

Die private Krankenversicherung

Rechenschaftsbericht **2005**



Die private Krankenversicherung im Jahre 2005

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	14
e) Leistungen an die Versicherten	18
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	33

III. Leistungsfragen	
1. Ärzte, Zahnärzte und private Krankenversicherung	41
2. Krankenhausfragen.	54
IV. Private Pflegepflichtversicherung	
1. Beiträge	69
2. Gesetzgebung zur Pflegeversicherung	69
3. Medizinische Begutachtung der Antragsteller	77
4. Recht der Versicherungsleistungen	81
5. Beziehungen zu den Leistungserbringern.	83
V. Rechnungslegungs-, Solvabilitäts- und Steuerfragen	
1. Rechnungslegung	87
2. Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement	89
3. Steuern	96

TEIL B

INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT	99
--	----

TEIL C

GRENZFRAGEN ZWISCHEN GESETZLICHER UND PRIVATER KRANKENVERSICHERUNG

I. Sozialpolitische Entwicklung im Jahr 2005	
1. Sozialgesetzgebung	101
2. Gesundheitspolitische Diskussion	106
II. Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit zu Grenzfragen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung	110
III. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	110
IV. Telematik	112

TEIL D

KOMMUNIKATION

I. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes	115
II. www.derprivatpatient.de (dpp.de): Das Gesundheitsportal des PKV-Verbandes	118

TEIL E

STATISTIK

I. Statistische Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde	121
II. Verbandsstatistik	
1. Allgemeines	121
2. Wahrscheinlichkeitstafeln	122
a) Wagnisstatistik	122
b) Auswirkung von Selbstbehalten auf die rechnermäßigen Kopfschäden von Krankheitskostentarifen	123
c) Ausscheidewahrscheinlichkeiten	123
3. Krankheitsartenstatistik	124
4. Rechnungsauswertungen	124
5. AIDS-Statistik	124
6. Statistik der Pflegepflichtversicherung	125

ANHANG

1. Grußwort von Wolfgang Zöllner MdB, Stellvertretender Fraktionsvorsitzender der CDU/CSU	129
2. Grußwort von Dr. Guido Westerwelle MdB, Vorsitzender der FDP	135
3. Grußwort von Birgitt Bender MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen	141
4. Vortrag von Generaldirektor Reinhold Schulte, Verbandsvorsitzender anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 15.6.2005 in Berlin	145
5. Ehrenmitglieder, Verbandsorgane, Vertretung in den Gremien des GDV, Geschäftsführung und Landesausschüsse	157
6. Mitgliederverzeichnis des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (Stand: April 2006)	185
7. Abkürzungsverzeichnis	193
8. Stichwortverzeichnis	199

Vorwort

Das politische Jahr 2005 stand vor allem unter dem Einfluss der um ein Jahr vorgezogenen Bundestagswahl. Die Gesundheitspolitik war damit ab Ende Mai 2005 auch Wahlkampfthema. SPD und Bündnis 90/Die Grünen stritten für die Bürgerversicherung, die Union für ihr Modell einer Gesundheitsprämie und die FDP machte sich für eine Privatisierung der gesetzlichen Krankenkassen stark. Mit ihrer Wahl sollten die Bürger auch über den Kurs der Gesundheitspolitik in der neuen Legislaturperiode entscheiden.

Während der Koalitionsverhandlungen nach der Bundestagswahl konnten sich Union und SPD nicht auf eine grundlegende Richtung für die kommende Gesundheitsreform verständigen. Für die inhaltliche Debatte über die Gesundheitsreform vertagte sich die große Koalition deshalb auf das erste Halbjahr 2006. Eine Einigung fand nur insoweit statt, als weder die Bürgerversicherung noch die Pauschalprämie in Reinform umgesetzt werden sollen. Darüber hinaus enthält der Koalitionsvertrag bereits einige wichtige Punkte für die PKV: Entgegen den Plänen der SPD wurde keine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze festgelegt. Für das Problem der nichtversicherten Personen soll laut Koalitionsvertrag in dieser Legislaturperiode eine Lösung gefunden werden. Dazu hat die PKV ihre Bereitschaft bekundet, sofern auch die gesetzlichen Kassen ihre ehemaligen Versicherten wiederaufnehmen. Zudem wurde im Vertrag festgehalten, dass beim Wechsel von einer privaten Krankenversicherung zu einer anderen die Alterungsrückstellungen übertragen werden sollen.

Im Koalitionsvertrag hat sich die Regierung zudem darauf geeinigt, bis zum Sommer 2006 ein Reformgesetz für die Pflegeversicherung vorzulegen. Ob dieser Zeitplan einzuhalten ist, scheint derzeit jedoch noch ungewiss. Offen ist ebenfalls, ob und wie der im Koalitionsvertrag vorgesehene Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung realisiert werden soll, da der Finanzaufwand weder sachlich begründbar noch rechtlich möglich ist.

Die private Krankenversicherung hat sich in der gesundheitspolitischen Diskussion mit eigenen Reformkonzepten klar positioniert und aktiv in die Reformdiskussion eingebracht:

Mitte März 2005 stellte der PKV-Verband ein Konzept für eine private, ergänzende kapitalgedeckte Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversi-

cherung vor. Damit wäre die dringend erforderliche Dynamisierung der Pflegeleistungen im Wege der Kapitaldeckung erreicht. Der heutige Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung könnte dauerhaft stabilisiert werden – und könnte in Modellen mit einem schnelleren Aufbau der Kapitaldeckung sogar gesenkt werden. Durch die moderate, schrittweise Ergänzung der Umlagefinanzierung um eine private Pflegeversicherung bliebe der Kapitalaufbau für alle finanzierbar. Langfristig würde die soziale Pflegeversicherung auf zwei Finanzierungssäulen gestellt – Umlage und Kapitaldeckung.

Im Juni 2005 legte der PKV-Verband im Rahmen seiner Mitgliederversammlung ein Reformkonzept für ein langfristig tragfähiges Krankenversicherungssystem vor, das auf den bestehenden Systemstrukturen aufbaut. Das Konzept plädiert dafür, die umlagefinanzierte GKV auf ihre Kernaufgaben zu begrenzen und dafür mehr Menschen und Leistungen in der PKV kapitalgedeckt abzusichern. Der GKV-Beitragssatz ließe sich so – in Kombination mit einer sachgerechten Steuerfinanzierung und mehr Eigenverantwortung – um rund 5 Prozentpunkte senken.

Die gesundheitspolitischen Diskussionen und Reformmaßnahmen der vergangenen Jahre haben sich erkennbar auf das Geschäft der PKV ausgewirkt. Der Nettoneuzugang zur privaten Krankheitsvollversicherung lag im vergangenen Jahr mit 109.400 Personen noch einmal deutlich unter dem bereits niedrigen Vorjahreswert von 149.000 Personen. Damit ist er seit der außerordentlichen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zum 1.1.2003 kontinuierlich zurückgegangen. Demgegenüber ist die Zahl der Zusatzversicherungen erneut stark gestiegen, und zwar auf fast 18 Millionen. Hier zeigen die Leistungskürzungen in der GKV und die ständigen Diskussionen über weitere Einschnitte und zusätzliche Belastungen der Versicherten ihre Wirkung. Die Zusatzversicherung darf angesichts dieser Entwicklung jedoch nicht überbewertet werden. Nach wie vor machen die Einnahmen aus diesem Zweig nur 12,4 Prozent der gesamten Beitragseinnahmen aus. Ohne die Krankheitsvollversicherung wäre die PKV nicht existenzfähig. Und unser Gesundheitswesen braucht angesichts unserer demografischen Entwicklung eine stärker werdende, kapitalgedeckt finanzierte PKV.

Köln, im April 2006

Reinhold Schulte
Vorsitzender

Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor

Teil A

Fragen der privaten Krankenversicherung

I. Wirtschaftliche Entwicklung

1. Geschäftsergebnisse der Mitgliedsunternehmen des Verbandes

a) Allgemeiner Überblick

Die nachstehenden Ausführungen geben das vorläufige Geschäftsergebnis der 48 ordentlichen Mitgliedsunternehmen des Verbandes für das Jahr 2005 wieder. Es konnte anhand der Angaben aus den Quartalsberichten von Unternehmen, die über 99,4 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme aller Mitgliedsunternehmen verfügen, abgeschätzt werden. Aus zusätzlichen statistischen Erhebungen bei den Mitgliedsunternehmen werden weitere Daten gewonnen. Die endgültigen Zahlenangaben, die erfahrungsgemäß Differenzen gegenüber den vorläufigen Werten aufweisen, werden im Herbst im Zahlenbericht 2005/2006 als Ergänzung zu dieser Veröffentlichung bekannt gegeben.

Vorläufiges
Zahlenmaterial

Im Jahr 2005 sank der Nettoneuzugang vollversicherter Personen um etwa ein Drittel.

Bestands-
entwicklung

Im Gegensatz zum Vorjahr sind im Jahr 2005 nach den bisher vorliegenden Zahlen die Beitragseinnahmen in der Krankenversicherung mit 3,4 Prozent geringer als die Leistungsausgaben gestiegen, die sich um 4,9 Prozent erhöht haben. Hinzu kommen die Beitragseinnahmen aus der Pflegepflichtversicherung, welche sich mit 3,2 Prozent wie die zugehörigen Leistungsausgaben mit 3,8 Prozent moderater erhöht haben.

Beitrags- und
Kostenentwicklung

Die Erhöhung der Beitragseinnahmen ist zum Teil auf die Bestandserhöhung zurückzuführen und des Weiteren auf Beitragserhöhungen. Überproportional gestiegen sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, für Kieferorthopädie und alle ambulanten Leistungen, hier insbesondere die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel.

b) Aufbau des Verbandes

Mitglieds-
unternehmen

Dem Verband gehörten am 31.12.2005

48 ordentliche Mitgliedsunternehmen an.

Die Zahl hat sich gegenüber dem 31.12.2004 um eins vermindert, da ein kleines in einem großen Unternehmen aufgegangen ist. Zusätzlich stellen zwei Unternehmen verbundene Einrichtungen dar.

Rechtsform

Nach der Rechtsform gliedern sich die Mitgliedsunternehmen wie folgt auf:

19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
(mit 45,4 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme und
51,8 Prozent der Gesamtzahl an Vollversicherten)

29 Aktiengesellschaften
(mit 54,6 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme und
48,2 Prozent der Gesamtzahl an Vollversicherten).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass neun Aktiengesellschaften mit 7,0 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme und 7,1 Prozent der Gesamtzahl an Vollversicherten Konzernen angehören, deren Mütter Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit sind.

c) Versicherungsbestand

Vollversicherte
Personen

Die Hauptversicherungsart der privaten Krankenversicherung, die Krankheitsvollversicherung, verzeichnete im Jahr 2005 einen um etwa ein Drittel niedrigeren Anstieg als im Vorjahr. Der Bestand betrug am

31.12.2004 8.259.400 versicherte Personen
31.12.2005 8.368.800 versicherte Personen.

Damit lag ein Nettozugang von 109.400 Personen bzw. 1,3 Prozent vor.

Wechsel zwischen
PKV und GKV

Der Nettosaldo aus der Wanderungsbewegung zwischen PKV und GKV betrug 121.800 Personen. 272.900 Personen waren aus gesetzlichen Krankenkassen zur PKV übergewechselt. 151.100 Personen waren in die GKV wegen des Eintritts der Versicherungspflicht zurückgekehrt. Dass der Nettozugang insgesamt niedriger liegt, rührt daher, dass innerhalb der PKV die Zahl der Todesfälle nicht durch die Zahl der Geburten ausgeglichen wird.

Pflegepflicht-
versicherung

Alle privat vollversicherten Personen sind verpflichtet, auch eine Pflegepflichtversicherung abzuschließen. Zusätzlich gibt es einige freiwillig gesetzlich Versicherte, die sich in der privaten Pflegepflichtversicherung

abgesichert haben. Auch nicht versicherte Beihilfeberechtigte sind verpflichtet, eine private Pflegepflichtversicherung abzuschließen. Darüber hinaus sind in der privaten Pflegepflichtversicherung alle Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten eingeschlossen. Für diese hat die PKV die Mitversicherungsgemeinschaft „GPV“ eingerichtet. Insgesamt waren am

31.12.2004	9.117.600 Personen
31.12.2005	9.189.900 Personen

privat pflegepflichtversichert.

In diesem Jahr erhöhte sich der Bestand um 72.300 Versicherte. Die gegenüber der Zahl der Vollversicherten geringere Erhöhung liegt daran, dass es sich bei den Beständen von Post und Bahn um geschlossene Versichertenkollektive handelt, welche durch Tod und Stornierungen ständig kleiner werden.

Seit 1994 sind in den Regelungen des § 257 SGB V zum Arbeitgeberzuschuss bei privater Krankenversicherung die Bestimmungen zum Standardtarif enthalten. Diese wurden zum 1.7.2000 auf Beihilfeberechtigte und jüngere Versicherte ausgedehnt. Danach müssen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung ihren Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit eröffnen, in einen Standardtarif überzuwechseln. Dieser bietet Leistungen in einem vergleichbaren Rahmen wie die gesetzliche Krankenversicherung an, zu einem Beitrag, der den Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreitet. Von der Möglichkeit des Überwechelns können über 55-Jährige und Frührentner mit einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze Gebrauch machen. Ab Alter 65 entfällt die Einkommensbegrenzung. Grundvoraussetzung ist in allen diesen Fällen eine Vorversicherungszeit in der PKV von mindestens zehn Jahren. 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

Standardtarif

31.12.2004	15.110 versicherte Personen
31.12.2005	19.829 versicherte Personen.

Der Bestand stieg damit um 4.719 Personen. Nur bei 1.137 Versicherten im Standardtarif musste eine Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV vorgenommen werden. Die übrigen Versicherten zahlten wegen langen Vorversicherungszeiten und entsprechender Anrechnung der Altersrückstellung einen Beitrag, der unterhalb des Höchstbeitrages der GKV liegt.

1.209.300 Vollversicherte bzw. 14,5 Prozent hatten nur die Regelleistung im Krankenhaus (Mehrbettzimmer) versichert. 7.159.500 Personen bzw. 85,5 Prozent (Vorjahr: 7.117.000 bzw. 86,2 Prozent) hatten gleich-

Versicherung
für Krankenhaus-
Wahlleistungen

zeitig eine Versicherung für die Wahlleistungen Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus abgeschlossen.

Zusatzversicherte Personen

In der PKV Zusatzversichert ist, wer seinen Grundschatz, d. h. die Versicherung gegen Krankheitskosten, in der GKV abgesichert hat und bei der PKV darüber hinausgehend einen oder mehrere Tarife z. B. in der Krankentagegeld-, der Krankenhaustagegeld- oder der sonstigen selbständigen Teilversicherung abgeschlossen hat. Zu Letzterer zählen u. a. die Versicherung für Wahlleistungen im Krankenhaus, ambulante Zusatzversicherungen und die Pflegezusatzversicherung.

Insgesamt wurden von den Mitgliedsunternehmen am

31.12.2004	16,141 Mio. versicherte Personen
31.12.2005	17,968 Mio. versicherte Personen

gezählt. Allerdings kann der Zusatzversicherte Personenkreis zahlenmäßig nicht exakt ermittelt werden, da dort auch solche Versicherten mitgezählt werden, die ihren Grundschatz in der PKV bei einem anderen Unternehmen oder in der Gruppenversicherung abgeschlossen haben. GKV-Versicherte, die Zusatzversicherungen bei unterschiedlichen Unternehmen haben, werden mehrfach gezählt.

– siehe auch Schaubild I –

Allerdings ist es den Unternehmen möglich, in einzelnen Tarifarten eine genaue Zahl der Versicherten zu ermitteln.

Krankentagegeldversicherung

Der Bestand in der Krankentagegeldversicherung betrug am

31.12.2004	3.242.800 versicherte Personen
31.12.2005	3.277.700 versicherte Personen.

Der Bestand hat sich damit um 34.900 versicherte Personen bzw. 1,1 Prozent erhöht. Von den 3.277.700 Versicherten hatten 1.980.400 auch eine Vollversicherung in der PKV. 1.297.300 Personen hatten eine Krankentagegeldversicherung zusätzlich zu anderweitigem Versicherungsschutz – meist in der GKV – abgeschlossen. Von den Vollversicherten waren rund 36,5 Prozent Freiberufler oder Selbständige. Etwa 63,5 Prozent waren Angestellte, deren Verträge in etwa 91,3 Prozent aller Fälle Leistungen von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an vorsehen.

Pflegezusatzversicherung

In der Pflegezusatzversicherung wurden am

31.12.2004	787.100 versicherte Personen
31.12.2005	851.700 versicherte Personen

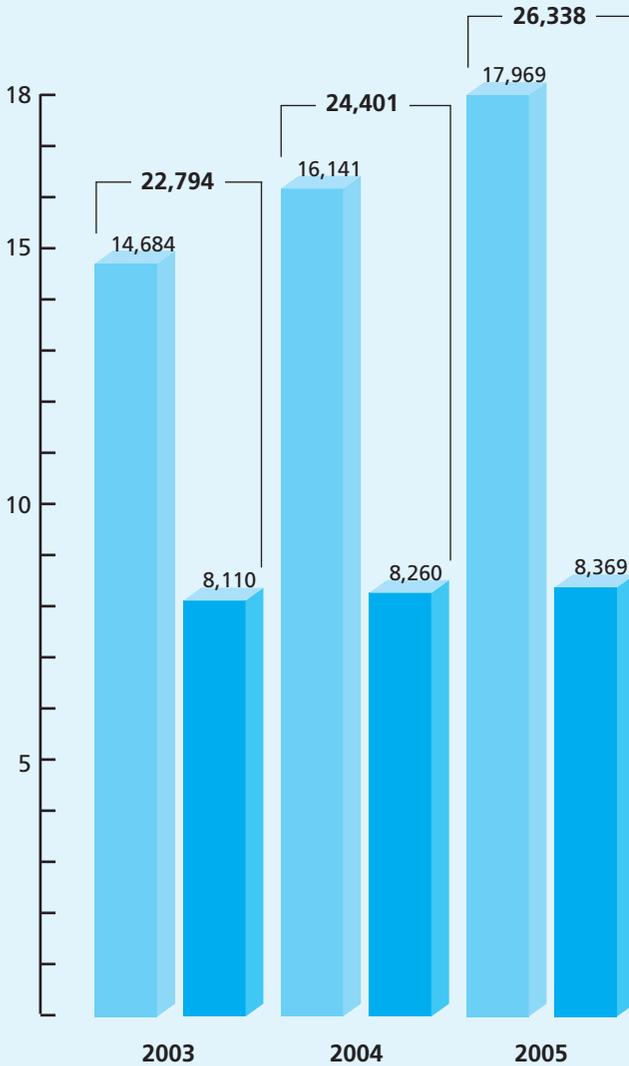
gezählt. Der Bestand stieg damit um 64.600 Personen bzw. 8,2 Prozent.

Versicherte Personen

Schaubild I

Insgesamt in Mio. Versicherte

Zusatzversicherte **Vollversicherte**
Die Zahlen der Zusatzversicherten
enthalten Doppelzählungen.



**Versicherung der
Wahlleistungen**

Die Zahl der GKV-Versicherten, die zusätzlich bei der PKV Wahlleistungen im Krankenhaus versichert haben, hat sich auch im Jahr 2005 erhöht. Der Bestand betrug am

31.12.2004 4.804.400 versicherte Personen
31.12.2005 4.834.100 versicherte Personen.

Er erhöhte sich damit um 29.700 versicherte Personen bzw. 0,6 Prozent.

**Ambulante
Zusatzversicherung**

Auch der Bestand an GKV-Versicherten, die zur Abdeckung der zunehmenden Lücken im GKV-Schutz im ambulanten Bereich eine Zusatzversicherung einschließlich Zahnleistungen abgeschlossen haben, ist gestiegen. Hier wurden am

31.12.2004 6.181.300 versicherte Personen
31.12.2005 7.472.000 versicherte Personen

gezählt. Die starke Erhöhung um insgesamt 1.290.700 Personen bzw. 20,9 Prozent resultiert insbesondere aus Kooperationen mit der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser große Anstieg in der Zahl der Versicherten hat allerdings kein Äquivalent in der Erhöhung der Beitragseinnahme, die in der sonstigen selbständigen Teilversicherung nur 3,4 Prozent ausmachte.

**Versicherung gegen
Einmalbeitrag**

Über die bisher aufgeführten Versicherungen mit regelmäßiger Beitragszahlung hinaus führen die Unternehmen in der Einzel- und Gruppenversicherung noch viele Verträge gegen Einmalbeitrag. Es handelt sich dabei überwiegend um kurzfristige Versicherungen, wie die Auslandsreiseversicherung oder Versicherungen für kurzfristige Gemeinschaftsveranstaltungen, daneben auch um längerfristige, aber von vornherein zeitlich begrenzte, wie z. B. Restschuldversicherungen.

**Auslandsreise-
krankenversicherung**

Während des Jahres 2005 schlossen

26.905.900 Personen

eine Auslandsreisekrankenversicherungen ab. Damit war gegenüber dem Vorjahr (26.575.500 Personen) eine Erhöhung um 330.400 Abschlüsse zu verzeichnen.

d) Beiträge

Beitragseinnahmen

Die Beitragseinnahmen der Mitgliedsunternehmen (einschl. Nebenleistungen, aber ohne Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung) betragen im Jahr 2005 nach den vorläufigen Ergebnissen:

in der Krankenversicherung	rd. 25,38 Mrd. Euro
in der Pflegepflichtversicherung	rd. 1,93 Mrd. Euro
insgesamt	rd. 27,31 Mrd. Euro.

