beobachtungsjahr 1976 werden dem Verband von den Mitgliedsunternehmen Daten aus bestehenden Selbstbehalttarifen gemeldet. Die letzte Auswertung dieser Meldungen wurde für das Beobachtungsjahr 2000 durchgeführt. Auch aus dieser Statistik werden Ergebnisse im Zahlenbericht veröffentlicht. Da in dieser Statistik für einzelne Selbstbe-

halte relativ große Bestände zusammengeführt werden, können damit genauere Werte ermittelt werden, als sie einzelnen Unternehmen aus ihrem Bestand zur Verfügung stehen. Auf diese Daten wird vor allem von kleineren Unternehmen zurückgegriffen, um neue Tarife kalkulieren zu können oder um die Beobachtung bestehender, gering besetzter Tarife abzusichern.

c) Ausscheidewahrscheinlichkeiten

Stornostatistik

Seit dem Beobachtungsjahr 1992 wertet der Verband Datenmaterial über das Ausscheiden von Versicherungsnehmern durch Stornierung der Verträge aus. Diese Daten werden von den Unternehmen herangezogen, um eine Orientierung für die Festlegung der Stornowahrscheinlichkeiten in eigenen Tarifen zu erhalten. Allerdings sind gerade bei den Stornowahrscheinlichkeiten große Unterschiede je nach Struktur des Außendienstes und der Kundenzielgruppe festzustellen. Daher stellen diese Statistiken keine genaue Rechnungsgrundlage dar.

Sterbewahrscheinlichkeiten

Auch über die Todesfälle von Versicherungsnehmern werden seit dem Beobachtungsjahr 1992 Daten von den Mitgliedsunternehmen angefordert. Aus den erhobenen Werten auch der zurückliegenden Jahre wird unter Verwendung von allgemein anerkannten Ausgleichsverfahren und mit einer Extrapolation über sieben Jahre die für die gesamte PKV gültige Sterbetafel ermittelt. Die derzeit aktuelle Sterbetafel ist die „PKV 2004“, die nach den Beobachtungen der Sterblichkeiten der Jahre 2002 und 2003 und deren Einbeziehung in die Extrapolation auch noch weiter Gültigkeit hat. Diese Sterbetafel wird jährlich überprüft, indem sie mit den Daten der neuesten Erhebungen abgeglichen wird. Zeigt dieser Vergleich eine über die Extrapolation hinausgehende Entwicklung, so wird eine neue Sterbetafel ermittelt.

3. Krankheitsartenstatistik

Krankheitsartenstatistik

In der Krankheitsartenstatistik werden die Leistungsausgaben sowie die durchschnittliche Krankenhausverweildauer nach Krankheitsgruppen entsprechend der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) 9“ untersucht. Die Teilnahme an dieser Statistik hat weiter zugenommen, so dass hier nun die Daten von 20 Unternehmen einfließen. Allerdings beteiligen sich auch große Mitgliedsunternehmen noch nicht an dieser Statistik. Die Ergebnisse wurden bis zum Berichtsjahr 1999 im Rechenschaftsbericht veröffentlich und erscheinen seit dem Berichtsjahr 2000 im Zahlenbericht des Verbandes.

4. Rechnungsauswertungen

GOÄ und GOZ

Wie im Rechenschaftsbericht 1988, Abschnitt D II. 4., Seite 114, erläutert, werden weiterhin Arztrechnungen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie Zahnarztrechnungen bei den Mitgliedsunternehmen erhoben und ausgewertet. Inzwischen liegen die Ergebnisse aus der Erhebung des ersten Halbjahres 2000 vor. Aus der Statistik geht hervor, dass die von den Ärzten und Zahnärzten angesetzten GOÄ/GOZ-Multiplikatoren weitgehend stabil bleiben. Der Leistungsanstieg für ambulante Arzt- und Zahnarztbehandlung wird also nicht durch höhere Faktoren verursacht. Er beruht vielmehr auf einer Mengenausweitung sowie auf strukturellen Umschichtungen von niedrig zu höher bewerteten Leistungen. Zahlenmäßig wird weit weniger über dem Regelhöchstsatz abgerechnet, als sich dies im Volumen niederschlägt. Dies liegt daran, dass vor allem teure Leistungen, die also schon vom Grundsatz her sehr hoch bewertet werden, noch mit einem erhöhten Multiplikator angesetzt werden. Dies ist insbesondere bei Chefärzten und Zahnärzten zu beobachten.

5. AIDS-Statistik

AIDS-Statistik

Im Rahmen der AIDS-Statistik werden vom Verband bei den Mitgliedsunternehmen die Zahl der neu erkannten Fälle von HIV-Infektionen und die Zahl der im jeweiligen Berichtszeitraum Verstorbenen HIV-positiven Personen abgefragt. Zusätzlich werden die Krankheitskosten für diesen Personenkreis ermittelt. Aus der Erhebung ist zu ersehen, dass die Zahl der Todesfälle in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. Im Jahr 2004 wurden 88 Todesfälle registriert, im Jahr 1993 lag diese Zahl noch bei rund 350 Fällen. Im Jahr 2000 lag allerdings die Fallzahl mit 66 noch deutlich niedriger. Die Zahl der festgestellten Neuinfektionen ist dagegen im Lauf der Zeit nicht gesunken. Sie lag im Jahr 2004 bei rund 646 Fällen. Das sind bezogen auf den mittleren Bestand 78,9 Neuinfektionen je 1 Mio. Privatversicherte. In der Bundesrepublik betrug dies Verhältnis zum Vergleich im Jahr 2003 20,6 Neuinfektionen pro 1 Mio. Einwohner.

Der Rückgang der Todesfallzahlen ist auf die deutlich besseren Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen. Diese führen allerdings zu sehr hohen Leistungsausgaben. Durchschnittlich fällt zurzeit für einen HIV-Infizierten pro Jahr ein Rechnungsbetrag von rund 15.000 Euro an. Dieser Betrag ist über alle HIV-Infizierten hinweg ermittelt – auch denjenigen, bei welchen die Krankheit noch nicht ausgebrochen ist.

6. Statistik der Pflegepflichtversicherung

Datenerhebung

Gemäß Pflege-Versicherungsgesetz muss für die Abwicklung der privaten Pflegepflichtversicherung ein Finanzausgleich durchgeführt werden

sowie eine einheitliche Kalkulation der Tarife erfolgen. Um dies zu gewährleisten, haben sich diejenigen Unternehmen, die die PPV betreiben – auch solche, die nicht dem Verband angehören – in einem Poolvertrag verpflichtet, dem Verband alle nötigen Informationen über die Bestände und Leistungen in der Pflegepflichtversicherung zukommen zu lassen.

Poolausgleich

Wegen der Forderung im Gesetz, die Versicherungsrisiken auszugleichen, werden im Poolausgleich einerseits die Beiträge und andererseits auch die Leistungen ausgeglichen. Im Gesetz sind verschiedene Beitragsbegrenzungen vorgeschrieben (u.a. Beitragsfreiheit der Kinder und Höchstbeitragsbegrenzung). Die für diese Personenkreise fehlenden Beitragsteile werden durch Umlage von den übrigen Versicherten aufgebracht. Im Beitragsausgleich wird dafür gesorgt, dass die Umlagebeträge dorthin gelangen, wo sie benötigt werden. Da durch unterschiedliche Risikozusammensetzung der Bestände in den einzelnen Unternehmen die Möglichkeit besteht, dass in einzelnen Unternehmen die tatsächlichen Leistungsausgaben die in der Kalkulation angesetzten übersteigen, wird der Leistungsausgleich dafür benötigt, solche Lasten auf alle Unternehmen zu verteilen.

Bestandsstatistik

Die Unternehmen melden an den Verband die Daten aus der PPV über die Zusammensetzung der Bestände nach Alter und Geschlecht, die von diesen Versicherten erhobenen Beiträge sowie den sich aus der eintrittsalters- und geschlechtsabhängigen Kalkulation im Anwartschaftsdeckungsverfahren ergebenden Beitragsbedarf. Diese Daten bilden die Grundlage für die Feststellung des Beitragsausgleichs. Der Umlagebedarf betrug 2004 insgesamt 272 Mio. Euro. Der größte Teil dieses Ausgleichs erfolgt innerhalb der Unternehmen selbst. Der vorläufige Ausgleich zwischen den Unternehmen, der jährlich auf der Basis der ersten neun Monate noch im laufenden Geschäftsjahr durchgeführt wird, ergab einen Ausgleichsbedarf zwischen den Unternehmen von rund 57 Mio. Euro.

Leistungsstatistik

Die Leistungsausgaben in der Pflegepflichtversicherung werden sehr differenziert abgefragt. Hier erfolgt die Erhebung nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch unterschieden nach ambulanter und stationärer Pflege, nach den verschiedenen Pflegestufen sowie nach der Art der Leistung (z.B. Kostenerstattung, Pflegegeld, Rentenversicherungsbeiträge usw.). Diese Daten bilden einerseits die Grundlage für die Durchführung des Leistungsausgleichs, andererseits dienen sie dazu, für die Kalkulation der Pflegepflichtversicherung die nötigen Rechnungsgrundlagen zu liefern.

Meldungen an das Bundesgesundheitsministerium

Die PKV hat sich gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium verpflichtet, statistische Daten aus der Pflegepflichtversicherung zu liefern. Dazu werden Angaben zur Anzahl der Versicherten und der Leistungsempfänger in bestimmten Leistungsarten nach Alter und Geschlecht gemeldet. Zusätzlich werden dem Ministerium die Leistungsausgaben, aufgegliedert nach verschiedenen Leistungsarten, übermittelt.

Infolge der Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung – PflegeStatV) vom 24.11.1999 hat der PKV-Verband erstmalig für das Berichtsjahr 1999 aus den gemeldeten Daten zur PPV auch eine Meldung an das Statistische Bundesamt erstellt. Diese Meldung, die im zweijährigen Rhythmus erfolgt, umfasst Angaben zur regionalen Verteilung der privatversicherten Pflegebedürftigen, die Pflegegeldleistungen erhalten, untergliedert nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe. Die Meldung des Verbandes ist ein Beitrag zur entsprechenden Bundesstatistik, die der Beurteilung der Entwicklung der pflegerischen Versorgung und ihrer Nachfrage u.a. auch auf Länderebene dient.

Meldungen an das Statistische Bundesamt

III. Bundesstatistik zur Krankenversicherung

Mikrozensus 2003

Im Jahr 1995 wurde die jährliche Befragung über den Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung im Rahmen der Mikrozensusuntersuchungen des Statistischen Bundesamtes auf einen Vierjahresrhythmus umgestellt. Nunmehr sind die Ergebnisse für das Jahr 2003 veröffentlicht worden. Die Erhebung erfolgte im Mai 2003. Danach waren zu diesem Zeitpunkt 7,981 Mio. Personen ausschließlich privat versichert, das sind 9,67 Prozent der Bevölkerung. Im früheren Bundesgebiet waren es 7,252 Mio. Personen bzw. 10,72 Prozent der Bevölkerung, in den neuen Bundesländern 0,729 Mio. Personen bzw. 4,91 Prozent. Im ganzen Bundesgebiet waren 87,84 Prozent der Bevölkerung in der GKV versichert. 0,23 Prozent hatten keinen Krankenversicherungsschutz und 0,06 Prozent keine Angaben dazu gemacht. 0,64 Prozent erhielten freie Heilfürsorge der Polizei oder der Bundeswehr und 1,35 Prozent waren anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhalt aus dem Lastenausgleich. Der Rest von 0,21 Prozent ist unter Sonstiges zusammengefasst.

Erwerbstätige Personen

Von den freiwillig versicherten Erwerbstätigen gehörten 58,97 Prozent der PKV an und 41,03 Prozent der GKV. Bei den freiwillig versicherten Selbständigen war das Verhältnis PKV zu GKV 53,69 Prozent zu 46,31 Prozent und bei den Beamten 92,03 Prozent zu 7,97 Prozent. Von den freiwillig versicherten Angestellten waren 44,95 Prozent in der PKV und 55,05 Prozent in der GKV; bei den freiwillig versicherten Arbeitern war das Verhältnis 36,75 Prozent zu 63,25 Prozent. Die erwerbstätigen PKV-Versicherten, das waren 4,425 Mio. Personen, setzten sich aus 36,47 Prozent Selbständigen, 35,48 Prozent Beamten, 26,67 Prozent Angestellten und 1,38 Prozent Arbeitern zusammen.

Altersgliederung der Privatversicherten

Nach Altersgruppen gliedern sich die Privatversicherten (Erwerbstätige und Nichterwerbstätige) folgendermaßen auf: Die unter 20-Jährigen machten 19,39 Prozent und die 20- bis unter 40-Jährigen 26,25 Prozent

aus. Auf die Altersgruppe der 40- bis unter 60-Jährigen entfielen 38,22 Prozent, während die ab 60-Jährigen einen Anteil von 16,14 Prozent hatten.

Durch Tod verlor die private Krankenversicherung

Direktor

Rainer Sporer

Mitglied des Ausschusses für Leistungsfragen
des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.,
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G.

† 22. Mai 2004

Direktor i.R.

Dr. Wilfried Wedler

ehemaliges Mitglied des Steuerausschusses,
Rechtsausschusses, Wettbewerbs- und Schlichtungsausschusses
sowie des Ausschusses für Arztfragen
des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.,
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G.

† 2. März 2005

Anhang

Anlage 1

Grußwort

anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 3.6.2004 in Berlin

von
Reinhard Bütikofer
Vorsitzender Bündnis 90/Die Grünen

Sehr geehrter Herr Generaldirektor Schulte, sehr geehrter Herr Dr. Leienbach, meine sehr verehrten Damen und Herren,

es ist mir ein Vergnügen, heute bei Ihnen die Gelegenheit zu haben, zumal ich auch in den Monaten, seit ich in dieser Funktion für die Grünen tätig bin, Ihre Offenheit im Kontakt und die Zugänglichkeit auch für Gespräche schätzen gelernt habe. Ich habe mich auch gefreut, Sie kürzlich beide zu begrüßen, Herr Schulte und Herr Dr. Leienbach, bei unserer Feier zum 25-jährigen Bestehen der Grünen. Also verbindet uns, denke ich, so manches und nicht zuletzt die Zuneigung zu einer offenen Aussprache.

Meine Damen und Herren, wenn Sie den Parteivorsitzenden von Bündnis 90/Die Grünen zu dieser Versammlung einladen, erwarten Sie wahrscheinlich nicht unbedingt ein Statement zur Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich und wahrscheinlich interessiert Sie noch weniger die Frage, welche Position wir aktuell zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Aber eines – da bin ich mir sicher und das haben Sie auch schon angesprochen, Herr Schulte – das wird Sie interessieren: unsere Position zur Perspektive „Bürgerversicherung“, und zwar gerade auch deswegen, weil Sie als private Krankenversicherer – und ich betone – bisher zu den schärfsten Kritikern dieses Reformprojekts zählen. Ich habe Ihnen schon einmal in früheren Gesprächen gesagt: Wir haben durchaus noch Ehrgeiz, Sie davon zu überzeugen, dass dies auch für die privaten Krankenversicherungen keine schlechte Perspektive ist.

Also nun zum Thema. Auch in der Gesundheitspolitik lohnt sich sicherlich der Blick über die eigenen nationalen Grenzen hinweg. Die medizinischen, demographischen und finanziellen Herausforderungen, vor denen die entwickelten Gesundheitssysteme stehen, sind überall sehr ähnlich. Und auch die diskutierten und schon ergriffenen Reformmaßnahmen unterscheiden sich nicht fundamental in verschiedenen Ländern. Was heute voneinander abweicht sind die Begriffe, die Botschaften, die mit durchaus vergleichbaren Reformprojekten verbunden werden. So erlaubt manchmal der Blick ins Ausland einen Perspektivenwechsel, aus dem sich für die nationale Gesundheitspolitik einiges lernen lässt.

Für uns in Deutschland ist insbesondere die gesundheitspolitische Diskussion in den Niederlanden interessant. Auch dort ist anders als in den meisten EU-Ländern die gesetzliche Krankenversicherung als Sozialversicherung organisiert und auch dort gibt es ein duales Krankenversicherungssystem. Wie bei uns in Deutschland bestehen gesetzliche und pri-

vate Versicherungen nebeneinander. Wie bei uns existiert eine Versicherungspflichtgrenze, oberhalb derer Erwerbstätige sich in der privaten Krankenversicherung, und da ist nun der Unterschied, nicht nur versichern können, sondern versichern müssen.

In den Niederlanden hat man sich nun entschlossen, diese duale Struktur aufzugeben. Ab dem Jahr 2006 werden in den Niederlanden die gesetzliche und die private Krankenversicherung in einer so genannten Standardversicherung zusammengeführt. Auch in den Niederlanden wird – also ähnlich wie in vielen anderen EU-Ländern – eine Einwohner- oder auch Bürgerversicherung entstehen. Das ist für sich genommen schon ein interessanter Sachverhalt. Es handelt sich offensichtlich bei dieser Diskussion nicht um einen deutschen Sonderweg, sondern um eine breitere Entwicklung in der europäischen Debatte.