Damit erhöhten sie sich in der Krankenversicherung gegenüber dem endgültigen Vorjahreswert (24.541,6 Mio. Euro) um fast 840 Mio. Euro bzw. 3,4 Prozent. Die Zunahme beruht zum Teil auf dem Anstieg des Versichertenbestandes. Außerdem mussten auch im Berichtsjahr Beitragsanpassungen vorgenommen werden. In der Pflegepflichtversicherung stiegen die Beitragseinnahmen um rund 60 Mio. Euro bzw. 3,2 Prozent. Nimmt man Kranken- und Pflegepflichtversicherung zusammen, so betrug die Erhöhung der Beitragseinnahmen 3,4 Prozent.

In den letzten drei Jahren entfielen auf die vier Hauptversicherungsarten der Krankenversicherung, auf die Pflegepflichtversicherung und die drei besonderen Versicherungsarten in der Krankenversicherung nachstehende Beitragseinnahmen:

Aufgliederung nach Versicherungsarten

	in Mio. Euro		
	2005	2004	2003
Krankheitsvollversicherung	rd. 19.640	18.907,0	17.523,3
Krankentagegeldversicherung	rd. 1.050	1.056,5	1.025,9
Krankenhaustagegeldversicherung	rd. 700	777,4	766,5
Sonstige selbständige Teil-(Zusatz-)versicherung	rd. 3.390	3.281,9	3.076,5
Pflegepflichtversicherung	rd. 1.930	1.871,4	1.847,9
Besondere Versicherungsarten	rd. 600	518,8	500,6

– siehe auch Schaubild II –

Zu den besonderen Versicherungsarten gehören die Beihilfeablöseversicherung, die Restschuld-/Lohnfortzahlungsversicherung und die Auslandsreisekrankenversicherung.

**Prozentuale
Veränderung**

Die folgende Übersicht zeigt die Veränderungssätze gegenüber dem Beitragsaufkommen 2004:

Krankheitsvoll- versicherung	+ 3,9 %
Krankentagegeld- versicherung	- 0,9 %
Krankenhaustagegeld- versicherung	- 10,3 %
Sonstige selbständige Teil- (Zusatz-)versicherung	+ 3,4 %
Pflegepflichtversicherung	+ 3,2 %
Besondere Versicherungsarten	+ 15,7 %

Wegen der geringen Gesamtsumme der besonderen Versicherungsformen sind dort häufig größere Veränderungen zu beobachten, die sich allerdings insgesamt kaum auswirken. In dem übrigen wichtigen Bereich war im Jahr 2005 in der Hauptversicherungsart der PKV, der Krankheitsvollversicherung, auch der stärkste Anstieg der Beitragseinnahme zu verzeichnen. Hier machten sich insbesondere neben dem Bestandszuwachs auch Beitragsanpassungen bemerkbar. In der Krankenhaustagegeldversicherung und in der Krankentagegeldversicherung lag dagegen ein Rückgang vor.

**Anteil der
Versicherungsarten**

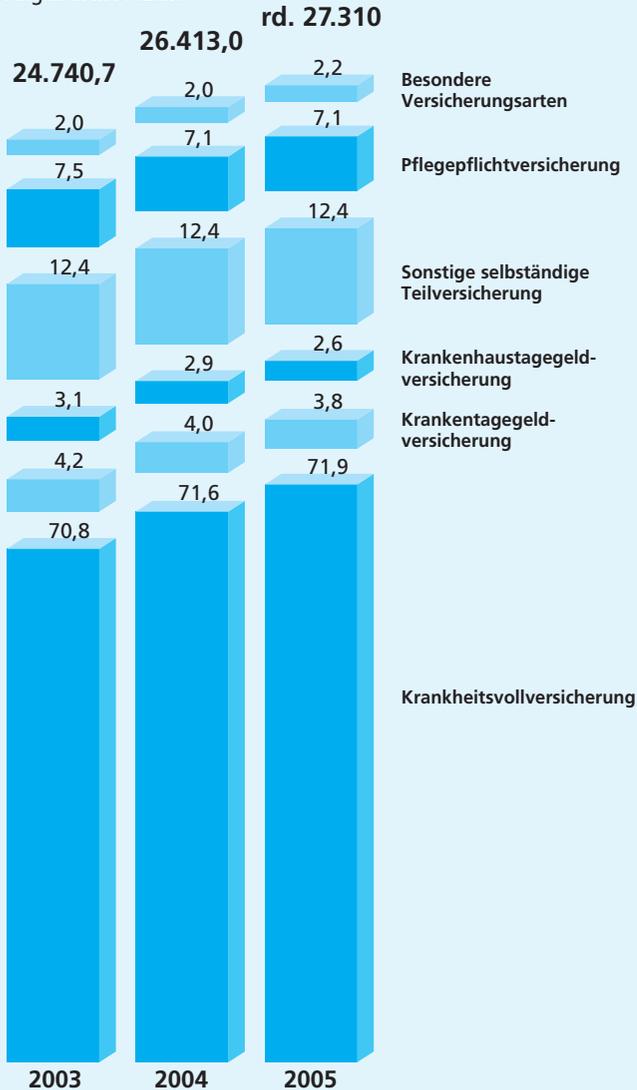
Den Schwerpunkt der PKV bildet die Krankheitsvollversicherung mit einem Anteil von 71,9 Prozent an der Gesamtbeitragseinnahme. Auf die Sonstige selbständige Teilversicherung entfallen 12,4 Prozent. Die Krankentagegeldversicherung ist mit 3,8 Prozent am Gesamtbeitragsaufkommen beteiligt und die selbständige Krankenhaustagegeldversicherung mit 2,6 Prozent. Die Pflegepflichtversicherung hat ihren Anteil bei 7,1 Prozent gehalten. Die besonderen Versicherungsarten Beihilfeablöse-, Restschuld-/Lohnfortzahlungs- und Auslandsreisekrankenversicherung machten insgesamt nur 2,2 Prozent der Beitragseinnahme aus.

**Einmalbeiträge
aus der RfB**

Zu der Beitragseinnahme werden auch die Mittel gezählt, die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen und der Alterungsrückstellung zugeführt werden, um Beitragsanpassungen für den Bestand zu mildern. Im Jahr 2005 wurden hierfür einschließlich der Mittel nach § 12a Abs. 3 VAG rund 1.480 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Damit liegt eine Zunahme gegenüber dem Vorjahr (1.244,1 Mio. Euro) um 19,0 Prozent vor. Ein Hauptgrund für diese Erhöhung ist, dass im Jahr 2005

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten

Insgesamt in Mio. €
Angaben in Prozent



eine Beitragsanpassung in der Pflegepflichtversicherung durchgeführt wurde. Betrachtet man nur die Krankenversicherung, so liegt eine Verminderung um 24,2 Prozent von 1.213,1 Mio. Euro auf rund 920 Mio. Euro vor. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Einmalbeiträge aus der RfB auf die einzelnen Versicherungsarten:

	in Mio. Euro
Krankheitsvollversicherung	rd. 730
Krankentagegeldversicherung	rd. 30
Selbständige Krankenhaustagegeldversicherung	rd. 20
Sonstige selbständige Teil-(Zusatz-)versicherung	rd. 140
Pflegepflichtversicherung	rd. 560
Besondere Versicherungsarten	rd. 0
Insgesamt	rd. 1.480

e) Leistungen an die Versicherten

Kranken- versicherung

Im Berichtsjahr sind die ausgezahlten Versicherungsleistungen (einschl. Schadenregulierungskosten) in der Krankenversicherung um rund 780 Mio. Euro bzw. rund 4,9 Prozent gegenüber 2004 auf rund 16.800 Mio. Euro gestiegen. Die Zunahme rührt nur zu einem geringen Teil aus dem Bestandszuwachs. Der überwiegende Teil der Leistungssteigerung hat seine Ursache in Kostenerhöhungen. Betrachtet man nur die Ausgaben für Krankheitskosten (ohne Tagegelder), so liegt hier die Bruttosteigerung bei 5,2 Prozent; rechnet man den Bestandszuwachs heraus, betragen die Steigerungen noch 3,9 Prozent. Die höchste Steigerungsrate ist bei den Arzneien und Verbandmitteln zu verzeichnen. Weit überproportional haben sich auch die Ausgaben für Heilpraktiker entwickelt. Die Leistungen für Kieferorthopädie, allgemeine Krankenhausleistungen und der übrige ambulante Bereich liegen ebenfalls über dem Durchschnitt. Unterdurchschnittlich haben sich die Ausgaben für Zahnbehandlung und -ersatz sowie Wahlleistungen im Krankenhaus entwickelt. Die Leistungen für das Ersatzkrankenhaustagegeld sind sogar gesunken. Die folgende Übersicht zeigt die Veränderung der Leistungen, bereinigt um den Bestandszuwachs:

ambulante Leistungen	+ 4,7 %
davon	
Arztbehandlung	+ 4,2 %
Heilpraktikerbehandlung	+ 11,3 %
Arzneien und Verbandmittel	+ 4,6 %
Heilmittel	+ 5,2 %
Hilfsmittel	+ 5,5 %
Zahnbehandlung	+ 2,4 %
davon	
Zahnbehandlung	+ 1,8 %
Zahnersatz	+ 2,7 %
Kieferorthopädie	+ 6,7 %
stationäre Leistungen	+ 3,6 %
davon	
allg. Krankenhausleistungen	+ 5,2 %
Wahlleistung Unterkunft	+ 0,7 %
Wahlleistung Arzt	+ 1,5 %
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 2,5 %
<hr/>	
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+ 3,9 %

In der Pflegepflichtversicherung stiegen die ausgezahlten Versicherungsleistungen um rund 3,8 Prozent bzw. 20 Mio. Euro auf rund 550 Mio. Euro. Die große Differenz zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben gerade in der Pflegepflichtversicherung rührt daher, dass wegen der bisherigen kurzen Laufzeit dieser Versicherungsart noch weit überproportional die Alterungsrückstellung aufgebaut werden muss. Im Jahr 2005 dürfte die Zuführung zur Alterungsrückstellung in der Pflegepflichtversicherung rund 1,6 Mrd. Euro ausgemacht haben.

**Pflegepflicht-
versicherung**

Insgesamt erhöhten sich damit die ausgezahlten Versicherungsleistungen um 4,8 Prozent bzw. 800 Mio. Euro auf rund 17,35 Mrd. Euro. Betrachtet man die einzelnen Leistungsbereiche, so entfielen von den Ausgaben 42,3 Prozent auf den ambulanten, 29,6 Prozent auf den stationären und 13,8 Prozent auf den Zahnbereich. 7,1 Prozent wurden für Tagegelder aufgebracht und 3,2 Prozent für die Pflegepflichtversicherung.

**Versicherungs-
leistungen**

– siehe auch Schaubild III –

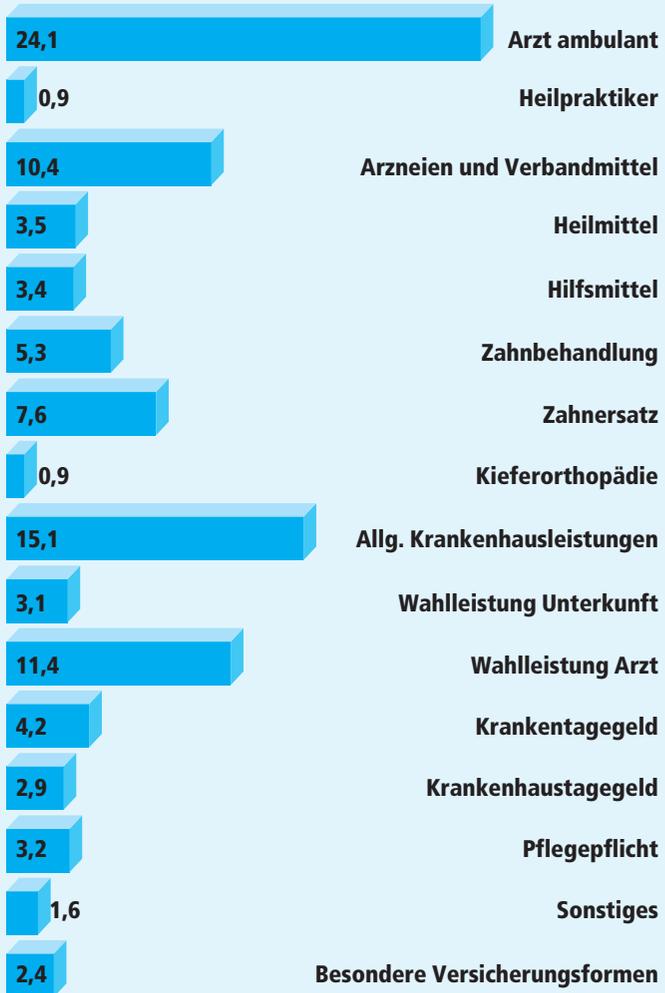
Zusätzlich zu den ausgezahlten Versicherungsleistungen kommen den Versicherten Beitragsrückerstattungen zugute. Einerseits erhalten sie bei Leistungsfreiheit bestimmte Beträge ausgezahlt, andererseits werden Beitragsanpassungen abgemildert. Die ausgezahlte Beitragsrückerstattung liegt voraussichtlich in der Größenordnung des Vorjahres (840 Mio. Euro). Die verrechneten Beiträge (einschl. der Beträge nach § 12a

**Beitrags-
rückerstattung**

Schaubild III

Aufgliederung der Versicherungsleistungen

Insgesamt rd. 17,35 Mrd. €
Angaben in Prozent



Abs. 3 VAG) liegen nach den vorläufigen Meldungen in der Krankenversicherung mit 920 Mio. Euro um 24,2 Prozent unter den vorjährigen (1.213,1 Mio. Euro). Hinzu kommen 560 Mio. Euro in der Pflegepflichtversicherung.

Die Gesamtaufwendungen für die Versicherten beinhalten neben den ausgezahlten Versicherungsleistungen einschl. Schadenregulierungskosten die Veränderungen der Schadenrückstellungen, die Zuführungen zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung sowie die Zuführung zur Alterungsrückstellung. Diese Gesamtaufwendungen dürften im Jahr 2005 rund 30,6 Mrd. Euro ausmachen.

Gesamtaufwendungen

Je Arbeitstag (bei 250 Tagen pro Jahr) wurden an Versicherungsleistungen rund 69,4 Mio. Euro gegenüber 66,21 Mio. Euro im Vorjahr an die Versicherten ausgezahlt. Die Monatsleistungen beliefen sich auf 1.446 Mio. Euro (Vorjahr: 1.379,5 Mio. Euro).

Leistungen je Tag

f) Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen

Im Jahr 2005 lag die Steigerung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherung im Gegensatz zum Vorjahr wieder unter der der Versicherungsleistungen. Das Verhältnis der Steigerungen in diesen beiden Bereichen in den letzten zehn Jahren zeigt die folgende Übersicht, wobei die Pflegepflichtversicherung ausgenommen ist:

Steigerungssätze

	Steigerung gegenüber dem Vorjahr	
	Versicherungsleistungen	Beitrags-einnahmen
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	+ 4,8 %	+ 7,2 %
2005	+ 4,9 %	+ 3,4 %

Insgesamt stiegen die ausgezahlten Versicherungsleistungen seit 1995 um 58,1 Prozent, die Beitragseinnahmen um 67,5 Prozent. Die Differenz zwischen diesen beiden Entwicklungen wurde dazu genutzt, die Alterungsrückstellung verstärkt aufzubauen. Diese hat sich seit 1995 um rund 215,4 Prozent auf fast 88 Mrd. Euro in der Krankenversicherung erhöht. In der Pflegepflichtversicherung betrug die Alterungsrückstellung 2005 zusätzlich rund 15 Mrd. Euro.

Alterungsrückstellung

g) Verwaltungs- und Abschlusskosten

Verwaltungskosten	Die Kosten der laufenden Verwaltung machten 2005 nach den bisherigen Ermittlungen (entnommen aus den Quartalsmeldungen der Mitgliedsunternehmen) etwa 790 Mio. Euro (Vorjahr: 758,6 Mio. Euro) aus. Das sind ca. 2,9 Prozent der Beitragseinnahmen. Der endgültige, abgegrenzte Wert, der im Zahlenbericht 2005/2006 veröffentlicht wird, dürfte ebenfalls in dieser Größenordnung liegen. Im Vorjahr lagen die Verwaltungskosten bei 2,87 Prozent der abgegrenzten Beitragseinnahmen.
Abschlusskosten	Auch über die Aufwendungen der Verbandsunternehmen für Neuabschlüsse von Versicherungen und Umstufungen bereits bestehender Verträge liegen bisher nur vorläufige, unabgegrenzte Werte vor. Danach waren 2005 für Abschlusskosten rund 2.300 Mio. Euro zu zahlen. Der abgegrenzte Vorjahreswert lag bei 2.328,8 Mio. Euro.

2. Ergebnis der gesamten privaten Krankenversicherung im Bundesgebiet

Zusammengefasste Angaben	Die folgenden Angaben auch über Krankenversicherungsunternehmen, die nicht dem Verband angehören, sind der im Dezember 2005 erschienenen Statistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht für das Jahr 2004 entnommen. Am 31.12.2004 gab es danach 54 Krankenversicherungsunternehmen mit Geschäftstätigkeit unter Bundesaufsicht und zusätzlich zum 31.12.2003 29 Krankenversicherungsunternehmen unter Landesaufsicht. 48 dieser Unternehmen haben sich im PKV-Verband zusammengeschlossen. Die nicht dem PKV-Verband angehörenden Krankenversicherungsunternehmen fallen bezüglich ihrer Größe kaum ins Gewicht, da sie nur 0,1 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aller PKV-Unternehmen auf sich vereinigen. Auch haben sie meist nur einen regionalen Tätigkeitsbereich.
---------------------------------	---

II. Gestaltung des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes

1. Entwicklung des Krankenversicherungsrechts

Anfang März 2005 hat im zuständigen Bundestagsausschuss eine öffentliche Anhörung zum viel diskutierten Entwurf eines Antidiskriminierungsgesetzes (vgl. Rechenschaftsbericht 2004, S. 31 f.) stattgefunden. Mit dem von den Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen eingebrachten Gesetzentwurf sollten mehrere EU-Richtlinien in deutsches Recht umgesetzt werden. Obwohl das Antidiskriminierungsgesetz auf den ersten Blick die Kalkulationsgrundsätze der Kranken- und Lebensversicherung nicht anzutasten schien, enthielt der Gesetzentwurf bei näherer Betrachtung gezielte Benachteiligungen von Versicherungsverträgen. Außerhalb von Beschäftigung und Beruf sollten durch das Antidiskriminierungsgesetz lediglich „Massengeschäfte“, also Verträge, die typischerweise ohne Ansehen der Person zu vergleichbaren Bedingungen in einer Vielzahl von Fällen zustande kommen, dem uneingeschränkten Benachteiligungsverbot unterworfen werden. Der Entwurf sah also vor, dass nur bei „Massengeschäften“ Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität verboten sein sollten. Bei anderen Verträgen hingegen, bei denen die Person des Vertragspartners für den Abschluss des Vertrages von Bedeutung ist, sollten nur Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft unzulässig sein. Davon abweichend sollte für Versicherungen aber gelten, dass auch bei den individuellen Verträgen, die erst nach Risikoprüfung im Einzelfall zustande kommen, sämtliche Kriterien des Antidiskriminierungsgesetzes beachtet werden müssen. Damit ging der Gesetzentwurf nicht nur über die sonstigen Zivilrechtsverhältnissen auferlegten Pflichten, sondern auch weit über den europäischen Harmonisierungsauftrag hinaus. Denn die am 13.12.2004 vom Rat der Europäischen Union verabschiedete „Richtlinie zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Frauen und Männern beim Zugang zu und der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen“ untersagt lediglich Benachteiligungen wegen des Geschlechts. Für den damit verbundenen Eingriff gerade in die Tätigkeit der privaten Krankenversicherung, für die neben dem Geschlecht auch Alter und Gesundheitszustand maßgebliche Risikofaktoren sind, fehlte es an jeder Rechtfertigung. Die allgemeinen Erwägungen der Gesetzesbegründung reichten angesichts dieser Eingriffstiefe in die Privatautonomie nicht aus.

Antidiskriminierungsgesetz/
Gleichbehandlungsrichtlinie

Außerdem würde z.B. die Nennung des Alters als Benachteiligungsgrund angesichts der im Gesetzentwurf enthaltenen Ausnahmegvorschrift auch nicht zu neuen Versicherungsmöglichkeiten führen. Eine unzulässige Benachteiligung liegt nämlich dann nicht vor, wenn einer der im Entwurf genannten Benachteiligungsgründe ein bestimmender Faktor

bei der versicherungsmathematischen Risikobewertung ist. In der Krankenversicherung wird die Altersabhängigkeit des Risikos zweifelsfrei durch aussagekräftige Statistiken belegt, so dass Alter immer ein bestimmender Faktor der Risikobewertung ist. Die Vorschrift wäre somit weitgehend inhaltsleer, es sei denn, dass das in einer Reihe von Tarifen enthaltene Aufnahmehöchstalter untersagt werden sollte. Eine solche Untersagung würde jedoch an den tatsächlichen Verhältnissen nichts ändern. Denn aufgrund der spezifischen Kalkulationsmethode der privaten Krankenversicherung, bei der die altersbedingten Mehrkosten gleichmäßig über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt werden, steigen die Neugeschäftsbeiträge mit dem Alter so stark an, dass sich nur wenige Personen jenseits der heutigen Höchstaufnahmealter von 65 oder 70 Jahren noch versichern wollen. Die Höchstaltersgrenzen für den Eintritt in die PKV haben also im Wesentlichen die Funktion, Diskussionen über die Höhe der Beiträge zu vermeiden. Die mit der Öffnung verbundene Öffentlichkeitswirkung könnte wiederum fälschlich als der Versuch verstanden werden, die Versicherung älterer Menschen abzuwehren. Darüber hinaus enthalten die Kalkulationsvorschriften im Versicherungsaufsichtsgesetz und der Kalkulationsverordnung eine Reihe von Bestimmungen, die ältere Versicherte begünstigen. Es wäre nicht nachvollziehbar, wenn diese Vorteile nun als Diskriminierung jüngerer Versicherter aufgehoben werden müssten.

Es würde zudem erhebliche Schwierigkeiten bereiten, wenn die Versicherungen Behinderungen nicht mehr berücksichtigen dürften, weil dies eine Diskriminierung sei. Wie in der Begründung zum Gesetzentwurf zurecht ausgeführt, gehört die Differenzierung nach dem ex ante beurteilten individuellen Risiko zu den Grundprinzipien der privatrechtlichen Versicherung. Dabei stellt neben Alter und Geschlecht des Versicherungsinteressenten auch der Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Vertragsschlusses ein wesentliches Risikomerkmale dar. Selbstverständlich ist die private Krankenversicherung bereit, auch bei behinderten Antragstellern keine pauschalen Ablehnungen auszusprechen, sondern den Zusammenhang zwischen der bestehenden Behinderung und einer möglicherweise erhöhten Behandlungsbedürftigkeit angemessen zu berücksichtigen. Dafür ist jedoch eine Abgrenzung zwischen Krankheit und Behinderung erforderlich, die nicht die Risikoprüfung insgesamt in Frage stellt. Unter Verweis auf die Definition im Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – von einer Behinderung im Falle einer länger als sechs Monate andauernden Abweichung der körperlichen Funktion von dem für das Lebensalter typischen Zustand auszugehen, ist nicht sachgerecht. Denn dieser Sachverhalt trifft auf jede chronische sowie auf jede nicht heilbare Erkrankung zu.

Auf die im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses vorgenommene Gesundheitsprüfung und die Beitragskalkulation in Abhängigkeit von bestimmten Risikofaktoren kann die private Krankenversicherung nicht verzichten. Darin liegt keine Diskriminierung, sondern eine sachlich gerechtfertigte Differenzierung, die allein dem Ziel dient, die Belange der bereits

Versicherten zu wahren und die dauerhafte Erfüllbarkeit der abgeschlossenen Versicherungsverträge zu sichern.

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der aufgrund der Versicherungspflicht ein ständiger Nachwuchs an jungen und gesunden Versicherten gewährleistet ist, folgt der Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages individuellen und an den persönlichen Gegebenheiten ausgerichteten Erwägungen des einzelnen Interessenten. Der Krankenversicherer muss deshalb – ungeachtet seines Geschäftszieles, möglichst viele Versicherungsverträge abzuschließen – die Gesamtheit der bereits bei ihm Versicherten davor schützen, dass nur solche Personen privaten Krankenversicherungsschutz nachfragen, die sofort oder in naher Zukunft Versicherungsleistungen beanspruchen. Auch die private Krankenversicherung funktioniert nur durch die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Hierfür ist ein unter Risikogesichtspunkten ausgeglichener Versicherungsbestand zwingend erforderlich. Dessen Erhalt gewährleistet die Gesundheitsprüfung vor Vertragsschluss. Entgegen landläufigen Vorstellungen wird durch die Prüfung allerdings nicht festzustellen versucht, ob die zu versichernde Person auch in Zukunft gesund bleibt. (Denn die wahrscheinliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist gerade Gegenstand des gebotenen Krankenversicherungsschutzes). Vielmehr erstreckt sich die Prüfung allein darauf, dass der Versicherungsfall nicht bereits eingetreten ist und der Versicherungsinteressent bei Vertragsschluss dem kalkulatorischen Risiko entspricht, d. h. den richtigen Beitrag zahlt.

Auf die Risikoprüfung und die damit möglicherweise verbundene Einschränkung der Versicherungsmöglichkeiten kann nur dann verzichtet werden, wenn der Vertragsschluss nicht mehr selektiv nach der Entscheidung des Einzelnen erfolgt, sondern ganze Gruppen auf den privaten Krankenversicherungsschutz verwiesen werden. Das ist beispielsweise der Fall bei Beamten, die kein Zugangsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung haben und deshalb ohne Rücksicht auf ihr Risiko in die private Krankenversicherung aufgenommen werden; eventuell erforderliche Risikozuschläge sind auf 30 Prozent des Beitrages begrenzt. Auch bei der Pflegepflichtversicherung sind alle pflegenahen und bereits pflegebedürftigen Jahrgänge ausnahmslos versichert worden. In Abweichung von diesen Grundsätzen hätte sich aus einem Antidiskriminierungsgesetz in der Fassung des Gesetzentwurfes im Ergebnis ein Kontrahierungszwang zugunsten kranker Antragsteller ergeben, wobei die damit verbundenen finanziellen Belastungen von den heute bereits Versicherten hätten getragen werden müssen.

Äußerst problematisch wäre auch die mit der im Entwurf vorgesehenen Umkehr der Beweislast verbundene Verpflichtung des Versicherers, bei einer Vertragsablehnung nachzuweisen, dass keine unzulässige Benachteiligung vorliegt. In diesen Fällen müssten dann notwendigerweise medizinische Details zur Sprache kommen, die der Antragsteller häufig weder wissen will noch, nach dem Rat seiner Ärzte, wissen soll.

Was die Verteilung der Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung auf beide Geschlechter anbelangt, so ist diese Anforderung in der „Richtlinie zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Frauen und Männern beim Zugang zu und der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen“ vom 13.9.2004 enthalten und damit zwingend in deutsches Recht umzusetzen. In dem Entwurf des Antidiskriminierungsgesetzes waren allerdings nicht die in der Richtlinie vorgesehenen Übergangsfristen bis zum 21.12.2009 übernommen. Da die geschlechtsneutrale Verteilung der Aufwendungen für Schwangerschaft und Entbindung zunächst einmal eine genaue Ermittlung der entsprechenden Kostenpositionen voraussetzt, ist eine Übergangsregelung aber unverzichtbar. Auffällig war, dass die in Versicherungsaufsichtsgesetz und Kalkulationsverordnung notwendigen Änderungen, ohne die die geschlechtsneutrale Verteilung nicht möglich gewesen wäre, im Gesetzentwurf fehlten. Vermutlich sollten damit die Ressortzuständigkeit des Bundesministeriums der Finanzen und die Zustimmungspflichtigkeit des Gesetzes durch den Bundesrat ausgeschaltet werden. Unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten wäre diese Handhabung erheblichen Bedenken begegnet.

Als Fazit aus Sicht der PKV lässt sich festhalten, dass angesichts der Vielzahl rechtlicher und tatsächlicher Probleme, die sich aus dem Gesetzentwurf ergäben, die Einbeziehung der Versicherungen auf den durch die Gleichbehandlungsrichtlinie vorgegebenen Bereich beschränkt werden sollte; zumindest sollten Versicherungsverträge keinen anderen Anforderungen unterworfen werden als die übrigen zivilrechtlichen Schuldverhältnisse. Nachdem das Antidiskriminierungsgesetz der Diskontinuität anheim gefallen ist, besteht die Chance, die berechtigten Einwände der Versicherungsbranche (und speziell der PKV) bei der nach wie vor notwendigen Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinie in deutsches Recht zu berücksichtigen. Schon aus der zwingend notwendigen gleichmäßigen Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft auf beide Geschlechter ergeben sich erhebliche finanzielle Auswirkungen. Die damit verbundenen Beitragsveränderungen müssen, damit sie wirksam werden können, den Versicherungsnehmern mitgeteilt werden, so dass im schlechtesten Fall der gesamte Bestand eines Krankenversicherungsunternehmens mit neuen Versicherungspolice ausgestattet werden muss. Auch durch die Umstellung der EDV kommen nennenswerte Kosten auf die Krankenversicherer zu, abgesehen davon, dass solche Änderungen nicht kurzfristig durchgeführt werden können. Es ist daher unbedingt notwendig, für die Verteilung der Kosten von Schwangerschaft und Entbindung ausreichende Übergangsfristen vorzusehen.

Nach aktuellem Stand soll das Gesetz zur Umsetzung der europäischen Antidiskriminierungsrichtlinien in deutsches Recht statt „Antidiskriminierungsgesetz“ nun „Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz“ heißen. Union und SPD wollen in Kürze einen gemeinsamen Gesetzentwurf vorlegen. Offenbar ist es zu einem Kompromiss gekommen, bei dem beide

auf ihre Extremforderungen verzichten. Danach gibt die Union ihre Forderung auf, nach der die EU-Richtlinien nur eins zu eins in nationales Recht umgesetzt werden sollten.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich in seinem Urteil vom 21.9.2005 – Az.: IV ZR 113/04 – mit der Erstattungsfähigkeit der Kosten einer auf die Geburt eines zweiten Kindes abzielenden homologen In-vitro-Fertilisation (IVF) mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) in der privaten Krankenversicherung befasst und grundsätzlich festgestellt, dass eine Leistungspflicht des Versicherers nicht schon deshalb ausscheidet, weil bereits ein Kind auf natürlichem (oder künstlichem) Wege gezeugt und geboren worden ist. Im Übrigen hat der BGH Feststellungen zur medizinischen Notwendigkeit getroffen und hierbei eine Erfolgswahrscheinlichkeit von mindestens 15 Prozent für die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gefordert.

BGH zur Erstattung der Kosten einer künstlichen Befruchtung abzielend auf die Geburt eines zweiten Kindes

Im Streit stand, ob der beklagte private Krankenversicherer einem bei ihm versicherten Ehemann (Kläger), der zusammen mit seiner Ehefrau mit Hilfe künstlicher Befruchtung bereits ein erstes Kind gezeugt hatte, die Kosten für weitere Behandlungszyklen ersetzen muss. Beim Kläger war eine verminderte Spermiedichte bei gleichzeitig verminderter Spermienbeweglichkeit und erhöhter Spermienfehlformenrate festgestellt worden. Er kann deshalb auf natürlichem Wege keine Kinder zeugen. Im Januar 1997 gelang es im seinerzeit dritten Behandlungszyklus einer kombinierten IVF/ICSI-Behandlung, mit Spermien des Klägers bei seiner Ehefrau eine Schwangerschaft herbeizuführen, die mit der Geburt eines gesunden Sohnes endete. Die Kosten hatte der Krankenversicherer getragen. Die Eheleute wünschten sich dann ein zweites Kind. Zu diesem Zweck unterzogen sie sich im Oktober/November 2000 und im Juni 2002 zwei weiteren Behandlungszyklen, welche nicht zu einer Schwangerschaft führten. Der Kläger verlangte vom Versicherer die Erstattung der Kosten für diese erneuten Behandlungen (5.743 Euro für den ersten und 3.428,88 Euro für den zweiten Zyklus) und begehrte darüber hinaus die Feststellung, dass auch die Kosten für weitere acht noch in Aussicht genommene IVF/ICSI-Behandlungszyklen zu erstatten seien. Nachdem der Versicherer bereits die Kosten für die Behandlungszyklen getragen hatte, die schließlich zur Geburt des ersten Kindes geführt hatten, vertrat er die Auffassung, die weiteren Kosten für die künstliche Zeugung eines zweiten Kindes nicht mehr übernehmen zu müssen. Die Krankheit des Klägers sei bereits mit der Geburt seines Sohnes gelindert; im Übrigen seien die Erfolgsaussichten weiterer Behandlungsversuche in Anbetracht des Alters der 1960 geborenen Ehefrau des Klägers zu gering.

Sachverhalt

Das Oberlandesgericht München hatte mit Urteil vom 23.3.2004 im Berufungsverfahren der Klage insgesamt den Erfolg versagt. Bei schon erfülltem Kinderwunsch und der damit einhergehenden Linderung der Zeugungsunfähigkeit könne dem Selbstbestimmungsrecht von Ehegat-

ten gegenüber den gleichfalls zu berücksichtigenden Interessen des Versicherers und der Versichertengemeinschaft angesichts der teuren, vital aber nicht notwendigen Behandlung nicht eine Bedeutung zukommen, die es erlaube, es der alleinigen Entscheidungsgewalt des Versicherten zu überlassen, wann eine endgültige Linderung eingetreten sei. Dass Kinder erwünscht seien, führe zu keiner anderen Beurteilung.

Entscheidungsgründe

Seine davon abweichende Auffassung hat der IV. Zivilsenat des BGH wie folgt begründet:

Versicherungsfall sei gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 94 die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Was den Versicherungsfall ausmache, werde zum einen durch die Bezeichnung eines die Behandlung auslösenden Ereignisses oder Zustandes (Krankheits- oder Unfallfolgen) ausgefüllt, zum anderen dadurch festgelegt, dass es sich bei der Behandlung um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handeln müsse. Wie schon in früheren Entscheidungen hat der Senat hervorgehoben, dass die Krankheit eines zeugungsunfähigen Versicherungsnehmers allein seine auf körperlichen Ursachen beruhende Unfähigkeit sei, auf natürlichem Wege Kinder zu zeugen. Demgegenüber stelle seine Kinderlosigkeit keine Krankheit und auch keine die Erkrankung derart kennzeichnende Krankheitsfolge dar, dass davon gesprochen werden könne, mit dem Ende der Kinderlosigkeit sei auch eine endgültige Linderung der Krankheit eingetreten. Der Wunsch von Eheleuten nach einem zweiten Kind, der als solcher jeder rechtlichen Nachprüfung entzogen sei, könne daher erneut den Bedarf auslösen, die gestörte Körperfunktion durch medizinische Maßnahmen zu ersetzen. Solle dabei die Unfruchtbarkeit des Mannes gelindert werden, so sei die IVF/ICSI-Behandlung insgesamt eine auf dieses Krankheitsbild abgestimmte Heilbehandlung. Dabei werde die Linderung erzielt, indem die gestörte Körperfunktion durch medizinische Maßnahmen ersetzt werde.

Die Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten hängt nach Auffassung des Gerichts deshalb vorwiegend von der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung ab. Sie sei gegeben, wenn die medizinischen Befunde und Erkenntnisse es im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar erscheinen ließen, die Behandlung als notwendig anzusehen. Dass die IVF/ICSI-Behandlung allgemein eine medizinisch anerkannte Methode zur Überwindung von Sterilität darstelle, sage aber noch nicht, dass die Maßnahme auch in jedem Einzelfall ausreichend erfolgversprechend sei, um ihre bedingungsgemäße Notwendigkeit zu bejahen. Dazu hat der Senat dann die folgenden Maßstäbe aufgestellt:

Bei unheilbaren lebensbedrohlichen Erkrankungen könne es durchaus vertretbar sein, auch Behandlungsversuche als notwendig anzusehen, die mit nicht nur ganz geringer Wahrscheinlichkeit ihr Ziel erreichten und denen notwendigerweise Versuchscharakter anhafte. Anders sei

dies bei leichteren – insbesondere nicht lebensbedrohenden oder -zerstörenden – Krankheiten, bei denen sich die in Aussicht genommene Heilbehandlung also als nicht vital lebensnotwendig erweise und die Erfolgsaussichten der Behandlung in Abhängigkeit von bestimmten Voraussetzungen bereits umfangreich erforscht seien. Hier lasse es erst ein höherer Grad der Erfolgswahrscheinlichkeit als vertretbar erscheinen, die Maßnahme als bedingungsgemäß notwendig anzusehen. Der in Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts gefasste Entschluss von Ehegatten, ein gemeinsames Kind zu haben, sei jeder rechtlichen Nachprüfung auf seine Notwendigkeit entzogen. Die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit habe ohne Einschränkungen von dem Kinderwunsch des Versicherten und seines Ehepartners auszugehen und auf dieser Grundlage danach zu fragen, ob die medizinische Behandlung notwendig sei. Bei der Beurteilung der ausreichenden Erfolgsaussicht, die der Tattrichter grundsätzlich vorzunehmen habe, sei auszugehen von der durch das Deutsche IVF-Register (vgl. Jahresbericht 2003, S. 12, veröffentlicht im Internet unter www.deutsches-ivf-register.de/Jahresbericht.htm) seit 1982 umfassend dokumentierten Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlung in Abhängigkeit vom Lebensalter der Frau. In einem zweiten Schritt sei zu prüfen, inwieweit individuelle Faktoren ihre Einordnung in die ihrem Lebensalter entsprechende Altersgruppe rechtfertigten, ob also ihre persönlichen Erfolgsaussichten höher oder niedriger einzuschätzen seien, als die im IVF-Register für ihre Altersgruppe ermittelten Durchschnittswerte es auswiesen. Bedeutsam für diese Beurteilung könne u. a. sein, ob eine IVF/ICSI-Behandlung bei denselben beteiligten Personen bereits früher einmal erfolgreich gewesen sei, ob dafür viele oder nur wenige Behandlungszyklen benötigt worden seien, ferner die Zahl und Qualität der beim zuletzt vorgenommenen Behandlungsversuch gefundenen Spermien, Eizellen und übertragenen Embryonen. Eine Vielzahl vergeblicher Behandlungsversuche in der Vergangenheit könne die individuelle Erfolgsaussicht verringern. Für die Prognose von Bedeutung sei weiter die Stimulationssituation beim letzten Behandlungszyklus (Stimulationsprotokoll und Gonadotropinart) und schließlich auch die Frage, inwieweit der allgemeine Gesundheitszustand der beteiligten Frau vom Durchschnitt ihrer Altersgruppe abweiche. Von einer nicht mehr ausreichenden Erfolgsaussicht – und damit von einer nicht mehr gegebenen bedingungsgemäßen medizinischen Notwendigkeit der IVF/ICSI-Behandlung – sei dann auszugehen, wenn die Wahrscheinlichkeit, dass ein Embryotransfer (Punktion) zur gewünschten Schwangerschaft führe, signifikant absinke und eine Erfolgswahrscheinlichkeit von 15 Prozent nicht mehr erreicht werde. Das sei nach den von dem gerichtlich bestellten Sachverständigen referierten Daten aus dem Deutschen IVF-Register im Durchschnitt bei Frauen nach Vollendung des 40. Lebensjahres der Fall, könne aber aufgrund der vorgenannten individuellen Faktoren im Einzelfall früher oder später eintreten.

Nach Feststellung einer ausreichenden Erfolgswahrscheinlichkeit im konkreten Fall hat sich das Gericht dann mit dem gegen den Kostenerstattungsanspruch erhobenen Einwand aus Treu und Glauben befasst.

Dem Kläger könne nicht entgegengehalten werden, er verletze die Pflicht zur Rücksichtnahme auf die Interessen des Versicherers und der Versichertengemeinschaft. Allerdings habe der Senat in einer früheren Entscheidung (BGHZ 99, 228, 235) ausgeführt, der Versicherungsnehmer müsse bei Inanspruchnahme dieser besonders kostenträchtigen und nicht vital lebensnotwendigen Behandlung in angemessener Weise Rücksicht auf den Versicherer und die Versichertengemeinschaft nehmen, da das private Versicherungsverhältnis in besonderem Maße den Grundsätzen von Treu und Glauben unterstehe. Der Versicherer müsse deshalb ganz unverhältnismäßige Kosten für eine In-vitro-Fertilisation nicht erstatten. Abgesehen von der Voraussetzung, dass diese Behandlung das einzige Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sei und bei der beteiligten Frau eine deutliche Erfolgsaussicht bestehen müsse, seien einer Kostenerstattung für wiederholte Fertilisationsversuche Grenzen gesetzt. Der Versuch könne nicht auf Kosten der Versichertengemeinschaft beliebig oft wiederholt werden. Daran sei im Grundsatz festzuhalten. Allerdings sei das Risiko des Versicherers nach der Systematik der MB/KK 94 vorwiegend dadurch begrenzt, dass der Versicherungsfall als medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen beschrieben werde. Dabei diene vor allem das Merkmal der Notwendigkeit der Heilbehandlung dazu, den Versicherer davor zu schützen, dass er die Kosten für überflüssige und nicht aussichtsreiche Behandlungen tragen müsse. Die Notwendigkeit einer IVF/ICSI-Behandlung bestehe nach obigen Ausführungen nur dann, wenn unter Berücksichtigung der individuellen Umstände der an der Behandlung beteiligten Partner eine ausreichende Erfolgsaussicht gegeben sei. Dabei trage der geforderte Grad der Erfolgsaussicht bereits dem Umstand Rechnung, dass eine vital lebensnotwendige Behandlung nicht in Rede stehe. Schon hierdurch sei die Erstattung der Kosten für beliebig oft wiederholte erfolglose Behandlungen regelmäßig ausgeschlossen. Denn eine ungewöhnliche Häufung erfolgloser Behandlungszyklen müsse sich zwangsläufig negativ auf die individuelle Erfolgsprognose für weitere Behandlungen auswirken. Sei nach erfolgreicher früherer Behandlung die Wiederholung von IVF/ICSI-Behandlungszyklen durch den Wunsch von Eheleuten nach einem zweiten Kind veranlasst, so könne dieser Kinderwunsch im Rahmen der von § 242 BGB geforderten Abwägung der gesamten Umstände des Einzelfalles nicht zu Lasten der versicherten Person ins Gewicht fallen, denn er sei einer Kontrolle und auch einer negativen Bewertung durch die Gerichte entzogen. Die mit fortschreitendem Lebensalter der beteiligten Frau sinkenden Erfolgsaussichten der Behandlung böten auch insoweit regelmäßig ausreichenden Schutz davor, dass der Versicherer die Kosten für beliebig oft wiederholte Behandlungen zu tragen habe. Der Bereich, in dem eine Leistungsfreiheit des Versicherers nach Treu und Glauben in Betracht zu ziehen sei, bleibe auf besondere Einzelfälle beschränkt.