Was ich aber für die deutsche Diskussion für besonders aufschlussreich halte, ist wie unsere Nachbarn den bei ihnen geplanten Systemwechsel begründen. Sie argumentieren, dass für die wettbewerbliche Weiterentwicklung des gesamten Gesundheitswesens zwar unterschiedliche Krankenversicherer wichtig sind, diese aber einen gemeinsamen Wettbewerbsrahmen haben müssen. Andernfalls – so heißt es in den Niederlanden – komme es zu Reibungsverlusten und Wettbewerbsverzerrungen. Eine Aufrechterhaltung der Trennung in gesetzliche und private Krankenversicherung würde daher den Wettbewerb behindern. Das ist allerdings ein sehr viel anderer Zungenschlag als bei uns, wo der Bürgerversicherung von den Kritikern vorgeworfen wird, es handele sich da um einen Weg, der dem Wettbewerb ausweichen bzw. ihn reduzieren wolle.

Meine Damen und Herren, auch in Deutschland ist in der Gesundheitspolitik seit über einem Jahrzehnt häufig vom Ziel einer solidarischen Wettbewerbsordnung die Rede, und wir teilen das als Grüne. Auch wir gehen davon aus, dass die hohen Anforderungen, vor denen unser Gesundheitswesen in den kommenden Jahrzehnten steht, ohne mehr Wettbewerb nicht zu bewältigen sein werden. Krankenversicherer einerseits und Anbieter von Gesundheitsleistungen andererseits werden weitaus stärker als heute untereinander um Wirtschaftlichkeit, Qualität und Patientenorientierung wetteifern müssen, um unser Gesundheitswesen leistungsfähig und den Zugang Aller zur notwendigen Gesundheitsversorgung offen zu halten. Auf diesem Reformpfad hin zu mehr Wettbewerb hat es durchaus Fortschritte gegeben. Dass seit 1996 auch Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht der freien Kassenwahl haben, hat Bewegung in das bis dahin viel zu starre System der gesetzlichen Krankenkassen gebracht. Ich füge hinzu, dass das Gesundheitsmodernisierungsgesetz weniger Wettbewerb gebracht hat als uns Grünen lieb gewesen wäre. Und dass es in dem Fall einmal nicht an den Regierungsparteien lag, dass es damit wettbewerblich nicht weiter nach vorne ging, das wissen Sie wahrscheinlich.

Insgesamt ist der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen immer noch unterentwickelt. Die Kassen konkurrieren einseitig über die Höhe ihrer Beiträge und zu wenig über die Ausgestaltung und Qualität ihres Leistungsangebots. Die Anbieter wiederum wurden bis in die jüngste Zeit fast vollständig vom Wettbewerb geschützt. Die vielfach unterschätzte Gesundheitsreform hat hier nur wenige Bewegungsmöglichkeiten geschaffen, einige aber doch. Krankenkassen und innovative Anbieter von Gesundheitsleistungen haben etwas mehr Handlungsspielräume bekommen, ich wiederhole, zu wenig. Es existieren noch große Hindernisse, und ich nenne insbesondere das System der Kollektivverträge; dieses verhindert auf beiden Seiten funktionierenden Wettbewerb.

Aber auch die private Krankenversicherung – und ich hoffe, dass ich Sie nicht alle damit überrasche – ist weit von einer wirklich guten Wettbewerbsordnung entfernt. Vor allem, dass die Versicherten bei einem Kassenwechsel ihre aufgebauten Alterungsrückstellungen nicht mitnehmen können, verhindert einen echten Wettbewerb um die Bestandskunden. Dazu kommt – und das hat die PKV in den letzten Jahren selbst mehrfach kritisiert –, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen keine vertraglichen Instrumente haben, um auf den Preis, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen einzuwirken.

Und auch der vermeintliche Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung verdient bei genauem Hinsehen diesen großen Begriff nicht. Beamte und auch kleine Selbständige haben im Regelfall keine echte Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Damit reduziert sich der Bevölkerungsteil, der sich frei zwischen öffentlich-rechtlichen und privaten Versicherungsunternehmen entscheiden kann, auf abhängig Beschäftigte, die gut verdienen, gesund sind, geringe Krankheitsrisiken aufweisen und nicht viele Kinder haben. Diese Gruppe wird sich im Regelfall nach finanziellen Günstigkeitserwägungen entscheiden. Zu Qualität und Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitswesens trägt dieser „Wettbewerb“ zu wenig bei.

Wir haben also zu wenig Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität in unserem Gesundheitswesen. In der gesetzlichen Krankenversicherung dominieren staatliche Regulierungen, denen viele Akteure allenfalls widerstrebend und deshalb auch nur unvollkommen folgen. Dazu kommt eine gemeinsame Selbstverwaltung aus Krankenkassen und Ärzteschaft, die sich aufgrund ihrer internen Interessenwidersprüche allzu oft in Selbstblockaden verfängt. In der privaten Krankenversicherung haben die Bestandsversicherten kaum Wahlmöglichkeiten, zudem fehlt es den Krankenversicherungen an vertraglichen Instrumenten, um als Einkäufer von Gesundheitsleistungen auftreten zu können und damit Anreize für die Anbieterkonkurrenz zu setzen. Die in den letzten Jahren nachgewiesenen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite innerhalb unseres Gesundheitswesens sind nach unserer Überzeugung auch eine Folge überholter und teilweise fehlender Steuerungsstrukturen in gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Bündnis 90/Die Grünen wollen nun, dass unser Gesundheitswesen an Selbststeuerungsfähigkeit gewinnt. Wir treten deshalb für seine wettbewerbliche Weiterentwicklung ein. Anbieter und Kostenträger brauchen wirksame Anreize, mehr und schneller als bisher in die Qualitätswirtschaftlichkeit und Patientenorientierung von Gesundheitsleistungen zu investieren. Dazu gehören mehr Handlungsspielräume, die nicht durch Kollektivverträge und Detailregulierungen behindert werden dürfen. Dazu gehören aber auch mehr Wahlmöglichkeiten für die gesetzlich Versicherten, die sich angesichts gewachsener Selbstbestimmungsansprüche nicht mehr mit einem uniformen Leistungsangebot zufrieden geben. Auf einem wettbewerblich organisierten Krankenversicherungsmarkt, auf dem die Versicherten über Wahlmöglichkeiten verfügen, wird die Entwicklung der Versicherungs- und Versorgungsstrukturen nicht mehr primär von den Anbietern, sondern von den Versicherten bestimmt werden. Dafür sind weitere Strukturreformen, insbesondere im Vertragsrecht, notwendig. Erforderlich ist aber auch eine Wettbewerbsordnung, innerhalb derer alle Krankenversicherer unter einheitlichen Wettbewerbsbedingungen um alle Bürgerinnen und Bürger konkurrieren. Hier, meine Damen und Herren, liegt nach unserer Ansicht die zentrale Bedeutung der Bürgerversicherung. Sie schafft einen Rahmen, innerhalb dessen sowohl öffentlich-rechtliche Krankenkassen als auch privatrechtlich organisierte Kran-

kenversicherungsunternehmen tätig werden können. Damit käme es endlich auf dem gesamten Krankenversicherungsmarkt zwischen Krankenversicherern unterschiedlicher Rechtsformen zu einem lebhaften Wettbewerb. Damit das Potential eines wettbewerblich weiterentwickelten Gesundheitswesens vollständig ausgeschöpft wird, müssen aber die Ausgangsbedingungen für alle Versicherungsunternehmen gleich sein. Ein produktiver Wettbewerb kann nur unter einheitlichen Wettbewerbsbedingungen für alle Akteure stattfinden. Für alle müssen dieselben Spielregeln gelten.

Meine Damen und Herren, Sie werden kritisieren, dass in der Bürgerversicherung, nach unserer Vorstellung, diese Regeln die Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung sein sollen. Nun ist richtig, Kontrahierungspflicht, verpflichtender Grundleistungskatalog und einkommensabhängige Finanzierung sind heute der privaten Krankenversicherung fremd. Wenn wir aber sicherstellen wollen, dass auch künftig alle Bürgerinnen und Bürger die medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen erhalten – und wir als Grüne wollen das, weil wir das für den Zusammenhalt unserer Gesellschaft für unverzichtbar halten –, dann müssen alle Krankenversicherer auch alle Personen aufnehmen, und die Höhe der Beiträge darf nicht abhängig vom Gesundheitszustand sein.

Theoretisch ließe sich natürlich eine Bürgerversicherung auch nach den Regeln der privaten Krankenversicherung gestalten. Versicherte mit geringen Einkommen oder mit hohen Gesundheitsrisiken müssten dann Steuerzuschüsse zu ihren Versicherungsprämien erhalten. Und es wird, das ist Ihnen allen geläufig, von verschiedenen Seiten ein solches Subventionsmodell bzw. es werden unterschiedliche Modelle nach dieser Subventionsmelodie vorgeschlagen. Ich halte davon wenig, weil ich nicht sehe – da bin ich einfach grüner Realo – wie die zusätzlichen 30 bis 40 Milliarden Euro an Steuergeldern, die diese Subventionen kosten würden, dauerhaft aufzubringen wären. Ich halte davon auch wenig, weil die behauptete Verteilungsgerechtigkeit, die eine solche bis jetzt nicht finanzierte Subvention voraussetzt, mit der Finanzierung eines Sozialausgleichs über Steuern verbunden wäre und an der Realität unseres Steuersystems meines Erachtens völlig vorbeigeht. Ich befürchte vielmehr, dass das die Tür wäre, die aufgestoßen würde zu einer Gesellschaft, in der das Einkommen dann über den Zugang zum Gesundheitssystem entscheidet. Und eine solche Gesellschaft wollen wir nicht, das wäre keine auch im Gesundheitssystem die positiven Traditionen sozialer Solidarität noch respektierende Gesellschaft.

Meine Damen und Herren, ich habe es mit Herrn Schulte und Herrn Dr. Leienbach schon verschiedentlich diskutiert. Die Diskussion über die Bürgerversicherung und die Alternativen zu ihr steht noch am Anfang. Ich möchte Sie einladen, sich an dieser Diskussion zu beteiligen. Sie können auf eines setzen: Aus unserer Sicht als Bündnis 90/Die Grünen soll die Bürgerversicherung – den gedanklichen Zusammenhang habe ich Ihnen skizziert – ein System sein, in dem auch private Krankenversicherungsunternehmen ihren fairen Platz, ihre faire Chance haben sollen. Ich gehe davon aus, dass uns die Auseinandersetzungen um die Ausgestaltung eines solchen Systems durchaus noch einige Zeit beschäftigen werden. Es gibt auch, das ist auch mir nicht entgangen, einige Vorschläge unter der Überschrift „Bürgerversicherung“, die mit dem ideenwettbewerblichen Ansatz, den ich hier skizziert habe, nicht zur Deckung zu bringen wären und denen ist hiermit auch eine deutliche Absage erteilt.

Ich lade Sie ein, sich an dieser Diskussion zu beteiligen, weil wir eine ganze Reihe von Fragen noch zu klären haben. Wie stellen wir bei einem Systemwechsel die Ansprüche derer sicher, die heute nach den Regeln der privaten Krankenversicherung versichert sind? Welchen Stellenwert haben Zusatzversicherungen und dürfen diese dann künftig von allen Krankenversicherern angeboten werden oder weiterhin ausschließlich von den privaten Krankenversicherungsunternehmen? Arbeiten wir innerhalb des neuen Systems auch mit Kapitaldeckungselementen, und wer bietet die gegebenenfalls an? Diese und viele weitere Fragen sind auf der Agenda der vor uns liegenden Diskussion und ich würde mich auf die Diskussion mit Ihnen darüber auch freuen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Grußwort

anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 3.6.2004 in Berlin

von
L a u r e n z M e y e r M d B
Generalsekretär der CDU

Meine Damen und Herren, lieber Herr Schulte, lieber Herr Dr. Westerwelle, lieber Herr Bütikofer,

ich habe mir in der Vorbereitung die Homepage der Grünen angesehen. Dort wird als Begründung für die Bürgerversicherung frohlockt, 70 Prozent seien für die Bürgerversicherung. Ich kann nur sagen, ich freue mich auf die Diskussion. Wenn die Leute erst einmal merken, was dahintersteckt, wird die Zahl ganz anders sein. Denn das Schönste an dieser Bürgerversicherung ist der Name. Was dahinterkommt, Herr Bütikofer, wird Sie noch sehr beschäftigen. Denn wir sprechen im Gesundheitssystem über existenzielle Sorgen von Menschen, über Ängste von Menschen. Wir sprechen aber auch, und das sollten wir nicht vergessen, über einen boomenden und nach meiner Meinung in Zukunft wachsenden Wirtschaftszweig, und wir sprechen über das vielleicht für die Menschen neben der Rente wichtigste Teilstück unserer sozialen Sicherungssysteme, die, und das will ich überhaupt nicht verschweigen, in ihrer Entwicklung vor einem historischen Scheideweg stehen.

Sie wissen alle, dass es insbesondere drei Treiber sind, die uns zu Überlegungen zwingen. Der eine und wichtigste ist nicht die demographische Entwicklung, sondern der medizinische Fortschritt, der uns zumindest für die nächsten 20, 30 Jahre, was die Kostenentwicklung angeht, in dem Gesundheitsbereich sehr viel stärker beschäftigen wird als die demographische Entwicklung. Und es ist natürlich auch die Lage am Arbeitsmarkt, die viel zu geringe Zahl von Einzahlern in das System, ein Problem, mit dem wir zurzeit zu kämpfen haben. Und was ich zurzeit in diesem Lande sehe, ist, dass die Systeme – ich will nicht sagen systematisch – vor die Wand gefahren werden und dass wir eine Wende brauchen, um hier die Weichen umzustellen. Das betrifft im Übrigen nicht nur das Gesundheitssystem, sondern es betrifft auch den Pflegebereich. Es gibt auch Handlungsbedarf in den anderen sozialen Sicherungssystemen. Und dass inzwischen – daran werden wir uns gewöhnen müssen – das Wort „Reform“ in der Bevölkerung mit negativen Folgen verbunden wird, ist auch eine Erkenntnis. Es ist für die Menschen eine gelernte Erkenntnis, dass Reformen eigentlich nur einen Eingriff in die Tasche bedeuten und nicht eine Veränderung mit langfristigen Auswirkungen. Ich glaube, wenn Reformen bzw. Veränderungen in diesen Bereichen den Menschen nicht Licht am Ende des Tunnels aufzeigen, werden wir keine Chance haben, diese Veränderungen den Menschen auch zu übersetzen.

Wir haben bei der Bürgerversicherung wie bei der Gesundheitsprämie, die wir vortragen und für die wir uns entschieden haben, grundsätzliche Weichenstellungen in den Systemen und solche grundsätzlichen Weichenstellungen haben wir auch in anderen Bereichen mit positiven Folgen gehabt. Wenn ich etwa an den Bereich der Telekommunikation denke, wo ähnliche Weichenstellungen anstanden, wenn ich an den Bereich des Rundfunk- und Mediensektors denke, wenn ich an den Energiesektor denke – zumindest vor 1998, ehe Rot/Grün den Wettbewerb dort wieder systematisch zurückgenommen hat –, dann ist es so, dass sehr viele Strukturen, die mehr oder weniger monopolistisch oder oligopolistisch organisiert waren, einem Wettbewerbsprozess unterzogen worden sind, und ich weiß selbst – ich komme aus der Energiebranche –, welche Ängste auch mit solchen Veränderungsprozessen, mit solchen Umwälzungsprozessen verbunden waren. Und niemand von uns würde aus Spaß an der Freude eine solche Veränderung vornehmen wollen.

Wir haben eine weitere grundlegende Notwendigkeit, zu Veränderungen zu kommen: Alle unsere Systeme sind zurzeit an den Faktor Lohn gekoppelt. Und genau hier gilt es anzusetzen und Veränderungen vorzunehmen. Die Grenzbelastung für einen Durchschnittsarbeitnehmer in Deutschland heute, das sind 2.500 Euro im Durchschnitt an Einkommen, beträgt 66 Prozent. Das heißt ein zusätzlicher Euro auf das Durchschnittseinkommen dazuverdient – und 66 Prozent davon müssen für Steuern und Sozialversicherungsbeiträge abgegeben werden. Das ist einer der Treiber, weswegen die Schwarzarbeit und die Schulden zurzeit die einzigen boomenden Zweige in der Bundesrepublik Deutschland sind, die uns völlig aus dem Ruder laufen und wo wir dringend ansetzen müssen. Wo wir die Anreize und die Motivation verändern müssen, denn die Anreize gehen zurzeit einfach völlig in die falsche Richtung.

Wir haben deshalb überlegt, wo und an welcher Stelle wir ansetzen können. Da ging es zunächst einmal nicht um die Frage der Finanzen, sondern es ging um die Frage der Ausrichtung der Systeme. Wir wollen, dass Rente und Arbeitslosenversicherung nach wie vor einen Bezug zwischen Einzahlung und Auszahlung in der Höhe haben. Bei der Rente soll also die Länge und die Höhe der Einzahlungen Basis sein für die Höhe der Auszahlung, dasselbe gilt bei der Arbeitslosenversicherung.

Bei der Gesundheit und bei der Pflege ist es indessen so, dass wir wollen, dass alle, unabhängig von Einkommen und Alter, wirklich gleiche notwendige medizinische Versorgung erhalten können, und deshalb eignen sich diese beiden Systeme auch dafür, nicht nur von der Kostenseite, sondern auch von der Beitragsseite über Prämien gleich finanziert zu werden. Das heißt, über gleich hohe Prämien zumindest in der Anfangsphase. Wir müssen Subsidiarität und Eigenverantwortung hier stärken und ich sagte es schon, unser System einer Gesundheitsprämie geht zunächst einmal davon aus, dass wir die vorhandenen Kosten nicht durch den Wechsel im System steigern. Wir haben also eine Größenordnung von zurzeit 180 Euro pro Kopf, wenn man die Kosten in den gesetzlichen Gesundheitssystemen umlegt. Das wäre ungefähr die Prämie, die man am Anfang bräuchte.

Dazu kann man und sollte man über Kapitaldeckung reden, damit man Altersrückstellungen bilden kann, um das Demographieproblem zumindest teilweise abzufedern, damit nicht auf die heute mittleren und jüngeren Jahrgänge riesengroße Steigerungsraten zukommen.

Wir müssen darüber hinaus den Arbeitgeberbeitrag einfrieren und an die Arbeitnehmer auszahlen. Er wird dann auch versteuert werden, das ist ein Teil der Finanzierung unseres Vorschlages. Kinder sollen weiterhin beitragsfrei mitversichert werden, d.h. sie sollen keine Beiträge kosten, sie werden direkt aus Steuermitteln versichert. Und ich will gleich mit dem Märchen aufräumen, das hier Herr Bütikofer gerade wieder angesprochen hat, über diese 30 oder 40 Milliarden Euro Sozialausgleich, die da im Raum stehen. Heute werden im System der gesetzlichen Krankenversicherung zur Finanzierung des Sozialausgleichs und des Familienlastenausgleichs zur Mitversicherung der Ehefrauen und Kinder 40 Milliarden Euro umgewälzt, und zwar ausschließlich aufgebracht von den Einkommen bis 3.500 Euro. Und jetzt, das muss man sich einmal vorstellen, schlägt diese Rot-Grüne Bundesregierung und die sie tragenden Parteien vor, dieses System noch weiter auszubauen und ausschließlich eine Sondersteuer für alle mit geringem Einkommen einzuführen – nichts anderes ist die Bürgerversicherung. Eine Sondersteuer zur Finanzierung der Gesundheitskosten, und zwar ausschließlich für geringe Einkommen. Ausschließlich für Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

Diese Bürgersteuer zur Finanzierung des Gesundheitssystems lehnen wir schlichtweg ab. Sie ist unsozial und ungerecht. Ausschließlich die kleinen und mittleren Einkommen, und zwar die zwischen 1.800 Euro und 3.500 Euro, das sind die, die den gesamten Sozialausgleich und den gesamten Familienlastenausgleich im heutigen Gesundheitsbereich in der Bundesrepublik Deutschland finanzieren – ausschließlich die. Und die Finanzierung dieser Bürgersteuer wird auch nicht dadurch hergestellt, dass jetzt alle einbezogen werden, sondern sie wird schlicht dadurch hergestellt, dass man zusätzliche andere Einkommensquellen miteinbezieht und die Beitragsbemessungsgrenze hochsetzt. Alle anderen, die ins System zusätzlich reinkommen, sind bisher auf anderem Wege versichert und wollen auch Leistungen haben für das, was sie einbezahlen. Hier wird zusätzlich Wettbewerb abgebaut, zumindest ein vergleichender Wettbewerb – wir haben keinen direkten Wettbewerb, da bin ich bei Herrn Bütikofer, zwischen den gesetzlichen und den privaten Krankenversicherungen –, aber wir haben zumindest zwischen den beiden Systemen eine Art Korrektiv, was noch eine halbwegs vergleichbare Größenordnung bringt und ein völliges Aus-dem-Ruder-laufen der Systeme zumindest teilweise verhindert.

Wir brauchen eine Entkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten, und zwar auch zusätzlich bei der Pflege, und wir brauchen eine zusätzliche Finanzierung, weil es sozialgerechter über das Steuersystem ist. Das vielberühmte Beispiel von dem Chefarzt und der Sekretärin, die dann in Zukunft beide den gleichen Beitrag in unser Prämiensystem bezahlen, ist der größte Blödsinn aller Zeiten, aber das werden die Menschen schnell merken, wenn sie die Werte nebeneinander legen. Der berühmte Chefarzt zahlt nämlich bisher in das System überhaupt nicht ein, es sei denn, er ist in einer Einkommenshöhe wie ich mit vier Kindern, dass es sich für ihn lohnt in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben. Und deshalb bin ich auch in der gesetzlichen Krankenversicherung und zusatzversichert bei einer privaten Krankenversicherung. Weil es sich zurzeit lohnt, die Systeme entsprechend auszuschöpfen. Ich profitiere mit meinen vier Kindern und hohem Einkommen von der derzeitigen Schwäche und diese Schwäche wollen Sie in der Bürgerversicherung noch weiter für die Zukunft zementieren. Da muss ich nun wirklich sagen, ich finde überhaupt keinen Zugang dazu, was das mit sozialem Ausgleich zu tun hat.

Es kann nur über das Steuersystem eine sozial gerechte Lösung geben. Ansonsten müssten Sie, und das ist dann noch ein konsequenter Vorschlag, der bei der SPD und bei den

Grünen diskutiert wird, die Einkommens- bzw. die Beitragsbemessungsgrenzen völlig aufheben. Wenn Sie sie völlig aufheben, dann werden Sie verfassungsrechtliche Probleme haben und sicherlich auch Durchsetzungsprobleme zusätzlicher Art, aber zumindest den Sozialgesichtspunkt hätten Sie dann berücksichtigt. Es gibt nichts sozial problematischeres als die Bürgerversicherung als Sondersteuer für kleine und mittlere Einkommen.

Meine Damen und Herren, wir müssen in unseren Systemen diese Veränderung vornehmen, auch wenn wir an das Wachstum und den Arbeitsmarkt denken. Der Sachverständigenrat hat es der Bundesregierung ins Stammbuch geschrieben: Bei der Einführung der Bürgerversicherung würden ungefähr 1,4 Millionen Arbeitsplätze verloren gehen, über eine Million Arbeitsplätze würden durch die Einführung der Bürgerprämie neu entstehen. Eine Million zusätzliche Arbeitsplätze sind eine Million zusätzliche Beitragszahler. Allein diese Differenz von 2 bis 2,5 Millionen Arbeitsplätzen sollte jeden, der sich damit beschäftigt, nachdenklich machen.

Ich will für die privaten Krankenversicherer einfügen, dass natürlich unser System voraussetzt, dass Sie, wenn Sie hier eine gute Chance haben wollen, sich rechtzeitig darauf einstellen. Für Vorschläge jedweder Natur sind wir weiterhin offen. Wir wollen echten Wettbewerb. Jeder kann in unserem System anbieten, der eine Reihe von relativ einfach zu erfüllenden Bedingungen mitbringt: Kontrahierungszwang, keine Risikoprüfung und solche wirklich einfach zu erfüllende Bedingungen ... Warum sollten Sie sich eigentlich weniger zutrauen als die gesetzlichen Krankenversicherer? Wenn Sie diese Angebote machen, haben wir einen Wettbewerb nicht nur unter den Systemen, sondern einen sehr vielfältigen Wettbewerb verschiedener Einrichtungen, u.a. der privaten Krankenversicherung. Sie haben mit Ihrer Veränderung jetzt, wie Sie sie vorhaben, aus meiner Sicht einen ersten Schritt auf diesem Weg getan. Es werden sicher weitere folgen müssen. Ich glaube auch, dass Sie mit dem System, dass Sie Wechsel unmöglich machen, weil man die Altersrückstellungen nicht mitnehmen kann, in dem Veränderungsprozess nicht überleben werden. Wer sich gegen diese Veränderung dauerhaft sperrt, wird einen Fehler machen. Das ist meine feste Überzeugung. Sie werden aber sicher zu Lösungen kommen, ich weiß, dass die Überlegungen schwierig, aber auch sehr vielfältig vorhanden sind. Ich kann Ihnen nur aus meiner beruflichen Erfahrung sagen, ich habe einmal vier Jahre vor Einführung des Wettbewerbs in der Energiewirtschaft in einer Versammlung der leitenden Angestellten des Unternehmens, in dem ich damals beschäftigt war, gesagt: Haben wir eigentlich hier in diesem Kreis Angst vor Wettbewerb? Daraufhin bin ich damals von meinem Vorstandsvorsitzenden sehr rüde gemaßregelt worden, dass Wettbewerb in der Energiewirtschaft überhaupt nicht geht. Eine ähnliche Position sollten Sie nicht einnehmen. Wettbewerb geht und Wettbewerb führt zu erstaunlich guten Ergebnissen überall dort, wo er eingeführt und durchgeführt worden ist.

Ich möchte Sie bitten, sich nicht in diesem Prozess, den wir haben – und wir haben gute Ansätze dafür in den Gesprächen – als Zuschauer auf der Tribüne zu empfinden, sondern wirklich mitzuspielen, mitzudiskutieren, mitzumachen. Wir sind für gute Hinweise auf der Grundlage der beiden Grundbedingungen, die ich eben erwähnt habe, nämlich die Abkopplung von den Löhnen und sozial gerechter Ausgleich für die unteren Einkommen und den notwendigen Familienlastenausgleich, dankbar. Auf dieser Grundlage sind wir zu jedweder Gesprächsführung und zu jedem konkreten Ausgestalten bereit. Sie werden in der CDU einen verlässlichen Gesprächspartner haben.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Anlage 3

Grußwort

anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 3.6.2004 in Berlin

von
K l a u s U w e B e n n e t e r M d B
Generalsekretär der SPD

Meine Damen und Herren, Herr Schulte, Herr Dr. Leienbach,

zunächst einmal bedanke ich mich für die Einladung, hier bei der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu Ihnen sprechen zu können. Ich tue dies in Vertretung von Ministerin Ulla Schmidt, die leider verhindert ist. Gleichwohl, ich denke, sie hätte nichts anderes gesagt als das, was Sie jetzt von mir zu hören bekommen, weil wir eine gemeinsame Auffassung über die Rolle der privaten Krankenversicherungen im deutschen Gesundheitswesen haben.

Und hier komme ich gern sofort zur Sache. Meiner Partei wird ein zwiespältiges Verhältnis zur privaten Krankenversicherung nachgesagt. Die Betonung liegt auf dem Wort „nachgesagt".

Meine Damen und Herren, tatsächlich respektiert, schützt und fördert die SPD die private wirtschaftliche Initiative und das private Gewerbe. Wer hier Zweifel sät, der verleumdet die Sozialdemokratische Partei Deutschlands.

Das gilt übrigens auch für die private Krankenversicherung. Wir haben daher nicht vor, die private Krankenversicherung in ihrer Existenz zu gefährden.

Was derzeit geschieht, ist Folgendes: Die SPD sucht wie alle anderen Parteien auch nach Wegen, der gesetzlichen Krankenversicherung in der Zukunft eine sichere Finanzbasis zu verschaffen. Dazu sind wir verpflichtet. Damit wir, Herr Meyer, Menschen wie Ihnen dann die Möglichkeit geben, Ihre Familienverhältnisse unter das Dach der gesetzlichen Krankenversicherung zu bringen, wie Sie das uns an Ihrem persönlichen Beispiel geschildert haben.

Denn wir müssen einen Weg finden, um die gesetzliche Krankenversicherung einerseits bezahlbar zu halten. Andererseits muss sie es leisten, allen ihren Versicherten auch in der Zukunft das medizinisch Notwendige auf dem besten Stand der Wissenschaft zu geben.

Die einen favorisieren die so genannte Kopfpauschale oder Kopfprämie, die anderen die Bürgerversicherung.

Anders als viele meinen, ist dies doch ein politischer Gegensatz, wenn man sich die Beschlüsse der großen Parteien anschaut. Unsere erste Kritik am Konzept der CDU ist ja, dass es sich eben nicht auf die ganze Wohnbevölkerung bezieht, sondern innerhalb der GKV bleibt. So wird weder Solidarität noch Gerechtigkeit hergestellt. Wir brauchen Lösungen, die alle Bürgerinnen und Bürger in die Krankenversicherung einbeziehen. Unsere zweite Kritik ist, dass das Kopfpauschalenmodell schlicht ungerecht ist. Rentner und Familien belasten, Gutverdienende entlasten, ist nicht unsere Vorstellung von Gerechtigkeit und Solidarität in Deutschland. Gesundheitsschutz ist nicht einfach ein Versicherungsrisiko, das man wählen oder abwählen kann. Unsere dritte Kritik ist, dass der steuerfinanzierte Sozialausgleich unbezahlbar und langfristig gar nicht zu sichern ist. Horst Seehofer, sicherlich nicht der Sympathie für die SPD verdächtig, hat es gestern auf den Punkt gebracht: Der Sozialausgleich über Steuern würde zu Steuererhöhungen führen und jährlich bei den Haushaltsberatungen in Frage gestellt. Das weiß die CDU selbst auch und spekuliert auf künftige Steuereinnahmen. Aber die werden fehlen, wenn sie am meisten gebraucht werden, nämlich in Zeiten schlechter Konjunktur.

Wieder andere suchen nach Kombinationen aus Kopfpauschale und Bürgerversicherung. Auch Herr Seehofer regt an, dies zu prüfen. Aber Kopfprämien für alle vergrößert nur die Ungerechtigkeit, verdeckt aber die wirklichen Probleme. Das Beispiel Schweiz hat deutlich gezeigt, dass in diesem Modell nicht nur Prämien, sondern auch die Steuerzuschüsse rasant steigen und zu einer Überforderung des ganzen Systems führen können.

Herr Meyer, aber gerade denen, die wie Sie zu Recht und in unserem Interesse viele Kinder aufziehen, gerade denen müssen wir mit der GKV und mit dem Folgemodell der Bürgerversicherung ein gerechtes und solidarisches Modell bieten.

Meine Partei hat sich dafür entschieden, den Weg der GKV-Finanzreform im Rahmen der Bürgerversicherung zu finden.

- Alle Bürgerinnen und Bürger sollen versichert sein: Krankheit ist das schwerste Risiko des Lebens, niemand kann es alleine schultern.
- Niemand soll sich der Solidarität entziehen: Jeder zahlt Beiträge in die Bürgerversicherung, jeder erhält die Leistungen, die nötig sind. Solidarität nützt allen.
- Zur Solidarität gehört, dass jeder das leistet, was er vermag. Das heißt auch, dass jedes Einkommen zählt und zahlt.

Daran arbeiten wir. Wir arbeiten zügig, um eine offene Frage nach der anderen anzugehen und zu lösen. Wir haben uns jetzt einen noch längeren Zeitraum gesetzt. Dabei halten wir selbstverständlich die Augen und die Ohren für die laufende Debatte offen, um auch hier sinnvolle Anregungen in unsere Debatte und Überlegungen einzubeziehen.

Auch in Ihre Richtung. Denn man muss auch wissen, wohin die private Krankenversicherung selber in der Zukunft steuern will. Und ob sie bereit ist, sich dem alles überragenden Ziel einer solidarischen Gesundheitssicherung der Bürgerinnen und Bürger neu zu verpflichten.

Es ist sowieso ein Irrtum zu glauben, im Bereich der privaten Krankenversicherung herrsche die freie Marktwirtschaft. Und im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung herrsche hingegen der Staat. Auch die PKV benötigt staatlich festgesetzte Regeln und ei-

ne innere Ordnung. Die PKV wünscht dies selber. Man stelle sich einmal vor, in der PKV gebe es keine Gebühren für ärztliche Leistungen. Der Preis für ärztliche Leistungen würde sich jeweils neu bilden.

Ich schätze, die PKV würde das nicht überleben. Daher rate ich zu ehrlichen, unideologischen Diskussionen ohne bewusst gesäte Zwietracht.

Zu hören ist, dass die PKV ein Modell einer Standardversicherung präsentieren will, das risikounabhängig für jeden, der nicht pflichtversichert ist, ohne individuelle Gesundheitsprüfung angeboten werden soll. Wir werden dieses Modell mit großem Interesse prüfen. Zeigt es doch, dass auch in der PKV ein Umdenken begonnen hat und man einsieht, dass Gesundheitsrisiken niemandem persönlich zugeschrieben werden können, sondern immer in größerer Solidarität abgesichert werden müssen und können. Mit diesem Modell brechen Sie Ihre eigenen wettbewerbshinderlichen Strukturen auf, verzichten auf das „Rosinenpicken“ und machen den Kassenwechsel möglich. Eine Selbstverständlichkeit in der GKV.

Zurzeit geschieht etwas, was in vielen Jahren zuvor unmöglich war. Es kommt Bewegung in unser Gesundheitssystem. Die Gesundheitsreform beginnt zu wirken.

„In der Tat muss man sagen, dass in dem Gesetz mehr drin steckt, als manche es wahrhaben wollen.“ – Das hat kein Politiker gesagt. Dieser Satz stammt vom Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Manfred Richter-Reichhelm.

Das macht deutlich: Auch immer mehr Akteure im deutschen Gesundheitswesen erkennen und ergreifen die Chancen, die in der Reform stecken.

Mit dem Gesundheit-Modernisierungsgesetz ist es endlich gelungen, viele strukturelle Verkrustungen im Gesundheitswesen aufzubrechen.

Wenn mich nicht alles täuscht, dann verfolgt die PKV insgesamt diesen Prozess neugierig, gelegentlich ängstlich, aber immer höchst aufmerksam.