Zu berücksichtigen-
des Alter bei Aufsto-
ckung des Versiche-
rungsschutzes

Das Oberlandesgericht Hamburg (Hanseatisches Oberlandesgericht) hat mit Urteil vom 19.7.2005 – Az.: 9 U 28/05 – festgestellt, dass bei der

Aufstockung des Versicherungsschutzes eines Beihilfeberechtigten hinsichtlich des Aufstockungsteils das gegenwärtige Eintrittsalter bei der Beitragsberechnung maßgeblich ist und nicht das Alter beim Abschluss des bestehenden (aufzustockenden) Versicherungsschutzes.

Dem Verfahren lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Sachverhalt

Der Kläger war ursprünglich als Angestellter im öffentlichen Dienst tätig und als solcher beihilfeberechtigt. Er hatte bei dem beklagten Versicherer 1972 einen 50 Prozent abdeckenden privaten Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen. Nach seiner Verrentung verlor er seine Beihilfeberechtigung und begehrte Aufstockung des Versicherungsschutzes auf 100 Prozent und zwar unter Zugrundelegung des Eintrittsalters 1.4.1972. Der bislang bestehende Tarif wurde beim Versicherer nicht als 100 Prozent-Tarif geführt, weil er nur die Beihilfe „ergänzte“. Für einen entsprechenden anderen Tarif wäre bei Eintrittsalter 1.4.1972 eine Prämie von 1.226,48 Euro zu zahlen gewesen, für die gewünschte Tarifkombination nach aktuellem Eintrittsalter, allerdings unter Berücksichtigung der bislang angesammelten Alterungsrückstellungen, 1.558,36 Euro monatlich. Da der Kläger einen Vertrag nach Eintrittsalter 1.4.1972 nicht abschließen wollte, ihm der gewünschte Vertrag mit aktuellem Eintrittsalter aber zu teuer war, schloss er unter Vorbehalt zunächst einen anderen Tarif mit ungünstigeren Leistungen und Selbstbeteiligungen ab.

Das Gericht begründet seine Feststellung, dass der Kläger keinen Anspruch auf Fortführung seiner Krankenversicherung mit dem vor seiner Verrentung bestehenden Leistungsumfang auf der Basis einer Vollversicherung insgesamt mit dem Eintrittsalter 1.4.1972 habe, wie folgt:

Entscheidungsgründe

Ein solcher Anspruch ergebe sich nicht aus § 178 e VVG. Hiernach habe ein Beihilfeberechtigter nach Änderung oder Entfallen des Beihilfeanspruchs einen Anspruch auf Anpassung im Rahmen bestehender Kostentarife „ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten“. Das Lebensalter sei allerdings nicht als Teil der „Risikoprüfung“ im Sinne dieser Vorschrift zu verstehen. Sinn und Zweck der Vorschrift sei es, mit dem Gedanken der Kontinuität dem Versicherungsnehmer erworbene Rechte und Anwartschaften zu sichern. Dieses ergebe sich insbesondere aus dem Zusammenhang mit der nachfolgenden Vorschrift des § 178f Abs. 1 VVG. Erworben habe der Kläger hier aber nur Alterungsrückstellungen bezüglich des vor Entfallen der Beihilfeberechtigung bestehenden 50-prozentigen Versicherungsschutzes; nur hierfür habe er Beiträge „einbezahlt“. Der Versicherungsnehmer zahle nämlich ab dem Abschluss seiner Versicherung eine – abgesehen von kostenbezogenen Erhöhungen – auch bei höherem Alter gleichbleibende Prämie, obgleich mit dem Älterwerden des Versicherungsnehmers ein erhöhtes Krankheitsrisiko, d. h. eine Gefahrerhöhung i.S.v. §§ 23 ff. VVG bestehe. Dies beruhe auf dem zwingend in § 12 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 5 VAG i.V.m. § 348 f HGB vorgeschriebenen Gebot zur Bildung von Alterungsrückstellungen, die die Aufgabe hätten, den Umstand auszugleichen, dass eine Prämienhöhung allein wegen des Älterwerdens des Versicherungs-

nehmers nicht statthaft sei. Die Vorschriften der §§ 23 ff. VVG fänden gemäß § 178 a Abs. 2 Satz 2 VVG keine Anwendung. Die vom Kläger erworbenen Alterungsrückstellungen seien ihm bei einem neuen Tarif gutzubringen. Würde man bei dem Versicherungsnehmer nach Änderung der Beihilfesätze auch für den Aufstockungsanteil das ursprüngliche Eingangsalter zugrunde legen, würde er gegenüber anderen Versicherungsnehmern einen Vorteil erlangen. Er würde nämlich für den zusätzlich zu versichernden Versicherungsanteil nur eine niedrige Prämie zu zahlen haben, ohne durch entsprechende Beitragszahlungen in der Vergangenheit Alterungsrückstellungen gebildet zu haben. Eine solche Bevorzugung widerspreche aber dem in §§ 11 Abs. 2, 12 Abs. 4 VAG niedergelegten Gleichbehandlungsgebot. Andere Versicherungsnehmer müssten bei höherem Eintrittsalter wegen nicht gebildeter Alterungsrückstellungen höhere Prämien zahlen. Die Gemeinschaft der Versicherten müsste außerdem den fehlenden Teil der vom bevorzugten Versicherungsnehmer nicht aufgebrauchten Alterungsrückstellungen aus gemeinsamen Mitteln aufbringen. Dieser Nachteil werde auch nicht dadurch ausgeglichen, dass zugunsten der Versichertengemeinschaft „ungenutzte“ Alterungsrückstellungen aus anderen Verträgen – z. B. bei Kündigung von Verträgen – an die Versichertengemeinschaft zurückfließen. Diese „Rückflüsse“ von nicht genutzten Alterungsrückstellungen würden nämlich bereits bei der versicherungsmathematischen Kalkulation der Prämie berücksichtigt. Im Ergebnis könne § 178 e VVG nach Sinn und Zweck deshalb nur dahingehend zu verstehen sein, dass dem Versicherungsnehmer bei Wechsel der Beihilfesätze eine Anpassung einerseits ohne Nachteile – nämlich keine Risikozuschläge wegen in der bisherigen Vertragslaufzeit aufgetretenen Krankheiten o. ä. und keine Wartezeiten – aber andererseits auch ohne Vorteile gegenüber anderen Versicherungsnehmern – keine Besserstellung durch niedrige Prämien ohne Alterungsrückstellung – zu bewilligen sei. Sinn des § 178 e VVG sei damit lediglich, für den Versicherer einen Kontrahierungszwang zu den alten Bedingungen hinsichtlich Risiken und Wartezeiten zu schaffen (ähnliche Regelung in § 178 d VVG betreffend Neugeborene und Adoptivkinder), nicht aber die Schaffung eines Versicherungsschutzes für den Versicherungsnehmer durch möglichst günstige – für ihn individuell problemlos finanzierbare – Prämien. Die vorstehende Auslegung des § 178 e VVG werde zudem gestützt durch die Regelungen der §§ 10 und 11 der aufgrund des § 12 c VAG erlassenen Kalkulationsverordnung. Hiernach habe die Prämienberechnung nicht nur bei Beginn des Versicherungsschutzes, sondern auch bei jeder (erforderlich werdenden) Prämienanpassung altersabhängig, also nach dem jeweiligen Lebensalter, zu erfolgen. Der Versicherer sei auch nicht verpflichtet, unter Berücksichtigung, dass sich der Beihilfeanspruch irgendwann ändern könne, andere Tarife vorzuhalten, in denen das Risiko von staatlicherseits beschlossenen Veränderungen im Beihilfesystem ebenso einzukalkulieren wäre wie das Risiko von durch die Lebenssituation des Versicherungsnehmers bedingten Veränderungen (z. B. „Kinderzuschlag“). So spreche § 178 e VVG nur von einem Änderungsanspruch „im Rahmen der bestehenden Krankenkostentarife“.

Der Kläger hat gegen das Urteil Revision eingelegt.

Das Oberlandesgericht (OLG) München hat mit Urteil vom 19.7.2005 – Az.: 25 U 5019/04 – das Urteil der Vorinstanz (Landgericht München I, Urteil vom 22.9.2004 – Az.: 26 O 8217/04 –) bestätigt und festgestellt, dass für den Versicherer keine allgemeine Verpflichtung besteht, den Versicherungsnehmer unaufgefordert über die Prämienentwicklungen oder sonstige Unterschiede der verschiedenen vorhandenen Tarife zu informieren.

Keine allgemeine Aufklärungspflicht über günstigere Tarifalternativen u. a.

Der klagende Versicherungsnehmer hatte von dem Versicherer Schadensersatz mit der Behauptung verlangt, dieser habe Informations- und Beratungspflichten verletzt, weil sich im Laufe der Jahre nach Vertragsabschluss das Tarifgefüge wesentlich zum Nachteil des von ihm gewählten Tarifs geändert und der Versicherer ihn nicht von sich aus über diesen Umstand aufgeklärt habe. Der Versicherer hatte bestritten, dass ein vom Kläger genannter Tarif günstiger als der von ihm versicherte sei. Außerdem habe der Kläger keinen Beratungsbedarf erkennen lassen. Das Landgericht hatte ohne Beweisaufnahme die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, eine allgemeine Verpflichtung des Versicherers, den Versicherungsnehmer unaufgefordert über Prämienentwicklung und Tarifunterschiede zu informieren und zu beraten, welcher Tarif für ihn am günstigsten sei, bestehe nicht. Auch unter Zugrundelegung der Darstellung des Klägers habe für den Versicherer kein konkreter Anlass bestanden, den Krankenversicherungstarif des Klägers zu überprüfen und ihm einen Prämienwechsel anzuraten. Insbesondere habe der Versicherer eine Unzufriedenheit des Klägers mit dem von ihm – bereits im Jahre 1983 – gewählten Tarif bis zu einer entsprechenden schriftlichen Einlassung des Klägers vom Januar 2004 nicht erkennen können.

Sachverhalt

Das OLG München nimmt auf die zutreffende Auffassung der Vorinstanz Bezug und führt ergänzend aus, dass es für eine Aufklärungspflicht über einen Wechsel in etwa günstigere Tarife im Sinne einer generellen Informationspflicht keine Rechtsgrundlage gebe. Als Nebenpflicht aus dem bestehenden Versicherungsverhältnis lasse sie sich nicht herleiten, nicht nur weil Streit entstehen könne, ob der neue Tarif wirklich günstiger sei oder vielleicht ein noch günstigerer bestehe. Auch nach Auffassung des Senats könne nur dann eine Aufklärungspflicht angenommen werden, wenn der Versicherer im konkreten Fall erkenne, dass ein Aufklärungsbedarf bestehe.

Entscheidungsgründe

2. Gestaltung des Versicherungsschutzes

Nach den Musterbedingungen des PKV-Verbandes haben Privatversicherte Anspruch auf „ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen)“. Am 15.12.2003 hat der Bundesausschuss

Mammographie-Screening

der Ärzte und Krankenkassen die Krebsfrüherkennungsrichtlinien um die Früherkennung des Brustkrebses (Mammographie-Screening) ergänzt, die damit im Sinne der Versicherungsbedingungen „gesetzlich eingeführt“ sind. Privatversicherte Frauen haben somit im Alter von 50 bis 69 Jahren Anspruch auf diese Vorsorgeleistung.

Der Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister zufolge ist in Deutschland Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen und bei ihnen für 26 Prozent aller Krebsneuerkrankungen und 18 Prozent aller Krebstodesfälle verantwortlich. Die Brustkrebsinzidenz zeigt in Deutschland wie in allen anderen Ländern der EU in den letzten 20 Jahren einen steigenden Trend. Jährlich erkranken nahezu 46.000 Frauen hieran, davon etwa 17.000 im Alter unter 60 Jahren. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63,5 Jahren. Es wird geschätzt, dass jährlich etwa 17.000 Frauen an Brustkrebs sterben. Die Krankenhaushäufigkeit ist hier bei privat krankenversicherten Frauen rund 70 Prozent höher als im deutschen Durchschnitt. Dies gilt insbesondere für die 45- bis 75-jährigen Frauen. Über die Gründe kann nur spekuliert werden. Es liegt auf der Hand, dass auch private Krankenversicherer Interesse daran haben, durch Früherkennung die Krankenhausbedürftigkeit zu senken. Das setzt eine möglichst vollständige Teilnahme der Frauen am Screening voraus.

Gemäß der Krebsfrüherkennungsrichtlinie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die Kooperationsgemeinschaft „Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ als gemeinsame Einrichtung errichtet. Zu dieser gehören voraussichtlich sechs Referenzzentren, denen die rund 90 Screening-Einheiten zugeordnet werden. Der Aufbau der Referenzzentren – diesen obliegt insbesondere die Qualitätssicherung – und die Identifikation der Screening-Einheiten ist Sache der einzelnen Bundesländer. Grundlage für die Einladung der Frauen zum Mammographie-Screening sind die Register der Einwohnermeldeämter. Durch Landesgesetz müssen die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Die Einladung der Frauen erfolgt durch so genannte zentrale Stellen. Das Verfahren kann hierbei nicht nach der Art der Krankenversicherung differenzieren. Wichtig ist, dass sich auch die privatversicherten Frauen an die in der Einladung benannte Screening-Einheit wenden. Nur dann können sie von der besonderen Qualität, die die Kooperationsgemeinschaft gewährleistet, profitieren.

Grundsätzlich bedeutet das Mammographie-Screening den Einsatz von Röntgenstrahlen ohne medizinische Indikation, da sich bei der überwiegenden Zahl der Frauen kein Krebsbefund ergeben wird. Die Exposition der gesunden Frauen gegen Röntgenstrahlen lässt sich nur rechtfertigen, wenn bei einer hinreichenden Zahl betroffener Frauen der Brustkrebs so früh erkannt wird, dass die frühe Therapie ihre Sterblichkeit signifikant senkt. Erwartet wird eine Senkung um 25 bis 30 Prozent. Das setzt voraus, dass mindestens 70 Prozent der eingeladenen Frauen teilnehmen.

Ihre Ärzte sind nachdrücklich aufgefordert, die Frauen darin zu bestärken, der Einladung zum Screening zu folgen. Und die Ärzte sollten auf Mammographien ohne medizinischen Anlass parallel zum regulären Screening verzichten. Andernfalls würde es sich um eine medizinisch nicht zu rechtfertigende Strahlenbelastung der Frauen handeln.

Die Kosten der einladenden „zentralen Stellen“ werden gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses qua Umlageverfahren zwischen den Kostenträgern finanziert. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverbände der Krankenkassen und PKV-Verband schließen einen Vertrag ab, wonach sich die PKV an diesem Umlageverfahren entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Versicherten beteiligt. Es wird angestrebt, dass sich auch die übrigen Kostenträger (u. a. die Beihilfe) diesem Verfahren anschließen.

Die mit Kooperationsgemeinschaft und Referenzzentren verbundenen Kosten werden für gesetzlich versicherte Frauen aus einer Organisationspauschale je untersuchte Frau finanziert. Diese Abhängigkeit von der Teilnahmequote birgt Finanzierungsrisiken, da nur ein Teil der Kosten der Referenzzentren teilnahmeabhängig ist. Ein teilnahmeabhängiger Finanzierungsbeitrag der PKV wäre aus gebührenrechtlichen und organisatorischen Gründen allenfalls mit Schwierigkeiten realisierbar. Deshalb sieht der erwähnte Vertrag auch hier einen Finanzierungsbeitrag des PKV-Verbandes im Wege eines Umlageverfahrens entsprechend dem Anteil privat Krankenversicherter vor.

Für die eigentliche Untersuchung erstellt der durchführende Arzt den privatversicherten Frauen eine Rechnung gemäß GOÄ. Der für gesetzlich Versicherte relevante EBM2000plus sieht für das eigentliche Screening sowie für dadurch ausgelöste Folgebehandlungen eine Reihe von Positionen vor, wie etwa Komplexleistungen mit erheblichem Anteil fakultativer Leistungskomponenten, und dies in unterschiedlicher Ausgestaltung, u. a. abhängig von Besonderheiten der Screening-Einheit. Diese Ausgestaltung entspricht nicht der Systematik der GOÄ. Hier ist für die Untersuchung je Brust GOÄ-Nr. 5266 einschlägig. Das Qualitätssicherungskonzept der Kooperationsgemeinschaft sieht, auf Basis internationaler wissenschaftlicher Evidenz, eine Doppelbefundung der Röntgenbilder vor. Hierfür und auch für die Teilnahme an der multidisziplinären Fallkonferenz kann jeweils GOÄ-Nr. 60 analog angesetzt werden. Für bei verdächtigem Mammographiebefund gemäß Krebsfrüherkennungsrichtlinie indizierte Folgeuntersuchungen fehlen im Leistungskatalog der GOÄ zum Teil originär einschlägige Positionen. Hier ist das Verfahren des Analogabgriffs gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ anzuwenden. Zum Beispiel wäre für die stereotaktische Stanzbiopsie unter sonographischer bzw. Röntgen-Kontrolle GOÄ-Nr. 314 mit GOÄ-Nr. 418 analog (ggf. zusätzlich GOÄ-Nr. 420 analog) bzw. mit GOÄ-Nr. 5266 analog (ggf. zusätzlich GOÄ-Nr. 5267 analog) zu kombinieren.

Im Tarif PSKV (Private Studentische Krankenversicherung), den einige Mitgliedsunternehmen mit einheitlichen Allgemeinen Versicherungsbe-

dingungen sowie einheitlichen Beiträgen und Leistungen seit Einführung der Krankenversicherungspflicht der Studenten 1975 führen, mussten die Beiträge im Jahr 2006 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 seit 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. Im Folgenden werden die wichtigsten dargestellt:

Beihilfe der Freien Hansestadt Bremen

Im Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen vom 4.4.2005 sind Änderungen in der Bremer Beihilfeverordnung verkündet worden. Die wesentlichen Änderungen sind:

- Die Beihilfe in Todesfällen wird gestrichen.
- Die Beihilfe für Sehhilfen für Erwachsene wird gestrichen.
- Der Abzugsbetrag von Arzneimitteln wird auf 6 Euro erhöht.
- Arzneimittel, deren Einsatz im Wesentlichen durch die private Lebensführung bedingt ist, werden ausgeschlossen.
- Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Material- und Laborkosten wird nicht abgesenkt und bleibt bei 60 Prozent.
- Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung wird an § 27 a Abs. 1 bis 3 SGB V gekoppelt.
- Es werden pauschalierte Eigenbehalte eingeführt. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei einem Bemessungssatz ab 50 Prozent um 150 Euro, ab 60 Prozent um 120 Euro und ab 70 Prozent um 100 Euro pro Kalenderjahr, wobei der Eigenbehalt auf Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit nicht anzuwenden ist.
- Die Regelungen sind im Wesentlichen am 1.6.2005 in Kraft getreten.

Beihilfe des Landes Rheinland-Pfalz

Die 15. Landesverordnung zur Änderung der Beihilfevorschriften des Landes Rheinland-Pfalz vom 9.5.2005 wurde im Gesetz- und Verordnungsblatt auf S. 195 veröffentlicht. In ihr sind im Wesentlichen folgende Regelungen enthalten:

- Rundung der Einkunftsgrenzen für Ehegatten von 20.451,68 Euro auf 20.450 Euro.

- Schutzimpfungen sind nur noch für Auslandsreisen außerhalb der Europäischen Union (EU) nicht beihilfefähig.
- Zahnärztliche Vorsorgemaßnahmen sind auch für Personen über 21 Jahre beihilfefähig.
- Bei der Beihilfe für Zahnersatz für Mitglieder der GKV wird immer der auf 65 Prozent erhöhte Festzuschuss angerechnet.
- Der Betrag für Unterkunft, wenn ein anderer Ort für ambulante Behandlung aufgesucht werden muss, wird von 25,56 Euro auf 26 Euro gerundet.
- Der Betrag für Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung von Kranken und Behinderten dient, wird von 5,11 Euro auf 5 Euro gerundet.
- Mittel zur Steigerung der sexuellen Potenz, Appetitzügler und Mittel zur Verbesserung des Haarwuchses sowie Güter des täglichen Bedarfs werden von der Beihilfe ausgeschlossen.
- Komplextherapien sind unter weiter genannten Voraussetzungen beihilfefähig.
- Der Betrag für Familien- und Haushaltshilfen wird gerundet von 5,62 Euro auf 6 Euro stündlich und von 33,75 Euro auf 36 Euro täglich.
- Es wird ein Kostenvergleich der Entgelte von Privatkliniken mit öffentlichen Krankenhäusern für die Höhe der Beihilfefähigkeit vorgenommen.
- § 7 für Aufwendungen bei Behandlung im Ausland wird neu gefasst.
- Zahntechnische Leistungen (Laborkosten) sind bis zu 60 Prozent beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Implantaten wird teilweise erweitert und eingeschränkt.

Die Regelungen zu den zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sind am 1.9.2005 in Kraft getreten, die übrigen Bestimmungen bereits am 1.6.2005.

Mit Rundschreiben vom 8.7.2005 hat das Bundesministerium des Innern die Durchführungshinweise zu den Beihilfavorschriften geändert. Die Hinweisänderung betrifft:

Beihilfe des Bundes

- Eine Klarstellung über den generellen Ausschluss von Arzneimitteln zur Behandlung erektiler Dysfunktion.
- Die generelle Begrenzung der Beihilfe auf die Höhe des Festbetrages, wenn für Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt wurde.