Aus den Reihen der Ärzteschaft ist zu hören, dass die – ich zitiere – „Ärztehopper mit kleinen Wehwehchen“ während der vergangenen Monate ausgeblieben sind. Der Vorteil: Die Ärzte haben mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten, die wirklich krank sind.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schätzt, dass die Zahl der Arztbesuche um bis zu 10 Prozent zurückgegangen ist. In Berlin deuten Zahlen darauf hin, dass die Arztbesuche bei den Hausärzten um 7 Prozent zurückgegangen sind, aber bei den Fachärzten um über 20 Prozent. Genau dies war mit der Steuerung gewollt, die in der Gesundheitsreform angelegt ist. Wir Sozialdemokraten wollten dies noch deutlicher über die Hausärzte organisieren, aber die tatsächlichen Zahlen deuten an, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

In Deutschland zählen wir bislang rund acht Arztbesuche je Versicherten. In Schweden zum Beispiel gehen Versicherte durchschnittlich nur gut drei Mal im Jahr zum Arzt. Die Schweden sind aber keineswegs kränker als die Deutschen.

Für meine Partei war bei den Verhandlungen zur Gesundheitsreform wichtig: Neben Wegen zur Ausgabenbegrenzung der GKV sollten auch strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem durchgesetzt werden.

Zum Beispiel wetteifern die gesetzlichen Krankenkassen nun mit Bonusprogrammen und Hausarztmodellen um die Versicherten. Das ist der richtige Weg, auf den wir mit der Gesundheitsreform hinwirken wollten.

Die Rechte der Patientinnen und Patienten sind gestärkt. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sitzen seit Januar Interessenvertreter der Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus hat die Patientenbeauftragte mit gutem Erfolg die Arbeit aufgenommen.

Das Zusammenspiel von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern – die integrierte Versorgung – kommt schneller voran.

Die starre Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird durchbrochen. Die verschiedenen Bereiche im Gesundheitswesen können besser zusammenarbeiten.

Jede und jeder hat jetzt die Möglichkeit, ein Medikament über das Internet zu bestellen und die Preise zu vergleichen.

Das Gesetz bietet also Möglichkeiten, die noch vor nicht allzu langer Zeit als unvorstellbar galten. Und dass diese Möglichkeiten genutzt werden, zeigt: Die Reform wirkt. Mit der Gesundheitsreform kommt ein Wettbewerb in Gang, wie es ihn in der Vergangenheit nicht gab.

Ein Wettbewerb um mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz. Ein Wettbewerb zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Die Patientinnen und Patienten profitieren aber nicht nur von der besseren medizinischen Versorgung. Die gesetzlich Versicherten profitieren auch von sinkenden Beiträgen.

Bereits für über 25 Millionen Versicherte sind die Krankenkassenbeiträge gesunken. Und weitere Kassen haben Senkungen für die Zukunft beschlossen oder angekündigt.

Ich weiß, dass Sie diesen Prozess mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgen. Die privaten Krankenversicherer haben immer wieder ihre Prämien drastisch erhöhen müssen.

Ohne die Gesundheitsreform wären die Kassenbeiträge explodiert. Ohne Reform würden die Beitragssätze im Schnitt nun über 15 Prozent liegen.

Das hätte bedeutet, dass die Lohnnebenkosten weiter steigen, dass Investoren abgeschreckt und Arbeitsplätze in Deutschland abgebaut würden. Dies kann keiner wollen.

Niemand ist davor gefeit, krank zu werden – auch schwer krank zu werden. Aber die wenigsten sind in der finanziellen Lage, das Krankheitsrisiko privat abzusichern. Deshalb ist der Solidargedanke in unseren Überlegungen der entscheidende Eckpfeiler innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Und dieser muss auch in Zukunft Bestand haben.

Heute stehen bei uns gesunde für kranke, gut verdienende für sozial schwache und junge für alte Menschen ein.

Diese Solidarität ist Ausdruck gegenseitiger Fürsorge und Verantwortung. Sie ist Ausdruck unserer sozialstaatlichen Verfassung. Menschen treten für Menschen ein und Generationen für Generationen. Und genau dieses Prinzip muss aufrechterhalten bleiben und es muss auch in Zukunft unter den veränderten Bedingungen entsprechend durchgesetzt werden. Dafür haben wir uns das Prinzip einer Bürgerversicherung vorgenommen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird sich der Druck auf die Finanzsituation der sozialen Sicherungssysteme weiter erhöhen. Daher muss nach Lösungsmöglichkeiten für die Zukunft gesucht werden, um den Solidaritätsgedanken weiter aufrechterhalten zu können, um das Sozialstaatsprinzip weiter gewährleisten zu können.

Ich sehe die Gesundheitsreform noch in einem anderen Zusammenhang. Sie ist Teil der großen Anstrengung, Deutschland zu einem beispielhaften Gesundheitsstandort zu machen. Mit mehr gutbezahlten Beschäftigten als heute. Mit modernen, überall Qualität liefernden Krankenhäusern. Mit hochqualifizierten Ärztinnen und Ärzten. Mit innovativen Pharmaunternehmen. Und mit einer PKV, die im Wettbewerb, aber auch in der Zusammenarbeit mit der GKV eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen in Deutschland spielen soll und spielen kann.

Und diese Erfolge sind nun mal nach all den Jahren des Stillstands mit dem Namen unserer Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt verknüpft.

Sie hat durchgesetzt, dass Bewegung ins System der GKV gekommen ist. Sie wird durchsetzen, dass unser Land ein attraktiver und vorbildlicher Gesundheitsstandort bleibt. Dabei wird sie die Unterstützung meiner ganzen Partei haben.

Schönen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Grußwort

anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 3.6.2004 in Berlin

von
Dr. Guido Westerwelle
Vorsitzender der FDP

Sehr geehrter Herr Schulte, Herr Kollege Benneter, Herr Kollege Meyer, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich möchte vorab erklären, dass ich mich an dieser Stelle mit Ihren Familienverhältnissen überhaupt nicht befassen möchte, sondern ich möchte genau zu drei Punkten etwas sagen und glaube auch, dass man das relativ kurz und vor allen Dingen, weil, Herr Kollege Benneter, die Wahrheit konkret ist, auch konkret kann und konkret machen sollte.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich will zuerst etwas zur Ausgangssituation sagen. Dann zweitens etwas zu den beiden bisher diskutierten Modellen Kopfpauschale oder Gesundheitsprämie – je nachdem wie man es nennen will –, also Kopfpauschale und dann Bürgerversicherung – und warum ich glaube, dass beide Wege falsche Wege sind. Und werde Ihnen dann einen dritten Weg vorzeichnen, einen dritten Weg, den wir am kommenden Wochenende auf unserem Bundesparteitag diskutieren und dann auch beschließen wollen bei den Freien Demokraten in Dresden.

Ich fange an mit dem ersten Punkt, was die Analyse angeht. Die Analyse ist in der Tat relativ bedrohlich, und es hat keinen Sinn drumherum zu reden. Wenn es diese Strukturreformen nicht gibt, dann ist die Behauptung, dass Rente und Gesundheitsversorgung sicher seien, einfach falsch. Wir haben zwei große Herausforderungen, vor denen wir derzeit stehen, zwei Probleme, mit denen wir uns beschäftigen.

Ich will das in ein Bild kleiden: Das eine ist eine Flut gegen die Tore der sozialen Sicherungssysteme, das ist Massenarbeitslosigkeit, und das stößt und wirkt kräftig gegen die Tore der sozialen Sicherungssysteme, die Schutzwälle für Lebenslagen sein sollen, in die jeder von uns geraten kann. Wenn wir das entscheidende Thema „Massenarbeitslosigkeit“, sprich weniger Beitragszahler, dafür aber mehr Leistungsempfänger, nicht in den Griff bekommen, dann können wir uns noch so sehr konzeptionell auseinandersetzen, es wird nicht funktionieren. Das Erste und Wichtigste ist, man muss es wieder schaffen, dass wir mehr Beitragszahler haben. Das geht nur durch eine Wirtschaftspolitik, die dafür sorgt, dass es Wachstum gibt, die dafür sorgt, dass es mehr Arbeitsplätze gibt, also mehr Steuer- und Beitragszahler. Und wenn man das ignoriert, kann man meines Erachtens gar keine Diskussion über die sozialen Sicherungssysteme führen. Investitionsfreundliche Rahmenbedingungen sind eine Kernaufgabe, wenn man die sozialen Sicherungssysteme über die verschiedenen Generationen auch zukunftsfest machen möchte.

Die zweite Bedrohung, die jetzt immer offensichtlicher wird, weil sie immer kräftiger wird, ist der Rost an den Toren der sozialen Sicherungssysteme. Das ist die demographische Entwicklung. Die veränderte Altersstruktur in unserer Bevölkerung. Wenn wir die sozialen Sicherungssysteme nehmen und an Bismarck denken: 1883 war nun einmal eine völlig andere Ausgangssituation, als wir sie heute haben. Wir sind heute in einer Situation, in der wir eine moderne Industriegesellschaft sind, auf dem Weg in eine Informationsgesellschaft mit einer immer niedrigeren Geburtenrate. Und selbst, wenn wir uns heute entscheiden würden, alles in der Gesellschaftspolitik tausendmal familienfreundlicher zu machen – und es wäre richtig es zu tun – würde das die Probleme nicht lösen: Denn wer in 20 Jahren arbeitet, dass wissen wir heute schon. Da ist keine Unbekannte mehr im Spiel, das ist feststehend, man weiß das, und ich wundere mich nur darüber, wie negativ diese Altersstruktur auch gelegentlich diskutiert wird. Das ist in Wahrheit eine der schönsten Herausforderungen, vor denen die Politik steht, nämlich, dass die Menschen älter werden und auch gesund älter werden wollen und gesund älter werden können. Das ist etwas Großartiges. Wer will denn von uns nicht gesund älter werden? Jeder will das. Das Problem ist, es kommen weniger Junge nach und das führt dann zum Umkippen der so genannten Alterspyramide in der Gesellschaft.

Hinzu kommt, und das ist Teil der demographischen Entwicklung, Teil der veränderten Altersstruktur unserer Gesellschaft, dass wir natürlich spitzenmedizinische Leistungen und Möglichkeiten haben, die jeder von uns, käme er in diese Lage, würde ihn der Blitzschlag des Schicksals treffen, selbstverständlich für sich selbst, für seine Eltern, für seine Großeltern auch abverlangen und zu Recht auch einklagen würde.

Wenn wir also diese beiden Herausforderungen haben, Flut und Rost an diesen sozialen Sicherungssystemen, dann können wir – und das ist mein zweiter Punkt – nur bestehen, wenn wir uns auch mit den strukturellen Ursachen der Entwicklung, worüber wir im Augenblick überhaupt reden, auseinandersetzen.

Mein erster großer Punkt, warum ich glaube, dass das, was im letzten Sommer in den gemeinsamen Verhandlungen von Rot-Grün und Unions-Parteien, an denen wir uns nicht beteiligt haben, beschlossen worden ist, nicht funktionieren kann, ist, dass in Wahrheit wieder nur eine Sozialklempnerei fortgesetzt wird, ein wenig an den Stellschrauben gedreht wird, ein wenig geflickschustert wird, aber in Wahrheit die veränderte Altersstruktur unserer Gesellschaft nicht beantwortet wird. Ich warne übrigens auch vor zu frühen Hurra-Meldungen, wenn ich jetzt sehe, dass es dann heißt, es seien jetzt bei den gesetzlichen Krankenkassen Mehreinnahmen da. Und Sie haben etwas voreilig, würde ich sagen, nach so kurzer Zeit, Herr Kollege Benneter, gesagt, wir sehen doch, wie die Ärzte-Hopper – wie Sie es gesagt haben – zurückgehen. Ich kann nur sagen, wer sich ein bisschen mit Freiberuflern unterhält, und wer sich ein bisschen in dem Bereich auch auskennt, der weiß natürlich, welche Mitnahmeeffekte es zum Ende des letzten Jahres noch gegeben hat. Natürlich ist da noch alles Mögliche genutzt worden, um beispielsweise einer drohenden Praxisgebühr zu entgehen. Warten wir einmal ab, wie sich das auf eine längere Frist hin ausrichtet und einpendelt, da warne ich vor zu frühen Entwarnungen.

Ich kann auf der anderen Seite nur sagen: Das Problem ist nicht gelöst durch die Gesundheitsreform, deswegen haben wir sie auch abgelehnt – im Gegenteil, es ist an einigen Stellen sogar noch bürokratischer geworden, man könnte sogar sagen, verschlimmbessert.

Aber das ist etwas, was wir im Laufe der Zeit ohnehin noch beobachten werden. Ich sage Ihnen voraus, was im Augenblick die Methode der Politik ist: Jedes Jahr gibt es eine neue Jahrhundertreform. Ob es diese bei der Rente gab, bei der Gesundheit: Ein Kostendämpfungsgesetz jagt das nächste, und solange wir an den Symptomen nur herumdoktern, wird sich das auch nicht ändern. Es kann sich gar nicht ändern, weil die Ursache der Problematik, die wir eigentlich heute besprechen müssen, nicht nur heute hier, sondern insgesamt nicht aufgegriffen wird, nämlich die veränderte Altersstruktur unserer Bevölkerung.

Das ist auch der Grund, warum ich beide Modelle nicht für tauglich halte, die Ihnen bisher vorgestellt worden sind und stattdessen einen dritten Weg vorschlagen möchte. Denn, meine sehr geehrten Damen und Herren, wir haben die Situation, dass weder die Bürgerversicherung noch die so genannte Kopfpauschale geeignet sind, die Absicherung im Krankheitsfall auf zukunftssichere Füße zu stellen. Ich werde zu beiden etwas sagen:

Die Bürgerversicherung ist ein unglaublich gelungenes Wort, herzlichen Glückwunsch dazu. In der Abteilung „babylonische Sprachverwirrung“ verdienen Sie die Goldmedaille. Großartige Leistung, denn die Bürgerversicherung ist nichts anderes als eine Art sozialistische Zwangskasse, es ist eine Einheitskasse, und man soll es auch so nennen. Es geht in Wahrheit bei der Abstimmung über die Bürgerversicherung um die Frage, wird sich Deutschland entscheiden für die Zwangskasse oder wird sich Deutschland entscheiden für Wahlfreiheit. Und das wird die Gegenüberstellung sein, auf die ich mich im Übrigen herzlich freue. Sollten Sie in der Tat auf die Idee kommen – was ich für aussichtslos halte, auch in Anbetracht der Widerstände in Ihren eigenen Reihen, insbesondere auf der Landesebene – das noch mit Ihrer scheidenden Mehrheit vor der Bundestagswahl einzuführen, können Sie sicher sein, dann würde am Tag nach der Bundestagswahl die Zwangskasse wieder abgeschafft werden – mit einer neuen Mehrheit.

Es kann so nicht weitergehen, dass wir mit immer neuen planwirtschaftlichen und staatsbürokratischen Ansätzen glauben, den Weg in Deutschland weitergehen zu können. Wir werden das nicht mitmachen, denn die Zwangskasse ist eine Einheitskasse, eine sozialistische Einheitskasse mit Enteignung von eigentumsrechtlichen Ansprüchen. Und das sage ich nicht, weil ich hier spreche, sondern das sage ich überall, ich halte davon überhaupt nichts. Es kann nicht funktionieren. Die Erfahrungen aus dem Sozialismus, was die Abwesenheit von Wettbewerb bedeutet, sollten eigentlich allen noch einigermaßen präsent sein. Und es ist nichts anderes, als dass der Sozialismus fortgesetzt wird, wenn eine Einheitskasse eingeführt wird. Dahinter steckt das Ideal, dass ein wohlwollender Staat jedem Einzelnen sagt, was er wie, wo, an welcher Stelle in seinem Leben zu sorgen und zu regeln hätte. Es kann nicht funktionieren, es wird nicht funktionieren, weil die Zwangskasse im Grunde genommen die Bürger dem Staat anpassen will, anstatt dass man den Staat dem Bürger und der Lebenslage der Bürgerinnen und Bürger anpasst. Und deswegen wird das nicht funktionieren.

Ich glaube übrigens auch, dass diese Kopfpauschale dasselbe Problem hat. Die Zwangskasse, genannt Bürgerversicherung, hat dasselbe Problem wie die Kopfpauschale. Beide machen das Gesundheitssystem nicht demographieunabhängiger. Und genau das muss aber die entscheidende Herausforderung unserer Zeit sein. Die Kopfpauschale geht etwas mehr in die richtige Richtung, sie greift aber ebenfalls zu kurz. Der einzige Vorteil ist, dass die Lohnanbindung aufgehoben wird, eine Vorsorge für die demographische Entwicklung findet jedoch zunächst nicht statt, die Kapitaldeckung fehlt.

Das, was wir bei der Rente diskutiert haben, dass wir Kapitaldeckungselemente nach und nach einbauen müssen, wird natürlich auch im Gesundheitssystem die Antwort sein müssen auf die veränderte Altersstruktur in unserer Bevölkerung. Die Kopfpauschale ist auch deshalb gefährlich, weil der in diesem Zusammenhang diskutierte Fond nicht nur anfällig hinsichtlich Begehrlichkeiten von Politikern vor Wahlen ist, Wohltaten zu verteilen. Daran ändert sich übrigens auch nichts, wenn dieser Fond dann, wie es diskutiert wird, bei der Bundesbank angelegt wird. Sie ist auch deshalb gefährlich, weil im Falle fehlerhafter Anlageentscheidungen gleich der gesamte Alterssicherungsfond in Frage gestellt wird, und das ist etwas, was aus unserer Sicht nicht richtig sein kann. Kopfpauschale, einheitlicher Leistungskatalog, das ist nicht der richtige Weg. Beide Vorschläge, Zwangskasse, genannt Bürgerversicherung, und Kopfpauschale, vorgeschlagen von den Unions-Parteien, kranken am eigentlichen Problem, nämlich, dass sie die veränderte Altersstruktur unserer Gesellschaft nicht angehen, nicht aufnehmen, nicht darauf antworten.

Deswegen will ich zum dritten Punkt und damit zum Schluss Ihnen genauso konkret sagen, was wir als Freie Demokraten vorschlagen.

Unser Vorschlag ist, das die Bürger künftig nicht mehr zwangsweise in monopolartigen gesetzlichen Versicherungsstrukturen versichert werden, sondern dass wir eine tatsächliche Wahlfreiheit einführen. Und diese Wahlfreiheit fehlt bei denen, die unterhalb der entsprechenden Grenze sind. Das ist das eigentliche große Problem. Man ist mehr oder weniger in monopolartigen Kassenstrukturen. Wir haben eine gesetzliche Versicherungspflicht. Und die gesetzliche Versicherungspflicht ist ein Irrtum. Es muss daraus eine Pflicht zur Versicherung werden. Und dann sollen bei im Wettbewerb aufgestellten Versicherungen, das setzt auch eine Privatisierung der anderen Strukturen voraus, die einzelnen Bürger tatsächliche Wahlfreiheit haben und für sich selbst und die eigene Lebenslage und die eigenen Familie die Tarife aussuchen können, wovon die Bürger sagen, das ist für mich persönlich das Beste. Die Bürger müssen nicht bevormundet werden durch Einheitstarife und Einheitskassen, sie sollen wählen, was für sie selbst und für ihre Familie das richtige Angebot ist, bei wirklich im Wettbewerb aufgestellten Versicherungen.

Also, unser dritter Weg ist: Schluss mit dieser gesetzlichen Versicherungspflicht, Umwandlung in eine Pflicht zur Versicherung. Das bedeutet übrigens dann, dass der einzelne Bürger den Arbeitgeberanteil zunächst einmal ausgezahlt bekommt. Wir haben in Deutschland regelmäßig eine Diskussion über die Frage: Was habe ich eigentlich netto verdient? Wie viel verdiene ich, heißt es ja, netto? In Wahrheit ist das, was der Arbeitnehmer sich erarbeitet hat, sein Bruttogehalt. Das ist es, was er sich verdient hat. Und solange wir die Koppelung haben, Arbeitgeberanteile, Lohnzusatzkosten, soziale Sicherung an die Arbeit, wird Arbeit in Deutschland immer teurer und dementsprechend wird der Teufelskreislauf auch immer schneller, vor dem wir in Wahrheit stehen. Also, Entkoppelung der sozialen Sicherung von den Arbeitskosten, indem die Bruttogehälter, ausdrücklich der Arbeitgeberanteil, an den Arbeitnehmer ausgezahlt werden. Damit der Arbeitnehmer selbst mit diesem verdienten und von sich erarbeiteten Geld entscheiden kann, wie er sich bei welcher Versicherung zu welchem Tarif absichern möchte. Entscheidend ist aber, dass es eine Pflicht zur Versicherung gibt. Das heißt, dass das Geld nicht irgendwo verschwindet, in der Kneipe oder sonst irgendwo, sondern dass das Geld eingesetzt werden muss für die eigene Altersvorsorge. Denn, das ist natürlich klar, würden diejenigen, die sich nicht absichern, eines Tages auf Kosten der fleißigen Menschen leben und abgesichert sein, die sich absichern, das bringt uns nicht voran.

Wichtig ist, dass es natürlich einen entsprechenden Basis- und einen entsprechenden Mindestleistungskatalog gibt, so dass jeder Einzelne im Bedarfsfall auch eine entsprechend vernünftige Absicherung hat. Das ist übrigens auch ein ganz entscheidender Unterschied zu allem, was polemisch gegen diese Pflicht zur Versicherung angeführt wird, der entscheidende Unterschied zu all dem, was in den Vereinigten Staaten von Amerika gelegentlich auch als Kampfargument angeführt wird. Dort gibt es eben dann nicht im Falle von Arbeitslosigkeit, wenn man nicht entsprechend vorgesorgt hat, eine Absicherung für Krankheit, für Rente, für soziale Not – und das ist genau das, was wir verhindern müssen. Deswegen Pflicht zur Versicherung, damit jeder, wenn ihn der Blitzschlag des Schicksals trifft, auch abgesichert ist. Aber wie er das macht, mit welchen Tarifen, mit welchen Leistungen, mit Selbstbehalten, mit Beitragsrückerstattungen, in welcher Höhe, das soll er selbst entscheiden. Die Bürger sind dafür aus unserer Sicht mündig genug.

Das bedeutet auch Probleme. Und das wissen wir, darüber haben wir mehrfach gesprochen, wie jede dieser Reformen zweifelsohne noch ein ganz großes Stück Arbeit bedeuten wird. Es bedeutet die Frage der Altersrückstellungen. Im Wesentlichen machen Sie das aber heute. Ich stelle mir vor, dass das so funktionieren wird, wie es bei den privaten heute auch schon funktioniert, also mit Altersrückstellungen, mit risikogerechten Beiträgen; es ist selbstverständlich, dass das Neugeborene in die Absicherung der Eltern hineinwachsen kann. Das ist für mich überhaupt keine Frage, auch was dazu immer gesagt wird, passt natürlich nicht, und dementsprechend glaube ich, meine sehr geehrten Damen und Herren, werden wir um einen Übergang zu einem solchen System nicht herumkommen.

Ich sage Ihnen voraus, wenn wir uns wieder nur mit Halbherzigkeiten zufrieden geben, dann werden wir vielleicht noch einmal zwei oder drei Jahre, vielleicht auch vier Jahre, vielleicht sogar zehn Jahre einigermaßen zurechtkommen, weil man auch immer mehr an Staatsschulden anhäufen kann, da gibt es immer mehr Zuschüsse. Das kennen wir, wie das funktioniert. Meine Generation, ich bin jetzt Anfang 40, wird mit dieser Sozialstaatsklempnerei auf keinen Fall mehr zurechtkommen. Wer heute die Gesundheitsvorsorge zukunftssicher machen will, der kommt um eine Neugründung der sozialen Sicherungssysteme nicht herum, und er muss auch wissen, dass ein Neuanfang vor allen Dingen durch Wahlfreiheit statt Zwangskasse das Gebot der Stunde ist.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Anlage 5

Vortrag

anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 3.6.2004 in Berlin

von
Generaldirektor R e i n h o l d S c h u l t e
Verbandsvorsitzender

„Die PKV vor der neuen Gesundheitsreform“

Meine Damen und Herren,

die Halbwertzeit von Gesundheitsreformen sinkt von Legislaturperiode zu Legislaturperiode. Zurzeit sind die Umsetzungen des GKV-Modernisierungsgesetzes noch nicht einmal abgeschlossen, da diskutieren wir schon die nächste Reform, die dieses Mal der ganz große Wurf werden soll.

Ist diese Reformpolitik eigentlich unvermeidlich? Wird der gesundheitspolitische Reparaturbetrieb allmählich zum Normalzustand?

Und: Ist unser Gesundheitswesen eigentlich noch reparaturfähig?

Ein Beispiel:

Die Versorgung der Rentner verursacht im Jahr 2003 ein jährliches Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung von 35,7 Milliarden Euro. 35,7 Milliarden Euro Defizit in einem Jahr. Die Rentner tragen heute nur noch rund 41 Prozent der von ihnen verursachten Kosten. Vor dreißig Jahren waren es noch rund 80 Prozent. Und in 30 Jahren ?

2040 werden gut 4 Millionen Menschen weniger in Deutschland leben als heute. Schwierigkeiten bereitet dann die Alterung der Gesellschaft. 3,7 Millionen weniger Kinder, 10 Millionen weniger Menschen im arbeitsfähigen Alter, aber über 9 Millionen mehr Menschen im Rentenalter.

Ein 80-Jähriger verursacht heute etwa 8-mal so hohe Gesundheitskosten wie ein 30-Jähriger. Vor 30 Jahren war das nur das 5 1/2fache. Geht der Trend so weiter, liegen wir in 30 Jahren bei dem 12fachen. Immer mehr Menschen benötigen im Alter also immer mehr Gesundheitsleistungen und es wird immer mehr alte Menschen geben. Und immer weniger Erwerbstätige, die die Hauptlast der Finanzierung tragen.

Wir wissen es alle – aber wir sagen es viel zu leise: Unser Gesundheitswesen der Zukunft wird teurer. Das Gesundheitswesen ist eine Wachstumsbranche. Darauf müssen wir uns einstellen. Und das sollten wir auch nicht blockieren.

Aber die Umlagefinanzierung allein wird das immer weniger schaffen können. Das steigende Defizit in der Krankenversicherung für die Rentner ist heute schon kaum noch zu bewältigen. Die Interventionsspirale ständiger Gesundheitsreformen (260 Gesetze seit 1977) konnte daran nichts ändern. Es ist das Primat der Umlagefinanzierung selber, das zum Problemfall wird. Ohne Bildung von Vorsorge durch die Kapitaldeckung würgen wir das Wachstumspotential des Gesundheitswesens ab. Es entspricht dem Gebot der Gerechtigkeit, wenn wir – wie in der Kapitaldeckung – vermehrt Jüngere veranlassen, Vorsorge für ihre höheren Gesundheitsleistungen im Alter zu treffen.

Wenn wir weitermachen wie heute, dann wird die jetzt lebende Generation systematisch die finanzielle Überforderung nachwachsender Generationen verschulden.

Eine wirkliche Sanierung des Gesundheitswesens kann also nur über eine neue Balance zwischen Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung gelingen. Und sie verlangt, dass die Einkommenskräftigen heute auch mehr für die Zukunft vorsorgen. Sie sollten zur Kapitaldeckung verpflichtet werden. Damit zumindest nicht auch noch die Leistungsfähigen zur Belastung künftiger Generationen werden.

Dafür bedarf es einer vernünftigen Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens mit Augenmaß. Und doch diskutieren viele heute anders.

Es gibt Anlass zu großer Sorge. Unser Krankenversicherungssystem soll – ginge es nach dem Willen der Regierung – nicht mehr evolutionär weiterentwickelt, sondern auf ein vollkommen verändertes Fundament gestellt werden. Sie hat eine regelrechte Revolution ausgerufen, obwohl wir, gemessen am internationalen Standard, ein herausragend leistungsfähiges Gesundheitswesen besitzen. Es gibt bei uns z.B. keine Wartelisten; jeder in Deutschland hat Anteil am medizinischen Fortschritt. Dieses international hervorragende Faktum resultiert nicht zuletzt aus dem bewährten System der Dualität, der Koexistenz von GKV und PKV, ein Ergebnis von ordnungspolitisch eindeutigen Regelungen.

Dennoch will die jetzige Regierung eine Bürger-, Volks- bzw. Einheitszwangsversicherung einführen. Die Bürgerzwangsversicherung soll sogar zum Wahlkampfthema werden. Offensichtlich wird die Opposition – mit dem Konzept der Kopfpauschalen – dagegen antreten.

Die Pläne der Regierung sind vermessen. Doch die Probleme, die damit einhergehen, werden nur größer – und ich behaupte auch nicht lösbar. Allem Sachverstand zum Trotz kündigt man schon für das nächste Jahr einen Gesetzentwurf zur Bürgerzwangsversicherung an. Erschrocken vor dem eigenen Mut macht man dann kurzfristig wieder einen Rückzieher. Also alles in Ordnung? Können wir uns wieder zurücklehnen?

Meine Damen und Herren, es besteht Anlass zur Beunruhigung! Wer die Dualität aus GKV und PKV aufs Spiel setzen will, greift die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in ihrer Gesamtheit an. Die heute hier oder auch an anderem Ort von politischer Seite her abgelegten Bekenntnisse zur Existenz der privaten Krankenversicherung klingen gut, haben aber keine Substanz. Denn eine PKV, die durch eine Neuordnung des Gesundheitswesens in die Einheitsversicherung gezwungen würde und so zu einer zweiten GKV mutierte, wäre am Ende keine mehr, sie hieße nur noch so. Auch bei den Kopfpauschalen

lässt sich keine befriedigende Perspektive für die PKV noch für die Nachhaltigkeit der Finanzierung unserer demographischen Probleme erkennen.

Wenn man der PKV ihre Existenzberechtigung entzöge, ginge die Leistungsfähigkeit unseres gesamten Gesundheitssystems und deren mittel- und langfristige Finanzierungsperspektive verloren.

Eine PKV, die durch den Gesetzgeber aus der Vollversicherung entfernt und auf die Zusatzversicherung zurückgedrängt wäre, verlöre ihre eigentliche Identität und auch ihre Funktion, für mehr Demographiesicherheit im System zu sorgen und die Gesundheitsversorgung einschließlich Forschung und Entwicklung sicherzustellen.

Wer es ernst meint mit der Zukunft, der kann der PKV nicht mit Entzug der Vollversicherung rund 80 Prozent des Umsatzes wegnehmen und sie zum Ausgleich auf eine verstärkte Nutzung der restlichen 20 Prozent verweisen. Das wirkt ähnlich originell, wie einem Potsdamer Taxiunternehmer vier seiner fünf Wagen wegzunehmen, um ihn dann mit dem Hinweis zu trösten, mit dem fünften dürfe er jetzt auch in Berlin fahren.

Nein, das alles – was zurzeit diskutiert wird – sind politisch vergiftete Angebote mit dem Ziel der Abwicklung der PKV (um des kurzfristigen Beifalls willen, um Stimmungen und Ideologien zu bedienen). Wir sollen auf eine neue Fährte gelockt werden, die niemandem hilft. Ein Gesundheitssystem ohne die PKV als Vollversicherer ist ein Einheitsmodell.

Einheitsversicherungslösungen führen automatisch zu Einheitsversorgungslösungen auf Minimalniveau.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wer die gesundheitspolitische Diskussion der letzten Wochen und Monate aufmerksam verfolgt hat, kann sich nur verwundert die Augen reiben. Selbst wenn man berücksichtigt, dass es derzeit Mode ist, unser Land in allem und jedem schlecht zu reden, so scheinen die öffentlichen Urteile über unser Gesundheitswesen und die Leistungsfähigkeit unserer Krankenversicherung in dieser Hinsicht alle Rekorde zu brechen. Ginge es nach dem vorlauten Urteil von eilfertigen Systemanalytikern, wäre es die eigentliche Überraschung, dass bei uns überhaupt noch jemand gesund wird und die Menschen ihre Krankenversicherung tatsächlich noch bezahlen können.

Mit den gesellschaftlichen Realitäten hat das alles nichts zu tun. Angeführt von einschlägigen Experten wird derzeit eine Kultur des gesundheitspolitischen Katastrophenszenarios gepflegt und den Menschen eingeredet, sie würden in Deutschland schlecht versorgt.

Die Motive, die sich hinter einem solchen Verhalten verbergen, sind ebenso durchsichtig wie scheinheilig. Wenn man schon unser bewährtes duales System abschaffen und es durch ein anderes ersetzen will, wieso lässt man es da noch als reparaturfähig erscheinen? – Man handelt frei nach dem Motto: Wenn es schon keine Katastrophe gibt, so schaffen wir uns eben eine, koste es, was es wolle. Hauptsache, man kann sich als Retter (in den Medien) darstellen.

Damit keine Zweifel bestehen:

Wir sind offen für eine Reformdiskussion. Aber sachlich kann man eine solche Diskussion nur führen, wenn man sie an Zielen ausrichtet. Und diese Ziele sind klar zu benennen, sind eindeutig zu formulieren, damit man ehrlich diskutieren und die vorgeschlagenen Modelle auch ehrlich bewerten kann. Wir brauchen wirkliche Problemlösungen und weniger Ideologie!

Wer unser Gesundheitswesen nicht von der demographischen Welle überrollen lassen will, der muss für mehr Nachhaltigkeit sorgen. Und mehr Nachhaltigkeit, mehr Verlässlichkeit gibt es nicht ohne ein Mehr an Kapitaldeckung. Die Ökonomen haben es auf den Punkt gebracht: Die Umlagefinanzierung der Sozialversicherung bedeutet eine implizite Verschuldung gigantischen Ausmaßes zulasten nachwachsender Generationen. Wenn wir unseren Kindern und Enkeln eine Zukunft und nicht nur einen Schuldenberg hinterlassen wollen, dann kommen wir an der Notwendigkeit der kapitalgedeckten Vorsorge nicht vorbei. Zukunftsfähig ist unser Gesundheitswesen also nur mit einem Mehr und nicht mit einem Weniger an PKV – sprich privat kapitalgedeckter Krankenversicherung.

10 Prozent der Bevölkerung sind in der PKV versichert. Für sie gibt es bereits eine Alterungsrückstellung und damit Zukunftsvorsorge von 84 Mrd. Euro. Bei den gesetzlichen Krankenkassen gibt es keinen einzigen Euro Zukunftsvorsorge. Im Gegenteil. Die Verschuldung der gesetzlichen Krankenkassen hat bereits Milliardenniveau erreicht.

Deshalb wäre die Bürgerzwangsversicherung ein unverzeihlicher Rückschritt zulasten nachwachsender Generationen. Wir brauchen keine Konzepte, die der Kapitaldeckung schaden. Wir brauchen eine Stärkung der Kapitaldeckung und damit eine Stärkung der PKV.