- Die Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen bei der Abrechnung einer Krankenhausbehandlung.
- Die künstliche Befruchtung.
- Mutterkindkuren.
- Die Selbstbehalte bei der Beihilfe für Arzneimittel.
- Die Belastungsgrenze für die Selbstbehalte.
- Im Ausland entstandene Aufwendungen (Hochgebirgsklinik Davos/Wolfgang).
- Die Hinweise zum Gebührenrecht (u. a. Abrechnungen von Füllungen nach der Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik).
- Das Heilkurortverzeichnis.

Beihilfe der Freien
Hansestadt Hamburg

Seit 1.8.2005 gibt es Änderungen in der Beihilfeverordnung von Hamburg (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt vom 15.7.2005, S. 280). Inhalt der Änderungen sind vor allem das Verfahren zur Einreichung von Belegen und die Einführung einer Kostendämpfungspauschale. Die Kostendämpfungspauschale ist gestaffelt nach Besoldungsgruppen, innerhalb der Besoldungsgruppen ist die Höhe der Kostendämpfungspauschale unterschiedlich für

- aktive Beamte, Richter etc.,
- Ruhestandsbeamte, Richter im Ruhestand etc. sowie
- Witwen und Witwer.

Außerdem gibt es noch Sonderregelungen, wie z. B. die Verminderung der Kostendämpfungspauschale für jedes berücksichtigungsfähige Kind.

Beihilfe des Landes
Nordrhein-Westfalen

In den Durchführungshinweisen zu den Beihilfavorschriften von Nordrhein-Westfalen, deren Änderung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen vom 10.8.2005, S. 844, verkündet wurde, werden die eingetragenen Lebenspartner den berücksichtigungsfähigen Angehörigen gleichgestellt. Außerdem gibt es Änderungen in den Hinweisen zum Gebührenrecht (Überschreitung des Schwellenwertes, Abrechnung von Kompositfüllungen, Mehraufwendungen bei Verblendungen). Weitere Neuregelungen sind u. a. die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die medizinisch notwendige Mitnahme einer Begleitperson in ein Krankenhaus, die Änderung der Pauschale für die Implantatversorgung sowie Änderungen in der Beihilfe für Aufwendungen für künstliche Befruchtung.

Im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen vom 21.12.2005 befindet sich der Runderlass des Finanzministeriums über Gewährung von Beihilfen auf S. 1384. Er enthält den Hinweis darauf, dass das Bundesverfassungsgericht die Vorlagebeschlüsse des Verwaltungsgerichts Gelsenkirchen für unzulässig erklärt hat, mit denen eine verfassungsrechtliche Überprüfung der Kostendämpfungspauschale im Beihilferecht NRW erreicht werden sollte.

Zum 1.1.2006 sind neue Heilfürsorgevorschriften für die Bundespolizei in Kraft getreten. Sie wurden im Gemeinsamen Ministerialblatt vom 7.12.2005, S. 128, veröffentlicht. Sie haben u. a. folgende Neuregelungen:

Freie Heilfürsorge für
Polizeivollzugsbeamten
innen und Polizeivollzugs-
beamte der Bundes-
polizei

- Bei der Krankenhausbehandlung haben Heilfürsorgeberechtigte der Besoldungsgruppe A8 und höher Anspruch auf gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers und gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen, wenn von den Krankenhäusern andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen angeboten werden. Für die Unterkunft wird ein Betrag von 14,50 Euro täglich abgezogen.
- Arznei- und Verbandmittel dürfen nur nach den Bestimmungen des SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses verordnet werden.
- Für Hilfsmittel gibt es eine eigenständige Regelung.
- Der Umfang und die Höhe der Zuzahlungen, die die Heilfürsorgeberechtigten zu leisten haben, ergeben sich aus dem SGB V.
- Die Labor- und Materialkosten bei zahnärztlicher Behandlung werden nur nach der jeweils gültigen Regelung der Beihilfevorschriften übernommen. Für Heilfürsorgeberechtigte gilt die Regelung acht Monate nach In-Kraft-Treten der Heilfürsorgevorschriften (also zum 1.9.2006).

Das Gesetz zur Änderung des Landesbeamtengesetzes vom 14.12.2005 (Gesetz- und Ordnungsblatt für Schleswig-Holstein vom 22.12.2005, S. 541) regelt in § 212, dass die freie Heilfürsorge für Polizeivollzugsbeamte mit einem monatlichen Betrag in Höhe von 1,4 Prozent des jeweiligen Grundgehaltes oder Anwärtergrundgehaltes auf die Besoldung angerechnet wird. Wenn die Polizeivollzugsbeamten die Gewährung von Heilfürsorge bis zum 30.6.2006 schriftlich ablehnen, erhalten sie Beihilfe.

Freie Heilfürsorge im
Land Schleswig-Hol-
stein

Angestellte, die am 30.6.1994 bereits in einem Arbeitsverhältnis standen, haben nach dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) bis zur Dauer von 26 Wochen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall erhalten. Seit 1.10.2005 erhalten sie nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TvöD) ab der sechsten Woche

TvöD

der Arbeitsunfähigkeit (d. h. nach Ablauf der gesetzlichen Entgeltfortzahlung) einen Krankengeldzuschuss in Höhe der Differenz zwischen Nettourlaubsentgelt und Nettokrankengeld, längstens bis zum Ende der 39. Woche der Arbeitsunfähigkeit. Während dieses Zeitraums entsteht daher eine Versorgungslücke bzw. Versicherungsbedarf in Höhe des Nettokrankengeldes. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung haben eine Anpassung der Karenzzeit in Anlehnung an die Vorschrift des § 178e VVG durchgeführt. Die neue Regelung nach dem TvöD gilt für Angestellte des Bundes und der Kommunen. Gleichzeitig haben aber auch viele andere Institutionen (z. B. die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung Bund) die Regelung übernommen.

III. Leistungsfragen

1. Ärzte, Zahnärzte und private Krankenversicherung

Trotz Einigkeit hinsichtlich der „Diagnose“, dass die GOÄ dringend aktualisiert werden muss, konnte zwischen Ärzteschaft und PKV im Berichtszeitraum kein Einvernehmen hinsichtlich der notwendigen „Therapie“ erzielt werden. Eine Annäherung der Standpunkte (vgl. Rechenschaftsbericht 2004, S. 45 ff.) war nicht zu erreichen. Stattdessen sah sich die PKV mit polemischen Vorwürfen der Bundesärztekammer konfrontiert. Hintergrund waren folgende Fakten: eine jährliche Subventionierung der GKV im Bereich der ärztlichen Behandlung in einer Größenordnung von 3,6 Mrd. Euro (Unterschied zwischen den tatsächlichen GOÄ-Honoraren und der Vergütung im GKV-System) sowie ein ständiger (überproportionaler) Ausgabenanstieg je Versicherten (also bereinigt um den Bestandszuwachs) in der PKV im Bereich ambulanter ärztlicher Leistungen zwischen 1993 und 2003 von im Schnitt jährlich rund 6,5 Prozent. Kritischen Äußerungen der PKV zu dieser Ausgabenentwicklung und der Forderung, den besorgniserregenden Trend zu stoppen bzw. umzukehren, begegnete die Bundesärztekammer (BÄK) mit dem Vorwurf, die PKV befinde sich in einer Identitätskrise, wohl möglich wäre sie lieber doch eine verkappte GKV. Die Vorhaltungen der BÄK als Reaktion auf die berechnete Forderung der PKV nach Reduzierung des Vergütungsvolumens erfolgen wider besseres Wissen. Niemand in der PKV hat je gefordert, GOÄ-Honorare und EBM-Vergütungen anzugleichen. Zwischen 3,6 Mrd. und Null ergibt sich genügend Spielraum für eine den gemeinsamen Interessen von PKV und Ärzten gerecht werdende Lösung des dringenden Ausgabenproblems. Statt einer Kritik, die die tatsächlichen Probleme ignoriert, erwartet die private Krankenversicherung von der Bundesärztekammer Kooperationsbereitschaft und Verständnis für ihre berechtigten Anliegen. Ein partnerschaftliches Verhältnis, das die PKV aufrecht erhalten und verstärken will, ist nicht nur in ihrem, sondern vor allem auch im ureigensten Interesse der Ärzteschaft.

Weiterentwicklung
der Gebühren-
ordnung für Ärzte
(GOÄ)

Es wird niemanden wundern, dass die PKV entschlossen ist, notfalls auch ohne den Konsens mit der Ärzteschaft einen Vorschlag für die überfällige Neugestaltung der Gebührenordnung für Ärzte zu erarbeiten und der Öffentlichkeit, insbesondere aber der Politik zu präsentieren. Dieser erschöpft sich natürlich nicht nur in dem konzeptionellen Ansatz einer Orientierung am DRG-System (vgl. hierzu Rechenschaftsbericht 2004, a.a.O.). Wichtige Weichenstellungen haben – notwendigerweise – im allgemeinen Teil der GOÄ zu erfolgen. Hier geht es insbesondere um die Einführung einer Öffnungsklausel, um auf der Grundlage von Verträgen zwischen Ärzten und PKV gegebenenfalls auch von der GOÄ abweichen zu können, konkretere Vorgaben zur persönlichen Leistungserbringung, Regelungen zur Möglichkeit der Analogberechnung und vieles mehr. Dort wo das DRG-System keinen unmittelbaren Anknüp-

fungspunkt bietet (was für ambulante Operationen durchaus der Fall ist; hier muss dann lediglich noch eine Sachkostenkomponente ergänzt werden), sind Leistungen soweit wie möglich in sachgerechten Leistungskomplexen zusammenzufassen. Dass sich dabei eine „Restmenge“ von Einzelleistungsvergütungspositionen ergeben wird, ist unproblematisch und insoweit durchaus erwünscht, als hier insbesondere der Bereich des persönlichen Kontaktes zwischen Arzt und Patient (Stichwort: persönliche Zuwendung) betroffen sein wird, der hierdurch eine (gewollte) besondere Betonung erfährt.

**Beschlüsse des
Konsultationsaus-
schusses bei der
Bundesärztkam-
mer**

Der „Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztkammer“, in dem neben der BÄK das Bundesgesundheitsministerium, 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 mit verschiedenen Themenbereichen beschäftigt und hierzu folgende Beschlüsse gefasst:

Kapselendoskopie

„A 707 – Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes, analog Nr. 684 GOÄ plus Nr. 687 GOÄ

Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Facharzt/Fachärztin für innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/Fachärztin für innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie). Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.“

**Fachliche
Qualifikation**

Ergänzend hat der Ausschuss hinsichtlich der fachlichen Qualifikation zur Erbringung der Kapselendoskopie Folgendes beschlossen:

„Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Facharzt/Fachärztin für innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/Fachärztin für innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie). Ein Arzt oder eine Ärztin, der/die im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit Kapselendoskopien durchgeführt hat, darf diese Leistungen auch weiterhin erbringen und abrechnen, sofern die für das Erbringen der Kapselendoskopie notwendige fachliche Qualifikation nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung, insbesondere eingehende Kenntnisse und Erfahrungen mit endoskopischen Verfahren des Gastrointestinaltraktes, nachgewiesen wird.“

**Strahlentherapie
Multileaf-
Kollimatoren**

„A 5830 Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung, analog Nr. 5378 GOÄ

Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken auch durch Programmierung eines (Mikro-)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann. Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Abs. 2 und 3 zu berücksichtigen. Eine Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ für die Herstellung individueller Ausblendungen mittels Bleiblöcken neben der Berechnung der Individualausblendung mittels MLC nach Nr. 5378 GOÄ analog ist ausgeschlossen.“

„A 5860 Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mittels eines Prozessrechners, analog 6 x 5855 GOÄ

Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen. Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgiesie, Chordom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.“

„A 5861 Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 3,5 x 5855 GOÄ

Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen. Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.“

„Bei Bestrahlung von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z.B. Mantelfeld oder umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann.“

Allgemeine Bestimmungen Satz 3 zu Abschnitt O IV. 3. Hochvoltbestrahlung bösartiger Erkrankungen

Auslegung der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt Ö IV. 3. Hochvoltbestrahlung Satz 3

„Wird eine Hochvoltbestrahlung von Systemerkrankungen (z. B. Non-Hodgkin, Hodgkin) oder metastasierten Tumoren (Tumor mit nachgewiesenen Absiedlungen in regionären Lymphknoten und/oder anderen Organen) nach den Nrn. 5836 und gegebenenfalls 5837 GOÄ durchgeführt, so kann die Bestrahlung eines Zielvolumens einmal je Fraktion berechnet werden. Mehrere Zielvolumina, z. B. Tumorbett der Mamma und Lymphknotenmetastasen der Regio supraclavicularis, gelten dann als ein Zielvolumen, wenn diese Zielvolumina indikationsgerecht, d. h. im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen Ö IV. Ziffer 2 und unter Berücksichtigung spezialgesetzlicher Regelungen (§ 81 der Strahlenschutzverordnung, § 25 der Röntgenverordnung), in einem Großfeld (Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden können.

Können diese beiden Zielvolumina aus strahlenschutzrechtlichen Gründen zur Vermeidung der Strahlenexposition anderer Organe nicht in einem Großfeld bestrahlt werden, so treffen die Allgemeinen Bestimmungen Ö IV. 3. Satz 3 nicht zu. In der Folge kann für das oben genannte Beispiel sowohl für das Tumorbett der Mamma als auch für die Lymphknotenregion die Nr. 5836 GOÄ (und gegebenenfalls 5837 GOÄ) jeweils einmal je Fraktion angesetzt werden.

Für eine Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger nicht metastasierter Tumoren (ohne klinisch oder pathologisch nachgewiesene Absiedlungen in regionären Lymphknoten und/oder anderen Organen) im Bestrahlungsfeld haben die Allgemeinen Bestimmungen zu Ö IV. Satz 2 Vorrang und die Allgemeinen Bestimmungen zu Ö IV. 3 treffen nicht zu. Wird eine Hochvoltstrahlenbehandlung bei einem nicht metastasierten Tumor nach der Nr. 5836 GOÄ (und gegebenenfalls 5837 GOÄ) durchgeführt, so kann diese Gebührenposition einmal je Fraktion und je Zielvolumen berechnet werden. Werden beispielsweise das Tumorbett der Mamma und adjuvant (begleitend), ohne Nachweis von Metastasen, das Lymphabflussgebiet der Axilla bestrahlt, so handelt es sich um zwei Zielvolumina, die jeweils zur Abrechnung der Nr. 5836 GOÄ (und gegebenenfalls 5837 GOÄ) führen.“

Definition Zielvolumen

„Das Zielvolumen ist definiert als das Körpervolumen, welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldanordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann.“

Carotischirurgie
Operative Rekonstruktion der Arteria carotis externa

„Für die operative Rekonstruktion der Arteria carotis externa kann die Nr. 2820 GOÄ nur dann angesetzt werden, wenn die Arteria carotis externa im Sinne eines Umgehungskreislaufes an der Blutversorgung des Gehirns teilnimmt und daher als funktionelle Hirnarterie (= hirnversorgend) anzusehen ist.“

Kein Abzug der Eröffnungsleistung

„Die Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt L (Chirurgie, Orthopädie) des Leistungsverzeichnisses der GOÄ schreibt den Abzug einer Eröffnungsleistung in den Fällen vor, in denen mehrere Eingriffe „in der

Brust- oder Bauchhöhle“ im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt werden. Bei gleichzeitigem gefäßchirurgischem Eingriff an beiden Carotiden (Arteria carotis communis und interna) nach den Nrn. 2820 und/oder 2821 GOÄ „rekonstruktive Operation an einer extrakraniellen Hirnarterie (mit Anlegen eines Shunt)“ unter Verwendung eines Zuganges ist der sich überschneidende Leistungsbestandteil der Eröffnungsleistung der beiden selbständigen Leistungen so geringfügig, dass eine Anwendung der für die Nebeneinandererbringung von Eingriffen in „Brust- oder Bauchhöhle“ geltenden Bestimmung des Abzugs nicht auf die Carotischirurgie übertragbar ist.“

Die Bundesärztekammer hat im „Deutsches Ärzteblatt“ (Heft 39 vom 30.9.2005, S. A 2659) Empfehlungen ihres Ausschusses „Gebührenordnung“ zur Berechnung von Leistungen im Rahmen der Prostata-Seed-Implantation veröffentlicht. Die Bekanntmachung der nicht mit den Kostenträgern (Beihilfe und PKV) sowie dem Bundesgesundheitsministerium konsentierten Empfehlungen erfolgte, nachdem im „Zentralen Konsultationsausschuss bei der Bundesärztekammer“ eine Einigung nicht erzielt werden konnte. Die Schuld hierfür gibt die BÄK der PKV. Die PKV habe nicht nur einen zwischenzeitlich im Konsultationsausschuss bereits vereinbarten Kompromiss „aufgekündigt“, sondern auch auf einem Abrechnungsvorschlag bestanden, der mit geltendem Recht nicht vereinbar sei (Veröffentlichung im selben Heft, S. A 2656, Rubrik: GOÄ-Ratgeber).

Brachytherapie der Prostata mittels Seed-Implantation (PSI)

„Bestrahlungsplanung vor und nach der Implantation von Prostata-Seeds, einmal je Bestrahlungsplan, analog Nr. 5840 GOÄ

Empfehlungen der BÄK: Bestrahlungsplanung

Unter dem Bestrahlungsplan nach der Prostata-Seed-Implantation ist der Nachplan zu verstehen, der mit Hilfe einer Computertomographie in der Regel vier Wochen nach dem Eingriff stattfindet. Die dazu notwendige Computertomographie ist neben der analogen Nr. 5840 GOÄ anzusetzen. Die insgesamt zweimalige Berechnung des Bestrahlungsplans nach Nr. 5840 GOÄ analog und gegebenenfalls des Zuschlages für den Prozessrechner nach Nr. 5841 GOÄ analog im Zusammenhang mit einer PSI ist zulässig und durch die Allgemeinen Bestimmungen zur Strahlentherapie O IV. GOÄ Ziffer 3 begründet, da diese Bestrahlungsplanung aufgrund der jeweils unterschiedlichen tatsächlichen Dosisverteilung (geänderte Energie) durchgeführt wird.“

„Interstitielle Low-Dose-Rate-Brachytherapie“ der Prostata mittels Seeds (PSI), je Fraktion, einschließlich fortlaufendem Abgleich der intraoperativen Seed-Implantation mit der präoperativen Bestrahlungsplanung, einschließlich der sich direkt anschließenden posttherapeutischen Bestimmung von Herddosen, analog Nr. 5846 GOÄ

Interstitielle Low-Dose-Rate-Brachytherapie

Die Implantation von Seeds in drei Hohlnadeln entspricht einer Fraktion und führt einmal zur Berechnung der Nr. 5846 analog. Werden Seeds in einer vom angegebenen Leistungsumfang abweichenden Anzahl (ein

oder zwei) implantiert, so löst diese Implantation keinen weiteren analogen Ansatz der Nr. 5846 GOÄ aus, sondern der damit verbundene erhöhte Zeitaufwand ist angemessen über den Gebührenrahmen der letzten analogen Nr. 5846 GOÄ nach § 5 Abs. 2 und 3 GOÄ zu berücksichtigen. Die Berechnung der Nr. 5846 GOÄ analog für die PSI ist auf acht Fraktionen begrenzt. Bei Vorliegen eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms, eines PSA-(prostata-spezifisches Antigen)Wertes von ≤ 10 ng/ml, eines Gleason score von ≤ 7 und eines Prostatavolumens von ≤ 60 ml wird eine Seed-Implantation als eine geeignete Therapie angesehen. Die Kosten für die Prostata-Seeds (Material) können zusätzlich – entsprechend Nachweis – in Rechnung gestellt werden.“

Punktion der Prostata

„Punktion der Prostata mit Platzierung der Hohlnadel/n zur Seedablage (Nr. 319 GOÄ)

Die Nr. 319 kann im Rahmen der Prostata-Seed-Implantation (PSI) einmal je Hohlnadel angesetzt werden. Eine parallel durchgeführte Sonographie nach den Nrn. 410 und gegebenenfalls 420 GOÄ ist unter Beachtung der Allgemeinen Bestimmungen zu C VI. neben der Nr. 319 GOÄ für die PSI ansatzfähig. Sowohl die durchgeführte Zystographie nach Nr. 5230 GOÄ als auch die Zystourethroskopie nach Nr. 1787 GOÄ sind neben der Nr. 319 GOÄ für die PSI ansatzfähig. Die Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Blase nach Nr. 488 GOÄ und das Einlegen eines Harnblasenverweilkatheters oder Spülen der Harnblase über einen (liegenden) Harnblasenkatheter nach den Nrn. 1732, 1729 und 1733 GOÄ sind neben der Nr. 319 GOÄ für die PSI nicht ansatzfähig.“

Stellungnahme
der PKV

Zu unterscheiden ist zwischen der HDR-(High Dose Rate)Brachytherapie und der LDR-(Low Dose Rate)Brachytherapie, um die es in der Abrechnungsempfehlung der BÄK geht. Bei der Behandlung des Themas im Konsultationsausschuss wurde das HDR-Verfahren dahingehend beschrieben, dass in der Regel zwischen vier bis sechs Nadeln mit relativ geringer Positionierungsgenauigkeit in der Prostata platziert würden (Lokalisation der Nadeln per Computertomographie oder transrektalem Ultraschall). Die Bestrahlung (mittels der eingebrachten radioaktiven Nuklide) erfolge dann in mehreren Fraktionen. Demgegenüber würden beim LDR-Verfahren mittels transrektalem Ultraschall über 15 bis 23 Nadeln so genannte „Seeds“ (radioaktive „Strahlungsquellen“ zum Verbleib im Gewebe) implantiert. Die genaue Positionierung der einzelnen Nadel werde im transversalen Ultraschall-Schnittbild ermittelt, die Ablage jeder Seedkette unter Ultraschall- oder Durchleuchtungskontrolle durchgeführt. Der Zeitaufwand soll bei dieser Methode um fünf bis sechs mal höher sein als beim HDR-Verfahren.