Da helfen übrigens auch bisher vorliegende Pauschalprämienmodelle nicht weiter. Solange sie keinen fundierten Ausbau der Kapitaldeckung schaffen, solange die dort vereinzelt vorgesehenen Kapitaldeckungselemente von der Sozialversicherung oder anderen staatlichen bzw. staatsnahen Institutionen verwaltet werden sollen, sind sie untaugliche Vorschläge zulasten künftiger Generationen. Und solange sie keinen Ansatz für eine befriedigende Existenz sowohl von GKV als auch PKV schaffen, sind sie nicht akzeptabel – weder für uns, die PKV, noch für alle, die ein zukunftsfestes, leistungsfähiges Gesundheitswesen wollen.

Da hilft im Übrigen auch der Hinweis nicht, die Kapitaldeckung wäre in einem anderen System – also bspw. in der Altersvorsorge – besser aufgehoben als in der Krankenversicherung. Wer so argumentiert, unterschätzt nicht nur das demographische Risiko, er übersieht auch, dass die Altersvorsorge durch die Verschiebung des Ruhestandsalters einen gewissermaßen systemimmanenten Regulierungsfaktor hat. So etwas gibt es im Gesundheitswesen nicht. Hier sind wir unausweichlich mit wachsenden Finanzierungslasten konfrontiert.

Da es ohne mehr Kapitaldeckung nicht geht und mehr Kapitaldeckung nur in der PKV geht, ist auch in Zukunft das bewährte Miteinander von GKV und PKV zwingend. Auch scheidet die Kapitaldeckung als Instrument in der Sozialversicherung aus, weil alle historischen Beispiele lehren, dass ein Kapitalstock in staatlicher oder staatsnaher Obhut von

der Politik stets für andere Zwecke verfrühstückt wird. Sie können eher einen Vampir zum Verwaltungsleiter einer Blutbank machen, als dass die Kapitalbildung in der Sozialversicherung funktioniert. Aus Verantwortung vor der Zukunft muss eine verantwortungsvolle Politik und Wissenschaft die Säule der PKV stärken.

Bürgerversicherung und Pauschalprämien helfen hier nicht weiter. Die notwendige Stärkung der PKV bedeutet das klare Bekenntnis zur Notwendigkeit, mehr Menschen die Freiheit des Wechsels in die PKV zu geben. Es ist selbstverständlich, dass dies nicht zu einer Schwächung der GKV führen darf, sondern zu einer zukunftsweisenden Koexistenz beider Systeme – im Interesse aller Bürger.

Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zu Beginn des Jahres 2003 war deshalb ein klarer Fehler. Im Interesse der Nachhaltigkeit muss diese Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze zurückgenommen werden. Denn der GKV hat sie finanziell auch nichts gebracht, wie Herr Prof. Wille ja auch vorausberechnet hatte. Denn je mehr Menschen sich privat versichern, desto mehr ist das – auch im Interesse der GKV und im Interesse des Gesundheitswesens in seiner Gesamtheit – eine Entlastung künftiger Generationen.

Das bestehende System lässt im Übrigen genügend Handlungsmöglichkeiten, die Kapitaldeckung und damit die Nachhaltigkeit zu stärken. Wir haben schon in der letzten Reform zahlreiche Vorschläge zur Ausgliederung von Leistungen aus der Umlagefinanzierung und deren Überführung in die privat organisierte kapitalgedeckte Finanzierung gemacht. Ich erinnere an unsere Vorschläge zur privaten Absicherung des Krankengeldes, der privaten Unfälle und des Zahnersatzes. Diese Vorschläge werden bei dem weiter bestehenden Finanzierungsdruck in den gesetzlichen Krankenkassen auch weiterhin aktuell bleiben.

Meine Damen und Herren, neben der Nachhaltigkeit sind Wettbewerb und Wahlfreiheit entscheidende gesundheitspolitische Ziele. Einheitsprodukte sind von der Mehrheit unserer Bevölkerung nicht gewollt. Und Wettbewerb ist ein notwendiger Garant für Effizienz. Beides muss nicht nur sichergestellt, sondern verbessert werden.

Die Bürgerversicherung und die Kopfpauschale verfehlen dieses Ziel. Beide sind Einheitsprodukte für die ganze Bevölkerung und gleichen Beitragsdifferenzen durch einen subtilen Risikostrukturausgleich aus.

So ist aber ein echter Wettbewerb nicht möglich. Ein Markt mit gleichen Anbietern zu gleichen Preisen, zumal begleitet durch das bürokratische Monster des Risikostrukturausgleichs, löst zu Recht die Frage aus, warum es überhaupt so viele Anbieter geben soll.

Wirklicher Wettbewerb, meine Damen und Herren, ist vielschichtiger. Er gibt den Versicherten Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Anbietern und vor allem Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Produkten. Und im Gesundheitswesen haben wir noch etwas Besonderes: nämlich den Systemwettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen. Wir brauchen eine geordnete und faire, wettbewerblich orientierte Koexistenz beider Systeme.

Wir in der PKV stehen für alle Formen des Wettbewerbs:

– für den Anbieterwettbewerb
– für den Produktwettbewerb
– und vor allem auch für den Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Und wir werden unseren Beitrag dazu leisten, diesen Wettbewerb so weit wie möglich auszubauen. Wir wollen mit der PKV als Wettbewerbsbranche verstanden werden. Den Vorwurf über die mit der Vertragslaufzeit einhergehenden erschwerten Wechselmöglichkeiten in der PKV und den Vorwurf über Mängel im Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV haben wir wohl verstanden. Wir haben dies in einem internen Reformprozess, an dem sich die gesamte Branche ohne Ausnahme beteiligt hat, aufgegriffen. Und wir antworten. Mit einer Stimme.

Und wir sind in der Lage, unseren Vorschlag in absehbarer Zeit auch zügig umzusetzen. Dafür brauchen wir an verschiedenen Stellen die Unterstützung des Gesetzgebers und wir brauchen eine verlässliche und stabile Zukunftsperspektive als Vollversicherer. Ohne diese Perspektive wäre unser Vorschlag allerdings nicht durchführbar.

Lassen Sie mich zunächst mit einer mehr technischen Vorbemerkung beginnen. Uneingeschränkte Wechselmöglichkeiten unter Beibehaltung aller erworbenen Rechte setzten voraus:

– eine Standardisierung des Versicherungsprodukts
– einen Annahmezwang der Unternehmen
– einen Poolausgleich.

Dieser versicherungsmathematischen Logik müssen wir uns stellen, wenn wir heute einen Lösungsvorschlag vorstellen. Daran ist nicht vorbeizukommen. Dies beruht nicht nur auf Erkenntnissen der PKV, auch unabhängige Expertenkommissionen haben uns das immer wieder bestätigt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass ein erleichtertes Wechselrecht nur auf der Basis eines standardisierten Produkts möglich ist.

Wir wollen deshalb für alle neu PKV-Versicherten ein Wechselrecht unter Beibehaltung aller Rechte aus der Alterungsrückstellung auf der Grundlage eines PKV-einheitlichen Basisschutzes einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung und des Krankentagegeldes schaffen. Mit diesem neuen Recht wird künftig neu PKV-Versicherten das gleiche Recht gegeben, das GKV-Versicherte innerhalb der GKV beim Kassenwechsel haben. Auch dieses Recht bezieht sich auf einen standardisierten Versicherungsschutz.

Trotz des einheitlichen Basisschutzes auf Kapitaldeckungsbasis einschließlich Alterungsrückstellung wird es intensiven Raum für Wettbewerb zwischen PKV-Unternehmen geben:

– im Servicebereich
– im Bereich des Gesundheitsmanagements
– im Verwaltungskostenbereich
– im Kapitalanlagenmanagement

– und vor allem im Bemühen, den Versicherten neben dem Basisschutz einen bis zum Topschutz umfangreichen Versicherungsschutz anzubieten.

Wir schaffen damit eine völlig neue Wettbewerbswelt in der PKV. Und mehr Wettbewerb ist nach meiner tiefen Überzeugung auch ein Impuls für mehr Wachstum und Effizienz.

Für den Basisschutzanteil auch innerhalb eines höherwertigen Schutzes haben wir in der PKV eine neue Welt. Im höherwertigen Schutz allerdings ist eine Produktstandardisierung weder möglich noch sinnvoll. Hier muss es bei den bisherigen Wechselrechten bleiben. Das ist übrigens auch nicht anders als bei den GKV-Versicherten mit einer privaten Zusatzversicherung.

Mit diesem Modell ist der Forderung von Politik und Wissenschaft nach Wettbewerb innerhalb der PKV für Neuversicherte entsprochen.

Auch für die Bestandsversicherten erleichtern wir den Wechsel. So soll der Bestandsversicherte beim Unternehmenswechsel seine Rechte aus dem gesetzlichen Zuschlag uneingeschränkt behalten.

Damit greifen wir eine Forderung aus der von der Bundesregierung eingesetzten Kommission zur Novellierung des Versicherungsvertragsgesetzes auf.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass wir für Bestandsversicherte nicht alle Wünsche insbesondere aus der Politik erfüllen. Aber wir sind an eindeutige technische und vertragliche Grundlagen gebunden. Eine neue Welt lässt sich nur für neue Versicherte aufbauen. Bestandsversicherte haben andere vertragliche Grundlagen. Aber unsere Bestandsversicherten können jederzeit in die neue Produktwelt wechseln und Wechselrechte für die Zukunft aufbauen.

Auch in der neuen Welt der PKV wird der Produktwettbewerb im differenzierten und höherwertigen Versicherungsschutz so intensiv wie heute bleiben. Ich sage das, um einem Missverständnis vorzubeugen. Das typische PKV-Produkt wird weiterhin der hochwertige Versicherungsschutz – abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse – bleiben. Die Branche bekennt sich uneingeschränkt zum Produktwettbewerb. Hierdurch und durch die Kapitaldeckung unterscheiden wir uns heute und in Zukunft ganz wesentlich von der GKV. Außerdem bleibt die PKV ein Produkt ohne Eingriffsmöglichkeiten des Gesetzgebers in den Leistungskatalog. Es gilt das lebenslange Leistungsversprechen, unabhängig davon, ob die GKV weitere Leistungseinschränkungen vornimmt. Und zwar europaweit.

Meine Damen und Herren, ich habe bereits das Stichwort des Systemwettbewerbs zwischen PKV und GKV gegeben.

Der Systemwettbewerb ist eine wesentliche Bereicherung des deutschen Gesundheitswesens. Er schafft Wahlfreiheit für Millionen von Versicherten und er generiert Effizienz. Und er zwingt beide Systeme zu erhöhten Anstrengungen im Interesse eines leistungsfähigen Gesundheitswesens für alle. Aber wie überall muss Wettbewerb fair sein.

PKV-Versicherte beteiligen sich – so lautet fälschlicherweise der Vorwurf – weder am Familienlastenausgleich in der GKV noch an der Einkommensumverteilung in der GKV.

Richtig ist: Der PKV-Versicherte beteiligt sich zwar nicht direkt, aber zum Ausgleich wird er indirekt zu überproportionalen Bezahlungen im Gesundheitswesen herangezogen.

5 bis 6 Mrd. Euro leisten PKV-Versicherte – jedes Jahr – so zusätzlich zum Gesundheitswesen. Viele Krankenhäuser und Arztpraxen könnten ohne den überproportionalen Finanzierungsanteil der Privatpatienten entweder gar nicht oder nicht mit dem heutigen Ausstattungsstandard existieren.

Nicht ohne Grund sagt der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Richter-Reichhelm, auch in unserer bundesweiten Anzeigenkampagne: „Der hohe Leistungsstandard niedergelassener Ärzte kann nur erhalten bleiben, wenn Privatpatienten in besonderem Maß zur Finanzierung des Gesundheitswesens beitragen."

Es sei betont, dass es sich bei dem überproportionalen Finanzierungsanteil der Privatpatienten nicht um freiwillige Leistungen, sondern um vom Gesetzgeber auferlegte und erzwungene Leistungen handelt. Und es sei betont, dass dieser indirekte Finanzausgleich der PKV wesentlich geräuschloser und effizienter – ohne große Bürokratie wie der Risikostrukturausgleich der Kassen – funktioniert. Um es deutlich zu sagen: Der von der PKV geleistete indirekte Finanzausgleich ist wirkungsvoller als der Risikostrukturausgleich der Kassen. Und er ist ein fairer Ausgleich für unterschiedliche Risiken.

Trotzt dieses Ausgleichs sehen wir uns der Kritik ausgesetzt, dass nur gute Risiken ohne Vorerkrankungen zur PKV wechseln können. Dies ist ein erheblicher Vorwurf gegen die Funktionsfähigkeit des Systemwettbewerbs und die Zukunftsfähigkeit der Koexistenz für PKV und GKV. Ein Vorwurf, dem wir uns konstruktiv stellen wollen.

Erstens: In unseren Basisschutz kann künftig jederzeit jeder freiwillig GKV-Versicherte bis zum 55. Lebensjahr wechseln. Dabei gilt Kontrahierungszwang. Und es gibt keine Risikozuschläge. Hier können wir uns zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens eine 12-monatige einmalige Öffnungsphase für jene vorstellen, die über 55 Jahre alt sind.

Zweitens: Wir werden zukünftig jedem GKV-Mitglied, das erstmals versicherungsfrei wird, bis zu einem halben Jahr nach Eintritt der Versicherungsfreiheit bis zum 55. Lebensjahr den Eintritt in die gesamte Tarifwelt der PKV-Unternehmen ermöglichen und dabei kalkulatorisch eventuell notwendige Risikozuschläge auf maximal 30 Prozent begrenzen.

Die Altersgrenze „55" bestätigt die etablierte Grenzziehung zwischen GKV und PKV, nach der heute ein Privatversicherter ab 55 nicht mehr in die GKV wechseln kann.

Mit beiden Vorschlägen stellt die Branche klar, dass sich nicht, wie behauptet, nur gute, sondern alle Risiken in einem Unternehmen der PKV versichern können.

Das ist ein bedeutender Vorschlag zur Entlastung der GKV und zur weiteren Übernahme solidarischer, gesamtgesellschaftlicher Verpflichtungen durch die PKV. Wir sind uns bewusst, dass dies unsere Branche nachhaltig verändern kann. Eine stärkere Solidarverantwortung der PKV geht einher mit der Notwendigkeit, dauerhaft Neuzugänge in der Vollversicherung zu haben. Weil das so ist, hat dieses Angebot zur Voraussetzung, dass die Branche auch in Zukunft eine angemessene und dauerhafte Perspektive für ihre Tätigkeit in der Vollversicherung erhält.

Fairer Systemwettbewerb bedeutet künftig, dass jeder freiwillig Versicherte wirklich frei nicht nur über seinen Versicherungsschutz, sondern auch über das von ihm gewählte Versicherungssystem entscheiden kann. Jeder hat zu fairen Bedingungen die freie Systemwahl. Auch der chronisch Kranke kann jederzeit wählen.

Und es ist vor allen Dingen ein Vorschlag, der den Systemwettbewerb stärkt. Zudem: Wenn es überhaupt jemals ein Solidaritätsdefizit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung gegeben haben sollte, dann wird es jetzt endgültig beseitigt. Jeder freiwillig Versicherte einschließlich aller Erkrankten kann jederzeit zur PKV wechseln. Das nützt der GKV, die nicht länger argumentieren kann, das "Sammelbecken" für schlechte Risiken zu sein und das nützt dem Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit.

Meine Damen und Herren, ich komme zurück zu den gesundheitspolitischen Zielen. Die Verfechter der Kopfpauschale argumentieren mit der notwendigen Entkoppelung der Sozialabgaben von den Lohnkosten. Das Ziel ist gut und richtig. Aber es lässt sich ohne Revolution auch im bestehenden Gesundheitssystem durch eine Festschreibung und Auszahlung des Arbeitgeberzuschusses erreichen. Dafür braucht es keine revolutionäre Umgestaltung.

Die Befürworter der Bürgerversicherung reklamieren für sich insbesondere das Ziel der Verteilungsgerechtigkeit. Aber haben diese Befürworter schon einmal darüber nachgedacht, dass die Bürgerversicherung erst die Zweiklassenmedizin schafft, wenn die hochqualifizierten Ärzte dann nur noch für die Patienten mit dem gefüllteren Geldbeutel zur Verfügung stehen? Ausländische Beispiele belegen das zahlreich. Und haben die Befürworter schon einmal darüber nachgedacht, dass auch eine steuerähnliche Finanzierung nicht gerechter ist, solange Selbständige ein steuerliches Gestaltungsprivileg haben und Arbeitnehmer nicht? Die Fragen lassen sich fast unendlich fortsetzen.

Meine Damen und Herren, wenn ich mich heute für eine evolutionäre Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems – das vor allem auch durch die Koexistenz von GKV und PKV gekennzeichnet ist – ausspreche, dann tue ich das in der festen Überzeugung,

- dass Dogmatismus uns nicht weiterhilft,
- dass unser heutiges System reformfähiger ist, als von den Revolutionären anerkannt,
- dass die PKV mit ihrem Vorschlag einen wichtigen Meilenstein für eine evolutionäre Weiterentwicklung setzt:
  1. mit mehr Nachhaltigkeit durch die Stärkung der Säule der PKV
  2. mit mehr Wahlfreiheit und Wettbewerb durch unser neues Wechselmodell, und zwar zum Wohl des Gesundheitssystems in seiner Gesamtheit.

Und nicht zu vergessen: Durch den Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV ist die PKV wichtiger und unverzichtbarer Impulsgeber für medizinische Innovationen und neue Gestaltungsformen. Aber die PKV verlangt an dieser Stelle konsequent mehr. Wir wollen als Gestalter aktiver Impulsgeber sein. Dies erfordert auch aktive Vertragskompetenz. Und erfordert Gestaltungsrechte für Qualität und Struktur der Versorgungslandschaft.

Lassen Sie mich zum Schluss noch eines anfügen: Ich habe bisher kein Wort zur Pflegeversicherung gesagt, obwohl in der sozialen Pflegeversicherung die demographischen Probleme mindestens so groß sind wie in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für die PKV gilt: Wir leisten bereits mit unserem Krankenversicherungsmodell indirekt auch einen Beitrag zur Pflegeversicherung. Je mehr Menschen sich für einen PKV-Krankenversicherungsschutz entscheiden, desto mehr entscheiden sich auch für einen PKV-Pflegeversicherungsschutz. Das wird automatisch die Probleme in der sozialen Pflegeversicherung verkleinern, weil so schon für mehr Nachhaltigkeit gesorgt wird. Aber zugegeben, grundsätzlich wird das nicht reichen. Auch deshalb muss über eine Absenkung der Versicherungspflichtgrenze ernsthaft diskutiert werden.

Wir brauchen außerdem in der Pflegeversicherung insgesamt mehr Kapitaldeckung. Und das geht nur mit der PKV. Wir sind bereit, hier auch für die soziale Pflegeversicherung einen konstruktiven Beitrag zu leisten und uns an der kommenden Diskussion intensiv zu beteiligen.

Mir bleibt zum Schluss der Aufruf an die Politik und die Wissenschaft: Diskutieren Sie mit uns unseren Vorschlag zur evolutionären Weiterentwicklung. Arbeiten Sie mit uns gemeinsam daran, dass wir unser Gesundheitssystem leistungsfähig halten und durch mehr Wettbewerb noch effizienter gestalten. Aber – und das gilt für uns alle: Opfern wir die erstaunliche Reformfähigkeit unseres Gesundheitswesens nicht einfachen Patentrezepten oder Ideologien, die im Ergebnis nicht nur existenzgefährdend für die PKV wären, sondern nachhaltig die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens herabsetzen und unabweisbar wachsende Finanzierungslasten unseren Kindern und nachwachsenden Generationen überantworten würden.

Die PKV stellt sich der Diskussion, solange sie fair und vorurteilsfrei ist. Das erkläre ich heute im Namen der gesamten PKV-Branche. Unser Angebot, hinter dem die ganze Branche steht, bitte ich als ehrliches Angebot für die Diskussion zu verstehen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und uns allen Offenheit und Erfolg mit einer Reform, die ideologiefrei, die problem- und damit zukunftsorientiert sein sollte.

Und ich gebe allen den Persönlichkeiten uneingeschränkt Recht, die sagen: „Wenn es die private Krankenversicherung nicht gäbe, dann müsste man sie erfinden."

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

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: Februar 2005)

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

1. Generaldirektor Reinhold S c h u l t e Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund,	Vorsitzender
2. Generaldirektor Josef B e u t e l m a n n Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal,	stellvertr. Vorsitzender
3. Direktor Günter D i b b e r n Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,	stellvertr. Vorsitzender
4. Generaldirektor Uwe L a u e Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,	stellvertr. Vorsitzender
5. Generaldirektor Dr. Ulrich R u m m Vorsitzender des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München,	stellvertr. Vorsitzender
6. Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg,	stellvertr. Vorsitzender
7. Direktor Willi A l f t e r Vorsitzender des Vorstandes der CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln, der Volksfürsorge Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Hamburg, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln,	
8. Direktor Volker A l t e n ä h r Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach,	
9. Direktor Robert B a r e s e l Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,	

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

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

12. Direktor Gerhard B i l s i n g
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

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 Gesamtzuständigkeit 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 Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,

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

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

19. Direktor Dr. Herbert S c h m i t z — seit 2.6.2004
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

. . . und kooptierten Mitgliedern

20. Direktor Dr. Christoph H e l m i c h
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.

Ausgeschiedenes Mitglied:

Direktor Ingmar D o u g l a s — bis 31.12.2004
Vorsitzender des Vorstandes der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf, und Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln.

Vorstand

1.	Generaldirektor Reinhold S c h u l t e Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund,	Vorsitzender
2.	Generaldirektor Josef B e u t e l m a n n Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal,	stellvertr. Vorsitzender
3.	Direktor Günter D i b b e r n Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,	stellvertr. Vorsitzender
4.	Generaldirektor Uwe L a u e Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,	stellvertr. Vorsitzender
5.	Generaldirektor Dr. Ulrich R u m m Vorsitzender des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München,	stellvertr. Vorsitzender
6.	Direktor Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w Vorsitzender des Vorstandes der Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg,	stellvertr. Vorsitzender
7.	Verbandsdirektor Dr. Volker L e i e n b a c h , Köln.	geschäftsführendes 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 Gesamtzuständigkeit 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 Beamtenkrankenkasse AG, München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,	
6. Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund,	
7. Direktor Dr. Wolfgang H a v e n i t h Vorstandsmitglied der CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln, und Vorstandsmitglied der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln,	
8. 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,	seit 11.2.2005
9. 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,	

10. Direktor Wilfried J o h a n n ß e n
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,

11. Direktor Hans-Joachim K r a u ß
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit
Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld
"Krankenversicherung",

12. Direktor Klaus M i c h e l
Vorstandsmitglied der LVM
Krankenversicherungs-AG, Münster,

13. Direktorin Wiltrud P e k a r e k — seit 2.6.2004
stellvertr. Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

14. Direktor Heinz-Werner R i c h t e r
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,

15. Direktor Dr. Joachim v o n R i e t h
Vorstandsmitglied der AXA Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln,

16. Direktor Alfons S c h ö n — seit 2.6.2004
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER
KRANKENVERSICHERUNG AG, Nürnberg,

17. Direktor Roland W e b e r
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:

Direktor Klaus B o h n — bis 31.12.2004
Vorsitzender des Vorstandes der Mannheimer
Krankenversicherung AG, Mannheim,

Direktor Rainer F ü r h a u p t e r — bis 31.5.2005
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenver-
sicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstands-
mitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG,
Düsseldorf,

Direktor Vilmar K l i m a s c h e w s k i — bis 2.6.2004
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Kranken-
versicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart.

ab) Mathematisch-Statistischer Informationskreis

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

2. Direktor Christian H o f e r — stellvertr.
   Vorstandsmitglied der HUK-COBURG- — Vorsitzender
   Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzustän-
   digkeit für das Geschäftsfeld "Krankenversicherung",

3. Stellvertr. Direktor Klaus A b t
   Chefmathematiker der Allianz Private
   Krankenversicherungs-AG, München,

4. Prokurist Helfried B e e r
   Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, München,
   und UNION KRANKENVERSICHERUNG
   AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,

5. Andreas B e r g h o f — seit 14.10.2004
   Verantwortlicher Aktuar der CONCORDIA
   Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, Hannover,

6. Direktor Michael B o r c h e r t
   VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,
   im Math.-Stat. Informationskreis auch Vertreter
   der DKV Deutsche Krankenversicherung
   Aktiengesellschaft, Köln,

7. Dr. Matthias B r a k e — seit 11.2.2005
   Provinzial Krankenversicherung Hannover AG,
   Hannover,

8. Direktor Wolfgang B r u n n e r
   Vorstandsmitglied der ARAG
   Krankenversicherungs-AG, München,

9. Abteilungsdirektor Reinhard D i e t r i c h
   HUK-COBURG Krankenversicherung AG,
   Coburg,

10. Prokurist Ernst W. F l i e ß e r
Chefmathematiker der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,

11. Direktor Gerhard G l a t z
Vorstandsmitglied der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg,

12. Prokurist Johannes G r a l e
Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover,

13. Prokuristin Angelika G r ü b
BBV-Krankenversicherung AG, München,

14. Direktor Dr. Helmut H o f m e i e r
Vorstandsmitglied der Gothaer
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

15. Ltd. Hbv. Jürgen K a i s e r
Württembergische Krankenversicherung AG, Stuttgart,

16. Prokurist Paul-Dieter K e m p f
INTER Krankenversicherung aG, Mannheim,

17. Prokurist Günter K l e i n
DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G.,
Hamburg,

18. Abteilungsdirektor Karl-Josef M a i w a l d
Debeka Krankenversicherungsverein
auf Gegenseitigkeit, Koblenz,

19. Ltd. Hbv. Gerd M a j e r seit 2.6.2004
HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit,
Stuttgart,

20. Abteilungsdirektor Günther M e t t l e r
Chefmathematiker der R + V
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,

21. Direktor Klaus M i c h e l
Vorstandsmitglied der LVM
Krankenversicherungs-AG, Münster,

22. Dipl.-Math. Anton N i e s t e g g e
PAX-FAMILIENFÜRSORGE Krankenversicherung AG,
Düsseldorf,

23. Prokurist Klaus P o h l
Continentale Krankenversicherung a.G.,
Dortmund,

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,

33. Jörg S t e i n s b e r g e r — seit 14.10.2004
Verantwortlicher Aktuar der KarstadtQuelle
Krankenversicherung AG, Fürth,

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 Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal.

Ausgeschiedene Mitglieder:

Abteilungsdirektor Jörg H a n s e n — bis 14.10.2004
Chefmathematiker der CONCORDIA
Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, Hannover,

Direktorin Wiltrud P e k a r e k — bis 2.6.2004
stellvertr. Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

Direktor Dr. Jörg R e i ß i n g e r — bis 14.10.2004
KarstadtQuelle Krankenversicherung AG, Fürth,

Prokurist Dr. Ulrich S t e l l m a n n — bis 31.12.2004
Zürich Krankenversicherung Aktiengesellschaft
(Deutschland), Köln.

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht
(ehemals: Ausschuss für Leistungsfragen und
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 Dr. Jochen M e s s e m e r — stellvertr. Vorsitzender
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und
der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,

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
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
    Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung
    Hannover AG, Hannover,

11. Direktor Hans-Joachim K r a u ß
    Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
    Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit
    Gesamtzuständigkeit 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, München, und der
    UNION KRANKENVERSICHERUNG
    AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,

16. Direktor Ulrich S t e n g e r
Vorstandsmitglied der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,

17. Direktor Karl-Bernd T e l g e r
stellvertr. Vorstandsmitglied der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München.

Ausgeschiedenes Mitglied:

Direktor Rainer S p o r e r — bis 22.5.2004
Vorstandsmitglied der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg.

c) 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
Gesamtzuständigkeit 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, München,
und UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,

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

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

8. Abteilungsdirektor Martin H e h l
   CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln,

9. Direktor Christian H o f e r
   Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,

10. Direktor Michael K u r t e n b a c h
    Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

11. Abteilungsdirektor Karl-Josef M a i w a l d — seit 2.6.2004
    Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,

12. Direktorin Wiltrud P e k a r e k — seit 14.10.2004
    stellvertr. Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

13. Direktor Heinz-Werner R i c h t e r
    Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal,

14. Direktor Dr. Joachim v o n R i e t h
    Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln.

Ausgeschiedenes Mitglied:

Direktor Rainer F ü r h a u p t e r — bis 31.5.2005
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstandsmitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf.

d) Rechtsausschuss der PKV

1. Direktor Wolfgang R e i f — Vorsitzender
   Vorstandsmitglied der Bayerische
   Beamtenkrankenkasse AG, München, und der
   UNION KRANKENVERSICHERUNG
   AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,

2. Prokurist Dr. Horst A y a s s e
   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. Abteilungsdirektor Bernhard K a l i s — seit 11.2.2005
   DKV Deutsche Krankenversicherung
   Aktiengesellschaft, Köln,

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

8. Prokurist Dr. Volker M a r k o — seit 2.6.2004
   Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München,

9. Abteilungsleiter Georg R o t t
   Debeka Krankenversicherungsverein
   auf Gegenseitigkeit, Koblenz,

10. Direktor Dr. Andreas S c h a a f
    Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
    Krankenversicherung AG, Wiesbaden,

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
    Continentale 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.

Ausgeschiedene Mitglieder:

Direktor Wilfried J o h a n n ß e n — bis 2.6.2004
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,

Abteilungsdirektor Christian S c h o e n f e l d t — bis 1.12.2004
DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln.

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. Generaldirektor Rolf B a u e r — Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
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,

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, München, und der UNION KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,

6. Direktor Alexander B r a m s
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
   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 Gesamtzuständigkeit 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. Direktorin Wiltrud P e k a r e k — seit 2.6.2004
    stellvertr. Vorstandsmitglied der HALLESCHE
    Krankenversicherung 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 Krankenversicherung
    Aktiengesellschaft, Köln,

18. Direktor Dr. Herbert S c h m i t z
    Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer
    Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

19. Direktor Roland W e b e r
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz.

Ausgeschiedene Mitglieder:

Direktor Rainer F ü r h a u p t e r — bis 31.5.2005
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln, und Vorstands-
mitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG,
Düsseldorf,

Direktor Vilmar K l i m a s c h e w s k i — bis 2.6.2004
Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

Direktor Dr. Michael T h i e m e r m a n n — bis 14.10.2004
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln.

f) Haushaltsausschuss

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

2. Direktor Dr. Karl-Josef B i e r t h — seit 14.10.2004
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,

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

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

g) 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 Wolfgang H a n s s m a n n
stellvertr. Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,

5. Direktor Werner H e i n r i c h s seit 14.10.2004
Vorstandsmitglied der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund,

6. Direktor Klaus J o h n
stellvertr. Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

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,

10. Generaldirektor 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 Dieter W a g n e r
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherung a.G., München,

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

Ausgeschiedene Mitglieder:

Direktor Ingmar D o u g l a s — bis 31.12.2004
Vorsitzender des Vorstandes der VICTORIA
Krankenversicherung AG, Düsseldorf, und
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln,

Direktor Detlef T a n k — bis 14.10.2004
Vorstandsmitglied der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund.

h) Rechnungsprüfer

1. Direktor Georg H a k e
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit, Vechta,

2. Direktor Gerhard G l a t z
Vorstandsmitglied der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg.

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, München, 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 (Wahlmitglied)
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,

Direktor Günter D i b b e r n
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und
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 MEDIZIN-
KASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und
der Polizei VVaG, Frankfurt,

Generaldirektor 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 Präsidiums)
Krankenversicherung a.G., Dortmund,

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.

Vertreter der privaten Krankenversicherung in Ausschüssen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

a) Rechnungslegungsausschuss der Versicherungswirtschaft

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

b) Steuerausschuss

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

c) Vertriebsausschuss der Versicherungswirtschaft

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

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.

d) Ausschuss Betriebswirtschaft und Informationstechnologie

Generaldirektor Rolf 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 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,

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

e) Kapitalanlagenausschuss

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

f) Rechtsausschuss der Versicherungswirtschaft

Abteilungsdirektor Bernhard K a l i s
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	
2. Stellvertr. Verbandsdirektorin Mathematik, Statistik, EDV	Dipl.-Math. Helga R i e d e l	
2. Stellvertr. Verbandsdirektor Sozialpolitik, Leiter WIP	Dipl.-Volkswirt Christian W e b e r	
Geschäftsführer Büro Berlin	Dipl.-Volkswirt Klaus Detlef D i e t z	
Pressesprecherin	Dipl.-Volkswirtin Ulrike P o t t	
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	(Landesvertr. Bayern und Baden-Württemberg)
	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	(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	(Pressereferentin)
	Assessor Arne H u n e k e	(Büro Ombudsmann)
	Assessorin Maike L a m p i n g, LL.M.	(Büro Ombudsmann)
	Dipl.-Betriebswirtin (BA) Jutta L i p p	
	Assessor Sascha M i l k e r e i t	(Büro Berlin)
	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	(Büro Ombudsmann)
	Dipl-Kfm. (FH) Jochen S c h o l l	(Büro Berlin)
	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	(Büro Ombudsmann)
Wissenschaftliche Mitarbeiter	Dr. Torsten K e ß l e r	
	Dr. Frank N i e h a u s	(WIP)
	Dr. Frank W i l d	(WIP)
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	
	Dipl.-Kfm. (FH) Stefan G a l a s	
	Dipl.-Kfm. (FH) Jörg G e e n e n	
	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: info@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
E-Mail: muenchen@pkv.de

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

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)
* Handlungsbevollmächtigter 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)
** Prokurist Dr. Achim K r a m e r
(DBV, Telefon: 0611 / 3 63-49 46, Telefax: -45 04)
* Thomas K o s c h
(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
* Bereichsleiterin Christiane R a b e
(DEUTSCHER RING, Telefon: 040 / 35 99-0, Telefax: -22 81)

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

Vorstand: 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 78-44 31, Telefax: -46 56)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Landesausschuss Rheinland-Pfalz
Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18 (Debeka)
56073 Koblenz
Postanschrift: 56058 Koblenz

Vorstand: Direktor Roland W e b e r (Debeka)
Abteilungsleiter Reinhard W ü s t e n b e r g
– zuständig für Krankenhaus-Fragen –
(Debeka, Telefon: 0261 / 4 98-23 00; Telefax: -23 51)
* Abteilungsleiterin Monika M ö h l i g - D o e t s c h
– zuständig für Heilbehandler-Fragen –
(SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

---

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

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 T r e i b
(UKV, Telefon: 0681 / 8 44-22 00, Telefax: -21 09)
* Hans-Georg S t r i t t e r
(UKV, Telefon: 0681 / 8 44-10 09)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Landesausschuss Sachsen
Schützenhöhe 16 (INTER)
01099 Dresden
Korrespondenzanschrift: Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim
E-Mail: la.sachsen@inter.de