Die zur Abrechnung des LDR-Verfahrens veröffentlichten Empfehlungen der BÄK sind aus Sicht der PKV nicht GOÄ-konform. Das Gebührenverzeichnis der GOÄ enthält die Gebührenposition 5846, deren Leistungslegende lautet: „interstitielle Brachytherapie, je Fraktion“. Auch wenn zugestanden werden kann, dass zu dem Zeitpunkt, in dem diese

Gebührenposition eingefügt wurde (letzte GOÄ-Novelle 1996), als interstitielle Brachytherapie nur das HDR-Verfahren bekannt war, ist die Leistungslegende der GOÄ-Nr. 5846 doch so allgemein formuliert, dass sie auch die PSI (also eine Brachytherapie nach dem LDR-Verfahren) einschließt. Dies hat die Bundesärztekammer in einem Schreiben an ein Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes vom 11.4.2002 selbst bestätigt. Dort heißt es, dass die interstitielle Brachytherapie des Prostatakarzinoms in Form von permanenten Implantaten eine Variante der interstitiellen Brachytherapie gemäß GOÄ-Nr. 5846 darstellt. Wegen der Verfahrensunterschiede sollte eine Berechnung der Nr. 5846 GOÄ „formal korrekt analog“ erfolgen. Hier wird also bestätigt, dass es sich beim LDR-Verfahren um eine Ausführungsvariante der unter GOÄ-Nr. 5846 erfassten Leistung handelt, wobei fälschlicherweise davon ausgegangen wurde, dass es deshalb einer Analogberechnung bedürfe. Letzteres ist deswegen falsch, weil sich auch das LDR-Verfahren aufgrund der allgemeinen Formulierung der Leistungslegende der GOÄ-Nr. 5846 zuordnen lässt.

Es fehlt für eine Analogberechnung der LDR-Brachytherapie an einer ausfüllungsbedürftigen Lücke. Denn gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ sind nur nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene selbständige ärztliche Leistungen (worin es sich bei Ausführungsvarianten gemäß § 4 Abs. 2 a GOÄ gerade nicht handelt) analog berechnungsfähig.

Auch die LDR-Brachytherapie ist daher nach geltendem Gebührenrecht mit GOÄ-Nr. 5846 (originär) abzurechnen. Diese Gebührenposition ist „je Fraktion“ berechnungsfähig. Fraktion ist eine Bestrahlungsbehandlung, d. h. eine Fraktion ist eine „einzeitige Bestrahlungsbehandlung“; von mehreren „Fraktionen“ kann nur gesprochen werden, wenn es sich um eine „mehrzeitige“ (also zu verschiedenen „Zeiten“ stattfindende) Bestrahlungsbehandlung handelt. Daher ist die Vorgabe, die Implantation von Seeds in drei Hohlnadeln entspreche einer Fraktion, nur als Versuch der BÄK zu sehen, bei der Therapie zu einer aus ihrer Sicht angemessenen Vergütungshöhe zu kommen. Tatsächlich ist die LDR-Brachytherapie aber eine einzeitige Behandlung, sie erfolgt im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen zur Strahlentherapie (Abschnitt O IV. des Gebührenverzeichnisses) in einer Fraktion. GOÄ-Nr. 5846 ist demnach nur einmal ansetzbar.

Die nach Auffassung der BÄK je Hohlnadel einmal berechnungsfähigen Punktionen gemäß GOÄ-Nr. 319 stellen sich demgegenüber im Verhältnis zu der in GOÄ-Nr. 5846 abgebildeten Hauptleistung „interstitielle Brachytherapie“ als unselbständige Teilleistungen dar, die gemäß § 4 Abs. 2 a GOÄ nicht gesondert berechnet werden dürfen. Es liegt auf der Hand, dass eine Brachytherapie ohne Einbringung der radioaktiven Nuklide in das entsprechende Gewebe per Punktion nicht durchführbar ist. Dagegen kann auch nicht eingewandt werden, dass (offenbar in der Regel) bei der interstitiellen Brachytherapie der Prostata nicht nur der Strahlentherapeut, sondern auch ein Urologe (der für die Einbringung

der Seeds zuständig ist) tätig wird. Die Argumentation in der Spalte „GOÄ-Ratgeber“ ist unzutreffend. Dort wird ausgeführt, dass nach § 4 Abs. 2 GOÄ der Arzt nur Leistungen berechnen dürfe, die er selber erbringe oder die unter seiner Aufsicht nach seiner fachlichen Weisung von einem Dritten erbracht würden. Nach dem derzeitigen Weiterbildungsrecht könne bei der PSI weder der Strahlentherapeut den Urologen beaufsichtigen noch umgekehrt der Urologe den Strahlentherapeuten. Die Leistungen seien für den anderen jeweils fachfremd.

Dem kann zunächst bereits die geltende GOÄ entgegen gehalten werden. Diese enthält unter Nr. 435 GOÄ eine Gebührenposition für die stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Krankenhauspatienten. Es handelt sich um eine Komplexleistung, neben der eine Vielzahl von – ausdrücklich genannten – Gebührenpositionen nicht berechnungsfähig sind. Entsprechende Teilleistungen sind ausweislich der Nr. 435 GOÄ zugeordneten Abrechnungsbestimmungen auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Im Übrigen trifft es nicht zu, dass Leistungsbestandteile der Brachytherapie (Punktionen der Prostata) für den Strahlentherapeuten fachfremd sind. Nach geltendem Weiterbildungsrecht für das Gebiet „Strahlentherapie“ gehört zum Weiterbildungsinhalt auch der Erwerb von Erfahrungen, Kenntnissen und Fertigkeiten hinsichtlich bestimmter definierter Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, zu denen ausdrücklich auch die „Brachytherapie (einschließlich bei Tumoren der weiblichen Genitale)“ zählt. Hier ist offensichtlich nicht von einer Brachytherapie mit Ausnahme von Punktionsleistungen die Rede. Letztere Leistungen sind also für den Strahlentherapeuten nicht fachfremd, was auch den Erfahrungen in der Praxis entspricht, da es immer wieder einmal vorkommt, dass die gesamte Brachytherapie (auch in der Variante des LDR-Verfahrens) nur vom Strahlentherapeuten abgerechnet wird. Traut sich der Strahlentherapeut die Prostatapunktion nicht zu oder zieht er einen Urologen aus anderen Gründen zur Leistungserbringung bei, kann dies nicht zu einer Aufspaltung der Gesamtleistung mit der Folge der Abrechnungsfähigkeit von Teilleistungen führen.

Es bleibt also festzuhalten, dass auch die Brachytherapie in der Variante des LDR-Verfahrens nach geltendem Gebührenrecht gemäß GOÄ-Nr. 5846 (einmaliger Ansatz) zu berechnen ist. Hinzu kommen die Gebühren für die Bestrahlungsplanung und gegebenenfalls andere Leistungen.

Geht man davon aus, dass der Aufwandsunterschied zwischen HDR- und LDR-Verfahren tatsächlich so groß ist, wie von der BÄK im Konsultationsausschuss vorgetragen, stünde die Angemessenheit des sich daraus ergebenden Honorars allerdings in Frage. In jedem Fall wäre aber die Aufgliederung einer Haupt- oder Zielleistung in daneben abrechnungsfähige Teilleistungen oder eine unbegrenzte oder nur durch eine gegriffene Obergrenze eingeschränkte Mehrfachberechnung der Zielleistungsgebühr als Reaktion nicht zulässig. Der BGH hat für entsprechende Fälle in seinem Urteil vom 13.5.2004 – Az.: III ZR 344/03 – zur

Abrechnung eines neuen Verfahrens bei der Operation eines Schilddrüsenkarzinoms einen Lösungsweg vorgegeben (vgl. Rechenschaftsbericht 2004, S. 55 ff.). Sollten die vom BGH zugrunde gelegten Voraussetzungen auch auf die LDR-Brachytherapie im Vergleich zur HDR-Brachytherapie zutreffen (was konkret nachzuweisen wäre), würde sich die Berechtigung des Strahlentherapeuten ergeben, neben GOÄ-Nr. 5846 (originär) noch GOÄ-Nr. 5846 analog anzusetzen.

Nicht zutreffend ist im Übrigen auch die Aussage im „GOÄ-Ratgeber“ (a.a.O.), die Vertreter der PKV im Konsultationsausschuss hätten eine zwischenzeitlich konsenterte Abrechnungsempfehlung „aufgekündigt“. Die Zustimmung zu in der Diskussion erarbeiteten Problemlösungen ist von den Vertretern der PKV immer unter den Vorbehalt einer abschließenden Erörterung im zuständigen Gremium des PKV-Verbandes gestellt worden.

Mitte des Jahres 2003 hat das Bundesministerium für Gesundheit endlich die Initiative zur Überarbeitung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ergriffen. Zur fachlichen Vorbereitung der Novellierung wurde eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Beihilfe (Bund und Länder) und des PKV-Verbandes eingesetzt. Die Vorarbeiten stellen sich als schwierig und langwierig dar, so dass die ursprüngliche Ablaufplanung (angestrebt wurde ein Inkrafttreten der GOZ-Novelle zum 1.10.2005) sich sehr schnell als Illusion erwies. Möglicherweise kann die Vorbereitung im Jahr 2006 abgeschlossen werden (was aber nicht sicher ist). Für das sich daran anschließende „offizielle“ Rechtsverordnungsverfahren (Regierungsentwurf, Anhörung, Kabinettsbeschluss, Zustimmung des Bundesrates) ist dann aber sicher mindestens noch ein halbes Jahr zu veranschlagen.

Novellierung
der GOZ

Wichtigster Punkt im Konzept des Bundesgesundheitsministeriums ist eine (wohl möglichst enge) Orientierung am aktuellen BEMA (Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen), also an der Grundlage für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen innerhalb der GKV. Dabei geht es zum einen um die Abbildung des zahnärztlichen Leistungsspektrums in Form von Gebührenpositionen, zum anderen um die Übernahme der Bewertungsrelationen. Hintergrund dürfte die mit dem neuen Festzuschussystem in der GKV eher wachsende Bedeutung der GOZ auch für gesetzlich Versicherte sein (Stichwort: Mehrkostenregelung). Die Arbeitsgruppe soll sich zunächst mit der Darstellung des aktuellen Leistungsspektrums (also mit der Gestaltung des Gebührenverzeichnisses) befassen. Erst dann soll es nach dem Willen des Ministeriums um die im Allgemeinen Teil der GOZ (Paragraphenteil) enthaltenen grundsätzlichen Regelungen und insbesondere um die Honorierung der zahnärztlichen Leistungen gehen. Diskussionsgrundlage sind Arbeitspapiere, die das Ministerium zur Verfügung stellt und die sich im Wesentlichen in der Übernahme der entsprechenden Abschnitte des BEMA erschöpfen. Das Ministerium verfolgt das Ziel, in möglichst vielen Einzelpunkten einen Konsens herbeizuführen. Deshalb wurden die konfliktträchtigen

Grundsatzfragen und der zentrale Punkt der Honorierung zunächst zurückgestellt. Diese Vorgehensweise ist einerseits nachvollziehbar, trägt aber andererseits – wie natürlich auch die grundsätzlich unterschiedliche Sichtweise von Zahnärzten und Kostenträgern – dazu bei, dass die Arbeit nur langsam vorangeht. An einer konstruktiven Mitarbeit der Kostenträgerseite fehlt es nicht. Schwerer tut sich da schon die BZÄK, die insbesondere mit dem Grundansatz des Bundesgesundheitsministeriums (Orientierung am BEMA) Probleme hat.

Position der BZÄK

Grundlage für eine Anpassung und Weiterentwicklung des „Leistungskatalogs“ der GOZ ist aus Sicht der BZÄK das von der Zahnärzteschaft erarbeitete Konzept der umfassenden Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, das den gegenwärtigen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft wiedergeben soll. Basis einer modernen Gebührenordnung müsse eine enge Orientierung am Stand der zahnärztlichen Wissenschaft sein. Da sich die Wissenschaft in stetigem Fluss befinde, erweise sich das Ordnungsverfahren als zu starr. Eine Lösung dieses Problems sei nur möglich, wenn die Entwicklung des Leistungskataloges den jeweiligen Fachgesellschaften zur eigenverantwortlichen Formulierung übertragen werde.

Außerdem plädiert die BZÄK für einen Ausbau der freien Vertragsgestaltung. Die Möglichkeit, eine abweichende freie Vereinbarung zu schließen, stelle ein Grundprinzip einer Gebührenordnung dar. Für die Vergütung gehe das Bürgerliche Gesetzbuch davon aus, dass in erster Linie die Beteiligten die Höhe der Vergütung selbst durch eine Vereinbarung bestimmen. Nur wenn eine solche fehle, sei eine Taxe (GOZ) als vereinbart anzusehen. Der Patient erhalte mit der individuellen Vereinbarung die Möglichkeit, eine beide Seiten bindende Vereinbarung zu treffen. Dies sei sowohl hinsichtlich des Preises als auch hinsichtlich Art und Umfang der Leistung verlässlich.

Zentraler Punkt im Forderungskatalog der BZÄK ist eine massive Erhöhung des GOZ-Punktwertes. Von 1988 bis 2002 seien die Preise für Dienstleistungen und Reparaturen um 47,9 Prozentpunkte gestiegen. Beziehe man diese Preissteigerungen auf den GOZ-Punktwert, so müsste dieser im Jahre 2001 bereits 8,31 Cent (statt nach geltendem Recht rund 5,6 Cent) betragen haben.

Bewertung der
BZÄK-Positionen

Offensichtlich laufen die Vorstellungen der Zahnärzteschaft darauf hinaus, dem Ordnungsgeber das Heft aus der Hand zu nehmen. Die Entwicklung des Leistungskataloges soll den medizinischen Fachgesellschaften übertragen und die freie Vertragsgestaltung, also ein Abweichen von den bindenden Regelungen der GOZ, quasi zum Regelfall werden. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Gebührenordnung ihre zentrale Funktion, den Schutz des Patienten, nicht mehr erfüllen könnte. Denn die Reglementierung privatwirtschaftlichen Handelns (wozu auch die Vergütungsgestaltung gehört) durch eine amtliche Gebührenordnung ist letztlich verfassungsrechtlich nur vor dem Hintergrund zu recht-

fertigen, dass es zwischen den Parteien des Behandlungsvertrages keine Parität gibt (der Zahnarzt ist aufgrund seiner Fachkompetenz in einer deutlich überlegenen Position) und die eine Partei, der Patient, daher schutzbedürftig ist. Nicht nur aufgrund des entschiedenen Widerstandes der Kostenträgerseite dürften diese Vorstellungen der Zahnärzteschaft daher keine Aussicht auf Realisierung haben.

Aus Sicht der PKV gibt es angesichts des bestandsbereinigten Anstiegs der Leistungsausgaben im Bereich der zahnärztlichen Behandlung innerhalb von nur zehn Jahren (von 1991 bis 2001) um 48,7 Prozent keinen Spielraum für eine Erhöhung des Gesamtvergütungsvolumens, der über die Angleichung des GOZ-Punktwertes an den Punktwert der GOÄ (rund 5,83 Cent) hinausgeht. Denkbar sind natürlich Verschiebungen innerhalb der Vergütungsstruktur der Gebührenordnung.

Eckpunkte der PKV
für eine GOZ-
Novellierung
Punktwert

Eine Orientierung am BEMA erscheint grundsätzlich möglich, jedenfalls hinsichtlich der zahnärztlichen Maßnahmen, die vom Leistungskatalog der GKV erfasst werden. Es ist nicht ersichtlich, warum ein bestimmtes zahnärztliches Tun bei der Umsetzung in Gebührenpositionen unterschiedlich dargestellt werden sollte. Da die GOZ – anders als der BEMA – das gesamte Spektrum zahnärztlicher Leistungen umfassen muss, stößt der Ansatz einer Orientierung am BEMA ohnehin in vielen Bereichen an seine natürlichen Grenzen. Bei der Grundsystematik des Gebührenverzeichnisses sollte versucht werden, so oft wie möglich Einzelleistungen in Komplexen zusammenzufassen. Damit kann insbesondere einer Ausweitung der Menge der erbrachten Leistungen entgegen gewirkt werden. Dieses Problem ist zwar im Bereich der Zahnmedizin bei weitem nicht so ausgeprägt wie bei der ärztlichen Behandlung, trotzdem ist aus Gründen der Transparenz (und der systematischen Paralleliätät zur GOÄ, bei der es zu einer Umstellung auf ein Komplexleistungssystem keine Alternative gibt) auch in der GOZ die Bildung von Leistungskomplexen anzustreben, wo immer dies möglich ist.

Leistungskomplexe

Die in § 6 Abs. 1 GOZ vorgesehene partielle Zugriffsmöglichkeit des Zahnarztes auf die GOÄ führt in der Praxis immer wieder zur Verunsicherung, insbesondere wenn GOÄ-Gebührenpositionen auch noch analog angesetzt werden. Es spricht daher vieles dafür, das zahnärztliche Leistungsspektrum abschließend in der GOZ zu erfassen; zumindest muss aber ein Zugriff auf die GOÄ exakt eingegrenzt werden und sich auf solche Leistungen beschränken, die der Zahnarzt nur selten und wenn, dann in der gleichen Art und Weise erbringt wie ein Arzt.

Öffnung der GOÄ

Nach jahrelangem Streit hat der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 27.5.2004 (vgl. Rechenschaftsbericht 2004, S. 64 ff.) festgestellt, dass Material- und Gerätekosten grundsätzlich nach der Systematik der GOZ mit den Gebühren für die zahnärztlichen Leistungen abgegolten sind und nur in Ausnahmefällen, wenn dies in der Gebührenordnung ausdrücklich geregelt ist, als Auslagenersatz dem Patienten in Rechnung gestellt werden können. Diese Systematik (die sich von der der GOÄ unterscheidet

Auslagenersatz

– dort gilt ein umgekehrtes Regel-Ausnahme-Verhältnis) bietet den Vorteil, den Zahnarzt dazu anzuhalten, preisbewusst einzukaufen. Die Möglichkeit, Sachkosten im Sinne von Auslagenersatz eins zu eins an den Patienten weiterzugeben, bietet hingegen keinerlei Anreiz, sich kostenbewusst zu verhalten. Aus Patientensicht ist es daher immens wichtig, dass – entgegen einer Forderung der Zahnärzteschaft – die Auslagenersatzsystematik der alten GOZ erhalten bleibt. Wo eine gesonderte Berechnung von Sachkosten möglich bleiben soll, ist als Korrektiv festzulegen, dass als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen Kosten berechnet werden dürfen, soweit diese „angemessen“ sind. Eine solche Regelung enthält die GOZ bereits jetzt, in § 9 geht es aber nur um zahn-technische Leistungen.

Rechnungsstellung

In § 10 GOZ sind im Zusammenhang mit der Fälligkeit der zahnärztlichen Honorarforderung die Anforderungen an die Rechnungsstellung geregelt. Hier muss eine Angleichung an die Parallelregelung in der GOÄ (§ 12) erfolgen; insbesondere ist die Verpflichtung, der Rechnung einen Kostenbeleg beizufügen, auf alle Auslagen im Sinne der GOZ auszuweihen.

Honorarvereinbarung/Öffnungsklausel

Die Regelung zur Honorarvereinbarung (§ 2 GOZ) ist an die Parallelregelung in der GOÄ (§ 2) anzugleichen, die der Verordnungsgeber 1996 unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BGH konkretisiert hat. Außerdem ist eine „Öffnungsklausel“ aufzunehmen, die es ermöglicht, auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen Zahnärzten (bzw. Gruppen von Zahnärzten, Verbänden u. a.) und Krankenversicherern (bzw. PKV-Verband) von den Vorgaben der Gebührenordnung abzuweichen. Ist die PKV Partei einer solchen Vereinbarung, stellt sich die Situation im Hinblick auf die Parität der Vertragsparteien ganz anders dar als im Falle einer Honorarvereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient. Der Patientenschutz ist nicht gefährdet, vielmehr eröffnen sich Möglichkeiten für innovative Tarifgestaltungen, für die sich der Versicherte entscheiden kann, aber natürlich nicht muss.

Zahntechnische Leistungen

In der amtlichen Begründung zur GOZ heißt es: „Es ist davon auszugehen, dass auch bei Privatpatienten die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labore und Praxislabore unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürfen, da dies nicht angemessen wäre. Es bleibt abzuwarten, ob längerfristig ergänzende Regelungen für zahntechnische Leistungen notwendig werden.“ Da in der Praxis der gesetzgeberische Wille weitgehend unbeachtet bleibt, bedarf es solcher „ergänzender Regelungen“ zum „Angemessenheitsgebot“ beim Auslagenersatz für zahntechnische Leistungen.

Ausblick

Es ist zu begrüßen, dass der Einstieg in die längst überfällige Novellierung der GOZ endlich erfolgt ist. Es bedarf des guten Willens der Beteiligten und einer stringenten Verhandlungsführung des Bundesgesundheitsministeriums, soll das Novellierungsverfahren nicht zu einer „un-

endlichen Geschichte“ werden. Die PKV arbeitet in der Arbeitsgruppe konstruktiv mit und wird dies auch weiterhin tun. Der Verordnungsgeber ist aufgerufen, darauf zu achten, dass die GOZ ihre Schutzfunktion im Hinblick auf die Patienteninteressen erfüllt. Dies gilt vor allem angesichts der zunehmenden Bedeutung dieser privatrechtlichen Abrechnungsgrundlage auch im Verhältnis von Zahnarzt und gesetzlich versichertem Patienten. Der Bundesrat hat eine Kontrollfunktion, die er auch in diesem Sinne nutzen sollte.

Elektronische Datenverarbeitung bereichert die Medizin auf unterschiedlichen Gebieten. 1985 hat der PKV-Verband das Deutsche Institut für rationale Medizin (DIRM) gegründet. Die Stiftung, die 2005 ihr 20-jähriges Bestehen feiern konnte, soll die medizinische Forschung insbesondere auf dem Gebiet der elektronischen Datenverarbeitung im Interesse der Versorgung der Bevölkerung fördern. Förderanträge haben den hierfür allgemein üblichen formalen Anforderungen zu genügen. Das Kuratorium entscheidet über die Vergabe von Fördermitteln. Seine Mitglieder werden von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund) und dem PKV-Verband berufen. Derzeitiger und langjähriger Vorsitzender des Kuratoriums ist Dr. Maximilian Zöllner (NAV-Virchow-Bund).

Deutsches Institut
für rationale
Medizin

Die Formulierung des Stiftungszwecks hat sich in der Zwischenzeit als zukunftsweisend erwiesen: Moderne Medizin ist ohne elektronische Datenverarbeitung nicht mehr denkbar, weder in der Versorgung noch in der Forschung. Ein aktuelles Beispiel bietet das neue Krankenhausentgeltsystem (DRG-System): Ohne spezifische Software (so genannte Grouper) wäre es in der Praxis unmöglich, die Behandlungsfälle mit den Diagnose-Kodes und Prozeduren-Kodes eindeutig einer Fallgruppe zuzuordnen. Umgekehrt dienen Datenverarbeitungsprogramme den Kostenträgern zur Rechnungsprüfung. Versicherte können anhand der auf der Rechnung enthaltenen Informationen die Korrektheit der Rechnung im Internet nachvollziehen. Der PKV-Verband hat zur Prüfung ärztlicher Privatliquidationen gemäß der GOÄ im Internet (www.derprivatpatient.de) unter anderem eine Prüfsoftware bereitgestellt.

Ähnliches gilt für die Wissenschaft. Die evidenzbasierte Medizin setzt voraus, dass die wissenschaftliche Literatur in Datenbanken kontinuierlich erfasst wird. Als höchster erreichbarer Evidenzgrad gelten grundsätzlich so genannte Meta-Analysen möglichst aller zu einer konkreten Frage jemals durchgeführten Untersuchungen. Ein Beispiel für eine solche Datenbank bietet – im Internet frei zugänglich – Medline, erreichbar z. B. über das Deutsche Institut für medizinische Information und Dokumentation (www.dimdi.de) des Bundesministeriums für Gesundheit. Die vorhandene wissenschaftliche Evidenz ist die Grundlage für die Formulierung von Behandlungs- und Versorgungsleitlinien. Solche Leitli-

nien bieten dem Arzt die Möglichkeit, der Behandlung die beste vorhandene Evidenz zum Nutzen des Kranken zugrunde zu legen. Damit tragen sie dazu bei, den Anspruch des Kranken auf eine Therapie entsprechend dem Stand der Wissenschaft durchzusetzen. Speziell für Laien aufbereitete Leitlinien-Versionen erlauben es dem Patienten, dies selbst nachzuvollziehen. Dabei kann von einer Leitlinie sehr wohl abgewichen werden, wenn besondere Bedingungen auf Seiten des Kranken dies geboten erscheinen lassen. Dann muss – mit entsprechender Begründung – sogar abgewichen werden. Die Behandlung wird also rational nachvollziehbar und transparent. Damit gewinnen Leitlinien auch zunehmend haftungsrechtliche Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund fördert das DIRM seit einigen Jahren das Projekt „Wissensnetzwerk von evidenzbasierten Leitlinien für Ärzte und Patienten“ (www.evidence.de), eine Einrichtung der Universität Witten/Herdecke. Dieses Projekt stellt den internationalen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse (Evidenz) für Ärzte und Patienten im Internet bereit. Damit entspricht das Projekt u. a. der Forderung, die Voraussetzungen für autonome Patientenentscheidungen („shared decision making“, „empowerment“, Partizipation) zu schaffen. Um das neue Wissen bei den Ärzten zu verankern, wird im Internet (www.medizinerwissen.de) eine interaktive, evidenzbasierte und leitlinienorientierte – von der Ärztekammer zertifizierte – Fortbildung angeboten.

Ein anderes Beispiel aus der Förderung des DIRM bietet das Projekt „Narkoseführung bei Kleinkindern“. Hier wurde an der Universität Kiel eine automatisierte Analyse der Hirnströme (EEG) entwickelt, um die Dosierung des intravenös applizierten Narkosemittels zu optimieren und insbesondere bei Kindern Überdosierungen zu vermeiden und dadurch die Nebenwirkungen und Komplikationsrisiken zu minimieren. Als medizinisch wie auch ökonomisch willkommener Nebeneffekt vermindert diese EEG-gesteuerte Narkose den Überwachungsbedarf und die Verweildauer auf der Intensivstation.

Diese Beispiele illustrieren, auf welchen unterschiedlichen Gebieten elektronische Datenverarbeitung die Medizin bereichert. Sie illustrieren auch, dass die Stifter des DIRM vor über 20 Jahren den Stiftungszweck gut gewählt haben. Sie illustrieren schließlich, dass das Kuratorium gute Projekte als förderungswürdig erkannt hat.

2. Krankenhausfragen

Die Verhandlungen zu den landeseinheitlichen Basisfallwerten wurden Ende 2004 aufgenommen und zogen sich teilweise bis in den Juli 2005 hin. Da über die Landesbasisfallwerte das allgemeine Preisniveau für stationäre Leistungen in den einzelnen Bundesländern festgelegt wird, waren sie das dominante Thema schlechthin, mit dem sich praktisch jeder, der im stationären Bereich tätig war, auseinandersetzen musste –

angefangen von den Krankenhäusern, die Daten zur Verfügung zu stellen hatten, über die Vertragsparteien auf Landesebene und die zuständigen Genehmigungsbehörden und Schiedsstellen bis hin zum Bundesgesundheitsministerium (BMG), das mit einer Verordnung zur Bestimmung vorläufiger Landesbasisfallwerte die Vertragsparteien zu schnelleren Ergebnissen bewegen wollte. Seit dem Sommer 2005 liegen nun in allen Bundesländern Landesbasisfallwerte vor. Die Festlegungen dieser Werte erfolgten teils auf dem Vereinbarungswege, teils durch Schiedsstellenbeschluss. Die Verordnung des BMG musste jedoch letztlich in keinem Bundesland zur Anwendung gebracht werden. Die Werte spiegeln die Besonderheiten der einzelnen Bundesländer wider und reichen in den alten Bundesländern von 2.619,63 Euro (für Schleswig-Holstein) bis 2.999,81 Euro (für Berlin) und in den neuen Bundesländern von 2.585,00 Euro (für Mecklenburg-Vorpommern) bis 2.654,68 Euro (für Sachsen). Da sie die Ausgangsgröße für die kommenden Jahre darstellen, ist es nicht verwunderlich, dass die Vertragsparteien es sich in den Verhandlungen nicht leicht gemacht haben und teilweise sehr hart gestritten wurde. Umso erfreulicher ist, dass in keinem Bundesland der Verwaltungsgerichtsweg beschritten wurde. Eine ausführliche Darstellung des Verhandlungsgeschehens findet sich in der Übersicht 1 auf Seite 63 ff.

Eigentlich sollten auf der Bundesebene länderübergreifende Richtwerte zu den Ausbildungsvergütungen festgelegt werden, deren Scheitern jedoch gegenüber dem BMG Anfang November 2005 erklärt wurde. Das Ministerium hat deshalb die Vertragsparteien auf der Bundesebene zu einem Gespräch eingeladen, das Mitte Januar 2006 stattfand und in dem ausgelotet wurde, inwieweit eine Bundesvereinbarung von Richtwerten zur Ausbildungsfinanzierung doch noch möglich ist. Diese kam leider nicht zustande. Auch hat es keine Ersatzvornahme durch das BMG gegeben.

**Vereinbarungen
und Regelungen auf
und unterhalb der
Bundesebene**

Bereits geklärt werden konnten jedoch andere wichtige Sachfragen:

Anfang September 2005 konnten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Spitzenverbände der GKV und der PKV-Verband auf die maßgeblichen Bausteine des DRG-Systems 2006 verständigen. Grundlage hierfür war ein Vorschlag des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das seine Berechnungen auf einer Datenbasis von 214 Krankenhäusern mit rund 2,8 Mio. Fällen des Jahres 2004 durchgeführt hatte. Das gesamte Einigungspaket beinhaltet den DRG-Katalog 2006 und die Zusatzentgelte, überarbeitete Abrechnungsbestimmungen und Kodierrichtlinien. Als wichtige Punkte des neuen Katalogs sind insbesondere zu nennen:

**Vereinbarung zum
DRG-System 2006**

- Die Anzahl der DRGs (Diagnosis Related Groups) erhöht sich von 878 auf 954 im Jahr 2006. Das liegt an Neudefinitionen, Splittungen, Umstrukturierungen und auch Streichungen. 448 DRGs sind fast textgleich geblieben, bei 199 DRGs erfolgten Textmodifikationen und 266 DRGs sind vollständig neu formuliert worden.

- Es sind zahlreiche neue DRGs für hochkomplexe Eingriffe gebildet worden.
- Neue DRGs für so genannte Mehrfacheingriffe oder beidseitig durchgeführte Eingriffe wurden gebildet, um eine ökonomische Falltrennung für häufige Kombinationseingriffe zu vermeiden.
- Es werden 83 Zusatzentgelte, also zwölf mehr als im Vorjahr etabliert. 41 Zusatzentgelte wurden dabei mit bundesweiter Bewertung und 42 ohne Bewertung vereinbart.

Was den Bereich teilstationärer Entgelte angeht, so konnte man sich erst auf zwei DRGs verständigen: die Dialyse bei Erwachsenen als bewertete und die bei Kindern als unbewertete Leistung. Die Vereinbarung bleibt hier deutlich unter den Erwartungen der DKG, die wesentlich mehr abrechenbare teilstationäre Leistungen definieren wollte. Eine Festlegung nur sehr weniger teilstationärer DRGs ist so lange zu begrüßen, wie eine Abgrenzung gegenüber ambulanter Behandlung mangels einer Legaldefinition für teilstationäre Behandlungen schwer vorzunehmen ist. Bezogen auf die medizinischen Leistungsbereiche ist festzuhalten, dass z. B. in der Intensivmedizin, der Onkologie, der Kinderonkologie, der Pädiatrie, der Unfallchirurgie bzw. bei Polytraumapatienten und bei den Schlaganfällen Verbesserungen vorgenommen wurden.

Besondere Einrichtungen 2006

Nachdem der Gesetzgeber für die Jahre 2004 und 2005 eine Ersatzvornahme erlassen musste, konnten sich die Selbstverwaltungspartner nun erstmals auf eine Vereinbarung zur Bestimmung der besonderen Einrichtungen 2006 verständigen. Eine erneute Ersatzvornahme durch das BMG wurde damit nicht notwendig. Das Unterschriftenverfahren ist abgeschlossen. Die Vereinbarung schafft unter bestimmten Voraussetzungen Ausnahmebereiche im DRG-System. Im Wesentlichen werden die Bestimmungen aus 2005 fortgeschrieben. Die Herausnahme von selbständigen Kinderkrankenhäusern aus dem DRG-System unterliegt nun aber strengeren Bedingungen als im Vorjahr.

Abrechnungsregeln 2006

Die Vereinbarung zum DRG-System 2006 wird ergänzt durch einen Leitfaden zu Abrechnungsfragen. Gegenüber der Version 2005 gibt es nicht nur redaktionelle Anpassungen, sondern u. a. auch Neuerungen zu den Themen Jahresüberlieger, Verlegungsfallpauschalen und Abrechenbarkeit von nicht vereinbarten Entgelten.

Zuschläge für 2006

Die vom Gesetzgeber avisierte Preisgestaltung im stationären Bereich, d. h. die Multiplikation einer fallbezogenen Bewertungsrelation mit dem (zuerst krankenhausesindividuellen und später landeseinheitlichen) Basisfallwert, wird überlagert und teilweise auch verwässert durch diverse Zuschläge, die auf der Bundesebene vereinbart wurden. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um die nachfolgenden Zuschlagsarten:

1. G-BA-Systemzuschlag: 0,65 Euro pro Fall (G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss).
2. DRG-Systemzuschlag: 0,90 Euro pro Fall, wobei hiervon 0,62 Euro Zuschlagsanteil Kalkulation und 0,28 Euro Zuschlagsanteil InEK sind.
3. Zuschlag Qualitätssicherung: Dieser ist die Summe aus einem Bundesanteil (0,28 Euro), einem Krankenhausanteil (0,58 Euro) und einem auf der Landesebene zu vereinbarenden Landesanteil.
4. Zuschlag Begleitpersonen: Wie bereits 2005 weiterhin 45 Euro.
5. Investitionszuschlag für die neuen Bundesländer: 5,62 Euro pro Fall, der nur von ostdeutschen Krankenhäusern zur Finanzierung eines investiven Nachholbedarfs erhoben werden darf.

Auf der Ortsebene können krankenhaushausindividuell ein Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und ein Zuschlag für die durch die Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP) entstandenen Kosten vereinbart werden. Vereinzelt wird es auch Zuschläge für Schwerpunkte und Zentren geben, insbesondere in Baden-Württemberg. Auf der Landesebene wird der weiter unten diskutierte Ausbildungszuschlag festgelegt. Zu beachten ist, dass der Qualitätssicherungszuschlag (s. o.) eine Komponente enthält, die auf der Landesebene zu bestimmen ist.

Wie bei der Festlegung der Landesbasisfallwerte, so genießt die PKV auch bei der Ausbildungsfinanzierung den Status einer Vertragspartei. Die grundlegende Idee hierbei ist, dass von allen Krankenhäusern eines Landes ein so genannter Ausbildungszuschlag pro Fall erhoben wird, der an einen Fonds abzuführen ist, der bei der Landeskrankenhausesellschaft angesiedelt sein soll. Diese hat dann das von allen Krankenhäusern erhaltene Geld an die ausbildenden Kliniken auszuzahlen, wobei die Höhe der Auszahlungen proportional zu den vorgehaltenen Ausbildungskapazitäten sein soll. Ursprünglich sollten diese Fonds bis Ende des Jahres 2005 in allen Ländern installiert sein, so dass mit Beginn des Jahres 2006 bei der Finanzierung der Ausbildungskosten auf die beschriebene Weise hätte verfahren werden können. Nicht zuletzt aufgrund eines offenen Problems hinsichtlich der steuerlichen Behandlung der Fonds konnte dieses Ziel jedoch nicht erreicht werden. Als erstem Bundesland ist es der niedersächsischen Selbstverwaltung gelungen, eine Vereinbarung zu den Ausbildungsfonds für das Jahr 2006 zu schließen. Je voll- und teilstationären Fall wurde für das Kalenderjahr 2006 ein Ausbildungszuschlag von 75,65 Euro vereinbart, dem ein gesamter Finanzierungsbedarf von knapp 115 Mio. Euro zugrunde liegt, der auf rund 1,5 Mio. Fälle zu verteilen ist. Diese Vereinbarung wurde vom niedersächsischen Sozialministerium mit Bescheid vom 21.12.2005 genehmigt. Weitere Vereinbarungen sind in Bayern, Baden-Württemberg und

Finanzierung der
Ausbildungskosten

Hessen zustande gekommen, wobei in Hessen der Fonds jedoch nicht zum 1.1.2006, sondern erst zum 1.3.2006 seine Arbeit aufgenommen hat.

Strukturierte
Qualitätsberichte
der Krankenhäuser

§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V sieht vor, dass die Spitzenverbände der GKV und der PKV-Verband mit der DKG unter Beteiligung der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts in einer Vereinbarung auf Bundesebene zu regeln haben. Der Bericht war von den Kliniken erstmals im Jahr 2005 für 2004 vorzulegen. Die Selbstverwaltung hatte am 3.12.2003 eine entsprechende Vereinbarung getroffen. Die Ziele des Qualitätsberichts sind: Informationen und eine Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung zu bieten, eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen zu sein und die Möglichkeit für die Kliniken zu bieten, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen. Ab 1.8.2005 war es soweit: Gemeinsam und erstmalig veröffentlichten die Spitzenverbände der GKV (ohne AOK) und der PKV-Verband strukturierte Qualitätsberichte auf der Internetseite www.g-qb.de. Wer sich über Struktur- und Leistungsdaten der Kliniken und deren Qualität (also z. B. Operationshäufigkeit, Komplikations- oder Sterblichkeitsrate) informieren will, kann die Berichte auch über die Internetseite des PKV-Verbandes www.pkv.de (Rund um die PKV: Krankenhaus) abrufen.

Mindestmengen-
vereinbarungen

Ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 folgend hatten sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene im Dezember 2003 erstmals auf Mindestmengen für fünf Leistungsbereiche geeinigt, bei denen ein starker Zusammenhang zwischen der Menge und der Qualität des Behandlungsergebnisses angenommen werden kann (Leber- und Nierentransplantation, komplexe Eingriffe an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse sowie Knochenmarktransplantation).

G-BA

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz ist seit dem 1.1.2004 die Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern – und damit auch die Mindestmenvorgabe – ein Teilbereich der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geworden. Im Dezember 2005 ist der Text der Mindestmengenvereinbarung aufgrund eines Beschlusses des G-BA neu gefasst worden. Beispielsweise wird nunmehr auf die Arbeitsergebnisse des noch relativ jungen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen Bezug genommen. Ebenfalls im Dezember konnte vom G-BA der Auftrag zur wissenschaftlichen Begleitung der Auswirkungen von Mindestmengen erteilt werden. Die Begleitforschungsergebnisse sollen zu gegebener Zeit Ergebnisse zur Versorgungsqualität der Patienten liefern und auch Aufschluss über Fragen der Umverteilung von Krankenhausleistungen und der Auswirkungen im ländlichen Bereich geben.

Auch für den Bereich der Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) hat der G-BA den wissenschaftlichen Nachweis vorhandener Evidenz für 2005 anerkannt und diese dementsprechend in den Mindestmengenkatalog aufgenommen. Aufgrund des Widerstandes der DKG erwies sich die Festlegung einer evidenzbasierten Mindestmengenanzahl als sehr schwierig. Am 16.8.2005 konnte der G-BA schließlich eine verbindliche Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Jahr und Krankenhaus, beginnend mit dem 1.1.2006, beschließen. Eine Übergangsregelung sieht vor, dass Kliniken mit guten 2004er Ergebnissen der externen Qualitätssicherung und 40 bis 49 Eingriffen im Jahr 2005 auch 2006 noch an der Versorgung teilnehmen können. Die Spitzenverbände der GKV und der PKV-Verband haben alle Kliniken in Deutschland, die diese Operation durchführen, angeschrieben, um zu ermitteln, welche von ihnen mindestens 50 Knie-TEPs erreichen und zu einer Veröffentlichung bereit sind. Auf der Internetseite www.g-k-v.com ist die jeweils aktuelle Liste der Krankenhäuser eingestellt, die im Jahr 2004 mindestens 50 Knie-TEPs hatten (zuletzt enthielt diese Liste mehr als 550 Kliniken). Mit Hilfe dieser Liste können sich Versicherte, einweisende Ärzte und Kostenträger orientieren und eine geeignete Klinik auswählen.

Knie-TEPs

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Krankenhausgesetze der Länder stellen die Rahmenbedingungen für die Krankenhausplanung dar. Zweck des § 1 KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Dabei erfolgt die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser gemäß § 4 Nr. 1 KHG durch Übernahme der Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung. Krankenhäuser haben Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind, und bei Investitionen, soweit sie in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Andererseits erhalten die Krankenhäuser für die erbrachten Leistungen gemäß § 4 Nr. 2 KHG leistungsgerechte Erlöse. Die Findung und Finanzierung der Erlöse regelt sich nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Bundespflegeverordnung (BPfV). Die Ausgestaltung der Krankenhausplanung obliegt gemäß § 6 KHG den Ländern. Über die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan ergeht ein Feststellungsbescheid, gegen den der Verwaltungsrechtsweg gegeben ist. Allerdings können die Kostenträger gegen einen solchen Feststellungsbescheid nicht klagen, da sie nicht Adressat des Bescheides sind (§ 1 Abs. 1 KHG). Anders ist der Sachverhalt zu beurteilen, wenn ein konkurrierender Krankenhausbetreiber gegen die Aufnahme des Mitbewerbers klagen möchte. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 14.1.2004 festgestellt, dass die Aufnahme eines konkurrierenden Bewerbers in den Krankenhausplan die beruflichen Betätigungsmöglichkeiten für das nicht aufgenommene Krankenhaus erheblich einschränkt. Die Nichtaufnahme führt zu einem so großen Konkurrenznachteil, dass dieser in seinen wirtschaftlichen Auswirkungen einer Berufszulassungsbeschwerde gleichkommt. Dem

Krankenhausplanung unter DRG-Bedingungen

konkurrierenden Krankenhaus muss effektiver Rechtsschutz eingeräumt werden, der über eine isolierte Anfechtungsklage nicht mehr gewährt ist. Die Zulassung der Konkurrentenklage im Wege der Drittanfechtung ist hier das geeignete Mittel. Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nach § 8 Abs. 2 KHG nicht. Die zuständige Landesbehörde kann bei notwendiger Auswahl unter mehreren Krankenhäusern nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird (§ 8 Abs. 2 KHG). Das Bundesverfassungsgericht hat mit seiner Entscheidung vom 4.3.2004 – Az.: 1 VR 88/00 – weitere Aussagen zur Vorgehensweise bei der Krankenhausplanung getroffen. Die Planungsbehörden müssen demnach den Begriff der Bedarfsgerechtigkeit weitergehend auslegen. Bedarfsgerechtigkeit liegt nicht nur dann vor, wenn das Krankenhaus nach objektiven Gegebenheiten in der Lage ist, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden, also nicht nur dann, wenn die vom Krankenhaus angebotenen Betten zusätzlich notwendig sind, um den im seinem Einzugsbereich aktuell vorhandenen Bettenbedarf zu decken. Bedarfsgerechtigkeit ist auch dann gegeben, wenn ein Krankenhaus neben oder an Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken. Die Planungsbehörde hat insoweit eine Auswahlentscheidung zu treffen.