Vorstand: Wolfgang L o h m a n n
* Direktor Thomas L i s t (INTER)
* Ltd. Handlungsbevollmächtigter Hans S t u m p f
(INTER, Telefon: 0621 / 4 27-3 48, Telefax: -9 44)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Landesausschuss Sachsen-Anhalt
Ruhrallee 92 – 94 (Continentale)
44139 Dortmund

Vorstand: Wolfgang 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)
* Handlungsbevollmächtigter Jörg S t a m e r
(SIGNAL, Telefon: 040 / 41 24-73 30 + -74 43, Telefax: -64 47)

---

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Landesausschuss Thüringen
Fritz-Schäffer-Straße 9 (Allianz Private Kranken)
81737 München
Korrespondenzanschrift: 80291 München (Allianz Private Kranken)

Vorstand: Wolfgang L o h m a n n
* Prokurist Herbert K n e p s
(Allianz Private Kranken, Telefon: 089 / 67 85-52 44, Telefax: -53 90)

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Mitgliederverzeichnis

(Stand: Februar 2005)

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) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
   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
   Colonia-Allee 10-20, 51067 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
   Warngauer Straße 30, 81539 München
   Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München
   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: 70166 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: Bahnhofsplatz, 96444 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 27-4 27 / 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
    http://www.kuk-bf-hannover.de
    E-Mail: info@kuk-bf-hannover.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 4, 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-iduna.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
http://www.stmartinusvvag.de
E-Mail: info@stmartinusvvag.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

44. UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT
    Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
    Postanschrift: 66099 Saarbrücken
    Tel.: (0681) 8 44-70 00 / Fax: (0681) 8 44-25 09
    http://www.ukv.de
    E-Mail: 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

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

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

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

Verbundene Einrichtungen:

49. 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

50. 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
a.F.	alte Fassung
AG	Aktiengesellschaft
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AiP	Arzt im Praktikum
ALM	Asset Liability Management
AltEinKG	Alterseinkünftegesetz
Art.	Artikel
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BhV	Beihilfevorschriften (des Bundes)
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BPflV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung)
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BWR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
ca.	cirka
CDU	Christlich-Demokratische Union
CEA	Comité Européen des Assurances
CEIOPS	Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors
d. h.	das heißt

DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DM	Deutsche Mark
DNA	Desoxyribonucleic acid
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
DRS	Deutscher Rechnungslegungs Standard
DRSC	Deutsches Rechnungslegungs Standards Committee
EStG	Einkommensteuergesetz
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
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
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMD	Forschungszentrum Informationstechnik GmbH
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 Kranken-versorgung der Bundesbahnbeamten
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung

GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
HGB	Handelsgesetzbuch
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAS	International Accounting Standards
IASB	International Accounting Standards Board
IASC	International Accounting Standards Committee
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
IFRS	International Financial Reporting Standards
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
i.S.	im Sinne
i.V.m.	in Verbindung mit
KalV	Kalkulationsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KiBG	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
KonTraG	Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich
KStG	Körperschaftsteuergesetz
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KWG	Kreditwesengesetz
LAT	liability adequacy test
LBFW	Landesbasisfallwert
LG	Landgericht
LQN	Leistungs- und Qualitätsnachweise
LSG	Landessozialgericht
Ltd.	Leitender
MB/KK	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung
MB/PPV	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die private Pflegepflicht-versicherung
MdB	Mitglied des Bundestages

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
n. F.	neue Fassung
Nr(n).	Nummer(n)
NRW/NW	Nordrhein-Westfalen
OLG	Oberlandesgericht
PflEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PflegeStatV	Pflegestatistik-Verordnung
PKG	Pflege-Korrekturgesetz
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
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
Prof.	Professor
PVB	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen mit Beihilfeberechtigung im Pflegefall
PVN	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen ohne Beihilfeberechtigung
RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
RVorgG	Rentenversicherungsorganisationsgesetz
S.	Seite(n)
s.	siehe
SFG	Solidarpaktfortführungsgesetz
SG	Sozialgericht
SGB IV	Sozialgesetzbuch, Viertes Buch
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB VI	Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch
s. o.	siehe oben
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPV	Soziale Pflegeversicherung

TB/ST	Tarifbedingungen für den Standardtarif
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
u.U.	unter Umständen
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
vgl.	vergleiche
v. H.	vom Hundert
VVaG; V.V.a.G.	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VVÖ	Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
www	World Wide Web
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Stichwortverzeichnis

Seite

A

Abschlusskosten 22
AIDS-Statistik 135
Allgemeine Versicherungsbedingungen
  Änderung der – des Standardtarifs. . . . . 38 ff.
  Änderung der – im Zusammenhang mit dem BGH-Urteil vom 12.3.2003. . . . . 29 ff.
Alterseinkünftegesetz. . . . . 106 f.
Altersgliederung der Privatversicherten. . . . . 137 f.
Alterungsrückstellung 21
Ambulante Zusatzversicherung . . . . . 14 f.
Antidiskriminierungsrichtlinie/-gesetz. . . . . 31 f.
Arbeitslosengeld II. . . . . 118 f.
Arzt im Praktikum. . . . . 119 f.
Ausbildungskosten. 73
Auslagenersatz nach GOZ. . . . . 64 ff.
Auslandsreisekrankenversicherung 15

B

Basisfallwerte 2004 78
Beamtenöffnung . . . . . 42 f.
Begründungspflicht trotz Honorarvereinbarung 36
Behandlung von Blutern 73
Beihilfevorschriften. . . . . 40 ff.
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. 21
Beitragssatz der GKV 116
Beitrags- und Kostenentwicklung 9

Bestandsentwicklung 9
Bezugsgröße . . . . . 115 f.
Bonusprogramme in der GKV 122
Bürgerversicherung . . . . . 122 f.
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) 137
Bundesärztekammer, Beschlüsse des Konsultationsausschusses . . . 48 ff.

C

CEA (Comité Européen des Assurances) . . . . . 111 ff.

D

Disease-Management-Programme 76
DRG, Einigungen und Nichteinigungen auf der Bundesebene im DRG-Bereich . . . . . 76 f.

E

Ehrenmitglieder des Verbandes 175
Einbettzimmerzuschläge im Jahresdurchschnitt 2004 81
Erwerbstätige Personen 137

F

Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) . . . . . 66 ff.
Familienversicherung . . . . . 128 f.
Finanzkonglomeraterichtlinie-Umsetzungsgesetz . . . . . 105 ff.

G

Gebührenminderung gemäß § 6 a GOÄ . . . . . 53 ff.
Gebührenordnung für Ärzte . . . . . 45 ff., 135
Weiterentwicklung der – . . . . . 45 ff.
Gebührenordnung für Zahnärzte 135

Gentests, freiwillige Selbstverpflichtung zur Verwendung von Gentests . . . . . 36 ff.
Geringfügige Beschäftigung 115
Gesamtaufwendungen 21
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft . . . . . 117, 194 ff.
Geschäftsführung . . . . . 197 f.
Gesundheitsprämie . . . . . 122 ff.
GKV-Modernisierungsgesetz. . . . . 120 ff.
Grußworte. . . . . 143 ff.

H

Hauptausschuss . . . . . 176 ff.
Honorarvereinbarung
Begründungspflicht trotz –. 36
– eines Privatzahnarztes . . . . . 60 ff.

I

IAS 39. 99
IFRS 4. . . . . 99 ff.
Integrierte Versorgung . . . . . 75 f.

K

Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) . . . . . 85 f.
Kommission KRANKENVERSICHERUNG im CEA . . . . . 111 ff.
Konkurssicherungseinrichtung . . . . . 43 f.
Kooperationen. 121
Kopfpauschale. . . . . 122 ff.
Körperschaftsteuergesetz, Neuregelung der Gesellschafter-Fremdfinanzierung. 108
Krankenhausdatenbank des Verbandes. . . . . 78 f.
Krankentagegeldversicherung 12
Krankenhäuser in den neuen Bundesländern. . . . . 69 ff.
Krankheitsartenstatistik. 134

Künstliche Befruchtung . . . . . 32 ff.

L

Landesbasisfallwerte und andere Verhandlungsgegenstände auf Landesebene . . . . . 71 ff.
Landesausschüsse . . . . . 199 ff.
Lebertransplantation, Abrechnung einer – . . . . . 57 ff.

M

Medicator 44
Medicproof 88
Mikrozensus 137
Mitgliedsunternehmen . . . . . 10, 205 ff.

N

Nachruf 139

O

Öffnung der PKV für in der GKV versicherte Beamte . . . . . 42 f.

P

Pflegegesetzgebung . . . . . 93 ff.
Feststellung der Pflegebedürftigkeit 93
Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung . . . . . 93 ff.
Rentenversicherung der Pflegepersonen bei Auslandsbezug . . 95
Pflege-Korrekturgesetz (PKG) 87

Pflegeversicherung ..... 86 ff.
3. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung..... 87 f.
Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch. ... 87
Kostenerstattung bei Sondenernährung..... 98
Leistungs- und Qualitätsnachweise. ..... 96 f.
Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen..... 97
Modellprojekte nach § 45 c SGB XI 98
NRW-Referenzmodelle ..... 97 f.
Rentenversicherung der Pflegepersonen. ..... 86 f.
Rentenversicherung der Pflegepersonen bei Auslandsbezug... 95
Pflegezusatzversicherung 14
Pharmazentralnummer 120
PKV-Zukunftskonzept ..... 124 ff.
PLAISIR, Bundesweite Einführung gescheitert..... 97
Prämienanpassung in der PKV ..... 27 ff.
„Praxisklausel“ bei Heilhilfsberufen..... 35 f.
Private Pflegepflichtversicherung ..... 10, 83 ff., 135 f.
Anwartschaftsversicherung 83
Begutachtungsdauer 88
Begutachtungsergebnisse..... 89 f.
Begutachtungsrichtlinien 89
Bestandsstatistik 136
Gutachter..... 88 f.
Härtefälle..... 90 f.
Höchstbeiträge 2004..... 83
Leistungsstatistik 136
Medicproof 88
Meldungen an das Bundesgesundheitsministerium 136
Meldungen an das Statistische Bundesamt. 137
Pflegebegründende Diagnosen 92
Poolausgleich 136
Statistik 135
Studentenbeitrag..... 83
Versicherungsbestand..... 10 f.
Private Studentische Krankenversicherung – PSKV 40

Q

Qualitätssicherung..... 75

R

Rechengrößen für 2005 117
Rechnungslegung, internationale . . . . . 99 ff.
Rechnungsprüfung und Datenschutz . . . . . 95 f.
Rechtsform der PKV-Unternehmen 10
Reform der Pflegeversicherung . . . . . 83 f.
Rentenversicherungsträger, Zuschuss des – zur PKV 118
Restschuldversicherung 15
Rettungsdienstvergütung 76
Richtlinienumsetzungsgesetz 107
Rückstellung, keine Abzinsung der – gemäß § 12 a Abs. 3 VAG . . . 108 f.

S

Schlichtungsausschüsse 75
Selbstbehaltstatistik . . . . . 133 f.
Solvency II . . . . . 102 ff.
Sonderausschüsse . . . . . 179 ff.
Standardtarif 11
    Änderung der AVB . . . . . 38 ff.
Sterbewahrscheinlichkeiten 134
Steuerreformkonzepte . . . . . 107 f.
Stornostatistik 134

T

Tarifdifferenzierung in der GKV . . . . . 121 f.

U

Übergangsfristen nach §§ 41 bis 43 SGB XI 86

V

Verbandsorgane . . . . . 176 ff.
Verbandsstatistik . . . . . 131 ff.
Versicherung für Krankenhaus-Wahlleistungen . . . . . 11 f., 14
Versicherung gegen Einmalbeitrag 14
Versicherungsaufsichtsgesetz
Gesetz zur Änderung des – und anderer Gesetze 107
Keine Abzinsung der Rückstellung gemäß § 12 a Abs. 3 VAG 108 f.
Versicherungsbestand . . . . . 10 ff.
Versicherungsgrenzen in der Renten- und Krankenversicherung . . . 115
Versicherungsleistungen . . . . . 19 ff.
Aufgliederung der Versicherungsleistungen 20
Leistungen je Tag und Monat 21
Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen . . . . . 21 f.
Versicherungspflicht 128
Versicherungsvertragsgesetz, Reform des -. . . . . 23 ff.
Verwaltungskosten 22
Vorvertragliche Anzeigepflicht . . . . . 26 f.
Vorwort . . . . . 7 f.

W

Wagnisstatistik. . . . . 132 f.
Wahlleistung Unterkunft. . . . . 68 f.
Wahrscheinlichkeitstafeln. . . . . 132 f.
Wechsel zwischen PKV und GKV. 10

Z

Zahnersatz. . . . . 118, 120 f.
Zielleistungsprinzip . . . . . 55 ff.
Zusammengefasste Angaben im Bundesgebiet 22
Zusatzversicherungen 12
Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur PKV 118
Zweibettzimmerzuschläge im Jahresdurchschnitt 2004 82

PKV
Verband der privaten Krankenversicherung

Publiziert – registriert

„ 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 Gcbührenordnung für Ärzte – Ein kleiner Leitfaden
- Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?
- Die Entscheidung: Privat oder gesetzlich?
- Private Krankenversicherung als Alternative für Studenten
- Aktiv gegen die Kostenspirale
- GKV-versicherte Beamte: Erleichterter Wechsel in die PKV
- Dauernde Öffnung der privaten Krankenversicherung für Beamtenanfänger
- Der Standardtarif
- Sicherheit im Pflegefall – Die private Pflegepflichtversicherung
- Sicherheit im Pflegefall – Die private Zusatzversicherung

„Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht“

PKV-Dokumentationsreihe

Heft 1: „Zur Krankenversicherung der Studenten“
von Prof. Dr. Rupert Scholz / Prof. Dr. Josef Isensee, März 1973 (vergriffen)

Heft 2: „Zur Reform des Krankenhauswesens“
von Dipl.-Volkswirt Karl Brandecker, Januar 1974 (vergriffen)

Heft 3: „Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Walter Leisner, Oktober 1974 (vergriffen)

Heft 4: „Zum Privatliquidationsrecht der leitenden Krankenhausärzte“
von Prof. Dr. Wolfgang Gitter, Mai 1975

Heft 5: „Zum Beitragszuschuß“
von Bundesrichter Dr. Helmut Heinze, November 1976 (vergriffen)

Heft 6: „Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung“
von Prof. Dr. Isensee, Oktober 1980

Heft 7: „Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Bernd von Maydell, März 1982

Heft 8: „Zur Selbstbeteiligung der Versicherten“

von Dipl.-Volkswirt Thomas Ruf, Dezember 1982

Heft 9: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“
von Direktor a. D. Hans Töns, November 1983

Heft 10: „Gedanken zur privaten Krankenversicherung“
von Dr. Heinz Bach, Dezember 1984

Heft 11: „Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht“
von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, November 1985

Heft 12: „Teilkostenerstattung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse“
von Direktor a. D. Hans Töns, April 1987

Heft 13: „Zur Reform des Krankenversicherungssystems“
von Heinrich Frommknecht, August 1990

Heft 14: „Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Rupert Scholz, April 1991

Heft 15: „Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems
durch eine Organisationsreform“
von Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg, Januar 1992

Heft 16: „Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV“
von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, Oktober 1992

Heft 17: „Möglichkeiten zum Ausbau der sozialrechtlichen Qualitätskontrolle des die
gesetzliche Krankenversicherung substituierenden privaten Krankenversicherungsschutzes
im Hinblick auf die Liberalisierung des europäischen Versicherungsmarktes“
von Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter, Juli 1993

Heft 18: „Zum Umgang mit Knappheit in der medizinischen Versorgung“
von Prof. Dr. Michael Arnold, Juli 1995

Heft 19: „Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten“,
Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission, März 1997

Heft 20: „Herausforderungen – Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges
von den Anfängen bis zur Gegenwart“,
von Prof. Dr. Peter Koch/Dr. Christoph Uleer, Juni 1997

Heft 21: „Die Zukunft der Krankenversicherung“, November 1997

Heft 22: „Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung,
von Dr. Jan Boetius/Dr. Hans-Olaf Wiesemann, September 1998

Heft 23: „Perspektiven der PKV in Europa“, April 1999

Heft 24: „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung
für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“,
von Prof. Dr. Bernd Hof, Januar 2001

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 Zusatzversicherungen 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

„Beihilfevorschriften des Bundes nebst Durchführungshinweisen“

Musterbedingungen
- für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 94)
- für die Krankentagegeldversicherungs (MB/KT 94)
- für die Pflegekrankenversicherung (MB/PV 94)
- für die Ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 94)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung – Bedingungsteil – (MB/PPV 96)

„Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Standardtarif“

„Satzung, Verbandsorgane, Organisation“

Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV – WIP

„Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung.
Ausgabensteigerung oder Erosion der Beitragsgrundlage bei besonderer
Berücksichtigung der Krankenversicherung der Rentner.“
von Frank Schulze Ehring, Dezember 2004.

Soweit nicht vergriffen, erhalten Sie die Publikationen beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V.,
Postfach 51 10 40, 50946 Köln.

Bayenthalgürtel 26 • 50968 Köln • Postfach 51 10 40 • 50946 Köln • Telefon (0221) 3 76 62-0 • Telefax (0221) 3 76 62-10