**Krankenhaus-
planung in den
neuen Bundeslän-
dern und Berlin**

Die Zuständigkeiten zur Aufstellung der Krankenhauspläne, die nähere Ausgestaltung des Krankenhausplanes, seine Laufzeit und die Planungsparameter werden in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen geregelt. § 4 Abs. 2 ThürKHG (thüringisches Krankenhausgesetz) etwa zählt nicht abschließend die folgenden Planungsparameter auf: Standort, Versorgungsaufgaben, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die allgemeinen Planungsparameter. In § 4 Abs. 1 Landeskrankenhausgesetz Berlin werden als Planungsparameter zum Beispiel Standort, Fachrichtung einschließlich Schwerpunktbildung und Bettenzahl genannt. Auch die Universitätsklinik werden ausgewiesen. Der Umbau der Krankenhausplanung muss sich im Rahmen der bestehenden Landeskrankenhausgesetze bewegen oder aber die landesrechtlichen Rahmengesetze müssen zuvor entsprechend geändert werden. Die verbindliche Einführung der DRGs für die meisten Krankenhäuser führte in der jüngsten Vergangenheit zu Überlegungen, die Planungsgrundsätze zu verändern, denn das Krankenhausbett wird zunehmend an Bedeutung verlieren. Grundlage des neuen Abrechnungssystems sind nicht mehr die ausgelasteten Betten, sondern die erbrachten Leistungen, die über Fallpauschalen (DRGs) vergütet werden. Damit ist die Ausweisung von Bettenzahlen im Krankenhausplan nicht mehr zielführend. Zur Bestimmung der Kapazität eines Krankenhauses sind vielmehr Planungsparameter relevant, die in den Bereichen der Preisgestaltung ebenfalls von Bedeutung sind. Dazu wird allgemein auf die Fallzahl einzelner Krankenhäuser zurückgegriffen. Als erstes Bundesland von den neuen Bundesländern ist hier Sachsen-Anhalt aktiv geworden. Die Landesregierung strebte gemeinsam mit den Ausschussmitgliedern eine Krankenhausplanung an, die sich hauptsäch-

lich an den vom einzelnen Krankenhaus erbrachten Leistungen orientiert. Die rechtliche Grundlage für eine veränderte Krankenhausplanung bildete das im August 2004 beschlossene neue Krankenhausgesetz des Landes Sachsen-Anhalt. Der neue Krankenhausplan 2005 beinhaltet neben den Krankenhausstandorten neu definierte Versorgungsstufen, Fachgebiete, Schwerpunkte in der Chirurgie, Inneren Medizin und Kinderheilkunde sowie Zentren für Geriatrie, Neurologie, Herzchirurgie, Pädiatrie und Perinatalogie, Transplantationen und Schwerbrandverletzte. Perspektivisch wird auf eine jährliche Fortschreibung des Krankenhausplanes verzichtet. Es erfolgt aber alle zwei Jahre eine turnusmäßige Überprüfung, um Veränderungen in der Krankenhauslandschaft zeitnah steuern zu können. Im Freistaat Thüringen wurde von der Politik die Forderung erhoben, ebenfalls in eine leistungsorientierte Krankenhausplanung einzusteigen. Nach entsprechenden Vorarbeiten im Jahr 2005 wurde der 5. Thüringer Krankenhausplan im Januar 2006 im Kabinett verabschiedet. Künftig wird das Land nicht mehr die Bettenzahl pro Krankenhaus, sondern lediglich die vorzuhaltenden Fachgebiete, die Standorte und die Versorgungsstufen verbindlich festlegen. Neu ist zudem, dass im Krankenhausplan besonderes Augenmerk auf die Qualitätssicherung (Vorgabe von Kriterien der Strukturqualität als Mindeststandards) gelegt wird. Die für die Umsetzung der krankenhauserischen Zielstellungen notwendigen rechtlichen Änderungen wurden allerdings noch nicht geschaffen; mit der Erarbeitung einer Novellierung des ThürKHG soll unmittelbar nach In-Kraft-Treten des Krankenhausplans begonnen werden.

Im Anschluss an die Darstellung im Rechenschaftsbericht 2004 ist zu ergänzen, dass die gemäß § 22 BpflV bzw. § 17 KHEntgG geschlossene Gemeinsame Empfehlung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem PKV-Verband im Jahr 2005 von den Krankenhäusern in der Praxis weithin als Grundlage für Verhandlungen über die angemessene Höhe der Zimmerzuschläge 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. Die Zahl der gerichtlichen Auseinandersetzungen über die Höhe der Zimmerzuschläge nahm zwar zu, blieb aber letztlich relativ gering. 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 in diesem Bereich einerseits Unregelmäßigkeiten festgestellt wurden und andererseits zum Jahr 2005 das KHEntgG in der Fassung des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes in Kraft getreten ist. Dieses kennt die vormalig vorgegebene Kostenausgliederung für Unterkunftswahlleistungen nicht mehr, so dass insoweit auch kein Rückgriff mehr auf die hierfür maßgeblichen früheren Bezugsgrößen Unterkunft der Krankenhäuser möglich ist. Da eine Weiterentwicklung der Gemeinsamen Empfehlung mit der DKG bislang nicht abgestimmt werden konnte, muss die Frage im Einzelfall auf krankenhauserindividueller Ebene geklärt werden. Im Bereich der Komfortbewertungen ist nach den Erhöhungen um 3,6 Pro-

Wahlleistung
Unterkunft

zent zum 1.1.2004 und um 0,9 Prozent zum 1.1.2005 eine weitere Erhöhung der Komfortbewertungen um 0,8 Prozent zum 1.1.2006 mit der DKG vereinbart worden. Inzwischen konnte mit der überwiegenden Anzahl der Krankenhäuser Einigkeit über die Höhe der Zimmerzuschläge erzielt werden.

Krankenhaus-
Datenbank des
Verbandes

Um für den stationären Bereich die Abrechnungsprüfung seiner Mitgliedsunternehmen zu unterstützen, unterhält der PKV-Verband eine umfangreiche Datenbank. Die Genehmigungsbescheide und die Informationen der Krankenhäuser bilden die wesentliche Grundlage der Datenbank. Zusätzlich wird noch die Beurteilung der Kliniken auf Basis der Musterbedingungen des Verbandes in die Datenbank aufgenommen. Der interessierten Öffentlichkeit sind die Informationen der Datenbank unter der Internetadresse www.derprivatpatient.de zugänglich. Über 2.200 Kliniken unterliegen dem öffentlichen Preissystem in Form der BpflV bzw. des KHEntgG. Soweit das KHEntgG die DRG-Systematik als Entgeltstruktur verpflichtend vorgibt, ist inzwischen die Umstellung weitestgehend vollzogen. Die ab dem Jahr 2005 beginnende Konvergenzphase wird den krankenhausindividuellen Basisfallwert in Richtung bundeslandeinheitliche Preise für Krankenhausleistungen führen. Um den Entgeltrahmen möglichst vollständig abzubilden, werden neben den krankenhausindividuellen Basisfallwerten auch die zusätzlich oder alternativ abrechenbaren Entgelte im Sinne der §§ 6 und 7 KHEntgG in der Datenbank erfasst; für den Geltungsbereich der BpflV werden im Wesentlichen tagesgleiche Pflegesätze eingepflegt.

Auswertung der
Ein- und Zweibett-
zimmerzuschläge

In den Übersichten 3 und 4 wird eine Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge dargestellt. Grundsätzlich werden die Preise der Wahlleistung Unterkunft durch das BGH-Urteil vom 4.8.2000 und die darauf basierende Gemeinsame Empfehlung im Sinne von § 17 Abs. 1 KHEntgG zwischen DKG und PKV-Verband bestimmt. In Umsetzung dieser Vorgaben beträgt der Bundesdurchschnitt für das Einbettzimmer im Jahr 2005 ca. 83 Euro, wobei in den alten Bundesländern durchschnittlich 85 Euro und in den neuen Bundesländern ca. 67 Euro in Rechnung gestellt werden. Soweit sich der Patient oder die Patientin für die Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers entscheidet, berechnen Krankenhäuser für diese Wahlleistung im Jahr 2005 bundesdurchschnittlich ca. 42 Euro, dabei in den alten Bundesländern ca. 43 Euro und in den neuen Bundesländern ca. 32 Euro. Die Spannweite der durchschnittlichen Einbettzimmerpreise liegt im Jahr 2005 zwischen 91,93 Euro im Bundesland Bremen und 59,63 Euro im Freistaat Sachsen. Die entsprechenden Eckwerte für das Zweibettzimmer betragen für das Bundesland Saarland 45,35 Euro und den Freistaat Sachsen 28,52 Euro.

Landesbasisfallwerte 2005

Ursprünglich hatte der Gesetzgeber die Landesverbände der Kostenträger und die Landeskrankengesellschaft verpflichtet, bis zum 31.10.2004 für ihre Länder Landesbasisfallwerte zu vereinbaren. Dem lag die Idee zugrunde, für jedes Bundesland einheitliche Preise für Krankenhausleistungen zu erhalten. Im Krankenhausrecht der Bundespflegegesetzverordnung konnten sich die Krankenhäuser in ihrer Preisstruktur äußerst stark unterscheiden, wobei für einen Außenstehenden kaum nachvollziehbar war, ob hochpreisige Häuser auch entsprechend höherwertige Leistungen vorhalten. Durch das neue Entgeltssystem soll nun eine Preis- und Leistungstransparenz geschaffen werden, die es bislang nicht gab.

Die Verhandlungen erwiesen sich als überaus schwierig und zogen sich bis Mitte des Jahres 2005 hin. Zwei Gründe sind hierfür zu nennen: Erstens wurden die Verhandlungen in fast allen Ländern erst im letzten Quartal 2004 aufgenommen, was angesichts der Komplexität des Themas recht spät war. Zweitens hat der Gesetzgeber in der zweiten Hälfte des Jahres 2004 der Selbstverwaltung praktisch den Boden unter den Füßen entzogen, da er den gesetzlichen Rahmen änderte, der den Verhandlungen zugrunde lag. Als in den einzelnen Bundesländern mit den Verhandlungen begonnen wurde, war bereits bekannt, dass das Krankenhausrecht des Jahres 2004 nicht mehr das des Jahres 2005 sein würde. Mit dem so genannten 2. Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) wurde eine neue Rechtsgrundlage geschaffen. Da das Gesetz jedoch erst Ende November 2004 vom Bundesrat verabschiedet wurde, herrschte bis zu diesem Zeitpunkt praktisch Rechtsunsicherheit. Rein formal betrachtet, konnten die Verhandlungen erst mit Veröffentlichung des Gesetzes im Bundesgesetzblatt auf gesichertem Boden geführt werden.

Nachdem endlich Rechtssicherheit herrschte, wurde bekannt, dass das BMG plante, im Rahmen einer Ersatzvornahme vorläufige Landesbasisfallwerte festzulegen, sollten die Verhandlungen in den Ländern in nächster Zeit zu keinem Ergebnis führen. Hierdurch wäre die Selbstverwaltung praktisch entmachtet worden. Das hat einen gewissen Druck in die Verhandlungsabläufe gebracht. Gleichwohl hat es aber bis Ende Juli 2005 gedauert, bis in allen Bundesländern ein landesweiter Basisfallwert festgelegt war – entweder in Form eines Verhandlungsergebnisses oder durch Schiedsstellenbeschluss. Erst ab diesem Zeitpunkt waren die Voraussetzungen zur Aufnahme der Budgetverhandlungen für das Jahr 2005 in allen Bundesländern gegeben.

In den alten Bundesländern ist für Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg, Bayern und das Saarland eine Festlegung der Landesbasisfallwerte auf dem Vereinbarungswege zustande gekommen. In den übrigen sieben westlichen Bundesländern wurde der Landesbasisfallwert zunächst durch Schiedsstellenbeschluss festgelegt. In Hessen und in Rheinland-Pfalz konnten die Sozialministerien jedoch erreichen, dass sich die Vertragsparteien auf Basis der Schiedsstellenbeschlüsse noch nachträglich einigten. Auch formaljuristisch waren damit nun alle Verhandlungen abgeschlossen, da die zuständigen Landesbehörden die vereinbarten bzw. festgesetzten Werte sehr zügig genehmigten. Diese zügige Bearbeitung hatte insbesondere zur Folge, dass die Ersatzvor-

nahme des BMG, die Ende März 2005 den Spitzenverbänden auf Bundesebene bereits im Referentenentwurf übersandt wurde, in keinem Bundesland zur Anwendung kommen musste.

Die Übersicht 2 gibt die Ergebnisse der Verhandlungen in den einzelnen Bundesländern wieder. Sie zeigt, dass Berlin und das Saarland die höchsten und Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein die niedrigsten Abschlüsse in den alten Bundesländern haben. Was Berlin betrifft, so ist dies nicht ungewöhnlich, da es im stationären Bereich schon immer sehr teuer war. Das Ergebnis für Nordrhein-Westfalen war jedoch weniger vorhersehbar, da dieses Bundesland eine äußerst breit gefächerte Klinikstruktur hat, die von kleinen Krankenhäusern der Grundversorgung bis zu großen Universitätskliniken der Maximalversorgung reicht.

Ein kurzer Blick auf die Verfahrensweise bei der Ermittlung eines Landesbasisfallwertes lohnt sich: Indem man die vereinbarten Budgets des Jahres 2004 der einzelnen Krankenhäuser eines Landes aufsummiert, erhält man ein Landeskrankenhausbudget für 2004, das die Ausgangsgröße für alle weiteren Betrachtungen darstellt. Im zweiten Schritt ist die Ausgangsgröße um die Tatbestände zu bereinigen, die im Jahr 2005 nicht oder nicht mehr über den Basisfallwert finanziert werden. Darunter fallen beispielsweise die in den Krankenhausindividuellen Budgets des Jahres 2004 eingestellten Beträge für die Ausbildung von Krankenschwestern, die ab 2005 nicht über den krankenhausesindividuellen Basisfallwert, sondern über Zuschläge vergütet werden. Gleiches gilt für die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson des Patienten im Krankenhaus. Auch diese Kosten werden künftig außerhalb des Fallpauschalenbudgets über einen tagesbezogenen Preiszuschlag finanziert. Im dritten Schritt ist schließlich die bereinigte Ausgangsgröße für das Jahr 2004 auf das Jahr 2005 hochzurechnen. Hierbei sind insbesondere die Veränderungen des Fallpauschalenkataloges 2005 gegenüber 2004 und Veränderungen in der Kodierung zu berücksichtigen.

Für die Fortschreibung der Ausgangsgröße um diese und andere Einflussfaktoren hat der Gesetzgeber eine sehr klare Leitlinie vorgegeben. Eine Budgeterhöhung darf nicht zu einer Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität führen. Als obere Grenze fungiert die Veränderungsrate bei den Einkommen der GKV pro Kopf. Das Ergebnis ist die maximale Höhe für ein beitragsstabilisiertes Krankenhausbudget im Jahr 2005. Auf der Grundlage der im 2. FPÄndG verankerten Konvergenzphase erfolgt nun eine Umverteilung von Finanzmitteln innerhalb der Krankenhäuser eines Bundeslandes. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Regelung, dass ein Krankenhaus pro Jahr höchstens ein Prozent seines Budgetvolumens verlieren darf, wohingegen es für Budgeterhöhungen im Umfang der Konvergenz keine obere Grenze gibt. Diese letztgenannte asymmetrische Behandlung der Krankenhäuser hatte der Gesetzgeber zuerst nicht vorgesehen. Sie ist eine der Neuerungen des 2. FPÄndG gegenüber dem Fallpauschalengesetz in seiner ursprünglichen Form und führte dazu, dass bei der Festlegung der Landesbasisfallwerte auch so genannte „Kappungsbeträge“ ermittelt werden mussten, um die die Landesbasisfallwerte jeweils zu verringern waren.

Auch der Herbst 2005 und das Frühjahr 2006 wurden wieder von Verhandlungen zum Landesbasisfallwert beherrscht. Es ist nicht übertrieben zu sagen, dass es für die Landesverbände der Kostenträger und Krankenhausgesellschaften derzeit kein Thema gibt, das diesem in seiner Bedeutung auch nur annähernd gleichkommt. Einerseits sind Basisfall-

werte für das Jahr 2006 festzulegen, andererseits sind an den Basisfallwerten für das Jahr 2005 bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen Korrekturen vorzunehmen.

Eine solche nachträgliche Korrekturmöglichkeit eines vereinbarten bzw. durch Schiedsstellenbeschluss festgelegten Wertes hatte der Gesetzgeber ursprünglich im Fallpauschalengesetz nicht vorgesehen. Da bei der Ermittlung eines zukünftigen Landeskrankenhausbudgets jedoch viele Größen geschätzt werden müssen, sind unvorhersehbare Entwicklungen möglich, die bewirken, dass der vereinbarte Landesbasisfallwert sich im Nachhinein als zu hoch bzw. zu niedrig erweist. Das 2. FPÄndG sieht deshalb vor, dass solche Abweichungen zwischen Ist- und Vereinbarungswerten auf der Landesebene ausgleichsfähig gestellt werden können. Dies hat die konkreten Verhandlungen zwar erheblich vereinfacht, die Landesebene andererseits aber auch vor neue Probleme gestellt.

Es ist eindeutig, dass das Zustandekommen einer Vereinbarung vereinfacht wird, wenn festgelegt werden kann, dass bestimmte Größen, die dieser zugrunde liegen, zu einem späteren Zeitpunkt korrigiert werden können. Legt man aber gleichzeitig nicht fest, auf welche Weise dies geschehen soll, ist nicht wirklich viel gewonnen. Aus der Sicht der Kostenträger besteht darüber hinaus die Gefahr, dass durch eine solche Vorgehensweise das alte Selbstkostendeckungsprinzip im DRG-System wieder zum Leben erweckt werden könnte. Losgelöst von solchen eher grundsätzlichen Überlegungen hat man in den Bundesländern allerdings schon aus rein pragmatischen Gesichtspunkten verschiedene Tatbestände ausgleichsfähig gestellt, um überhaupt zu einem Ergebnis zu gelangen.

Bei Redaktionsschluss lag der erste Landesbasisfallwert des Jahres 2006 vor, und zwar für Niedersachsen: Ohne Ausgleich und Kappung beträgt er 2.791,93 Euro. Der tatsächliche Zahlbetrag von 2.756,03 Euro des Jahres 2006 ergibt sich, indem hierzu 11,51 Euro für Fehleinschätzungstatbestände aus dem Jahr 2005 addiert und 47,41 Euro als so genannter Kappungsbetrag abgezogen werden.

In den anderen Bundesländern sind die Verhandlungen im Gange, konkrete Ergebnisse lagen bei Redaktionsschluss jedoch noch nicht vor. Die großen und kontroversen Themen sind überall die Entwicklung von Personal- und Sachkosten, das Vorliegen von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Quantifizierung von Katalog- und Kodiereffekten. Um letztlich fruchtlose Diskussionen über eine Vielzahl von Einzelfragen zu vermeiden, wird deshalb immer wieder auf eine für alle Beteiligten akzeptable Gesamtlösung geblickt.

Übersicht zu den Landesbasisfallwerten 2005

Bundesland	Referentenentwurf des BMG			Verhandlungsergebnisse auf Landesebene			
	vorläufiger Landesbasisfallwert			zwischen den Vertragsparteien vereinbart	durch Schiedsstelle festgesetzt	Landesbasisfallwert	
	ohne Kappung	Kappungsbetrag	mit Kappung			ohne Kappung	Kappungsbetrag mit Kappung
Neue Bundesländer							
Brandenburg	2.650 €	22 €	2.628 €	X		2.639,31 €	2.612,31 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.625 €	61 €	2.564 €	X		2.636,04 €	2.585,00 €
Sachsen	2.690 €	57 €	2.633 €		X	2.704,68 €	2.654,68 €
Sachsen-Anhalt	2.769 €	96 €	2.673 €		X	2.744,19 €	2.620,30 €
Thüringen	2.707 €	86 €	2.621 €		X	2.729,60 €	2.624,98 €
Alte Bundesländer							
Baden-Württemberg	2.885 €	93 €	2.792 €	X		2.855,51 €	2.774,57 €
Bayern	2.743 €	87 €	2.656 €	X		2.789,75 €	2.710,50 €
Berlin	3.169 €	47 €	3.122 €		X	3.085,81 €	2.999,81 €
Bremen	2.923 €	30 €	2.893 €		X	2.915,00 €	2.866,00 €
Hamburg	2.890 €	47 €	2.843 €		X	2.970,73 €	2.920,41 €
Hessen	2.825 €	39 €	2.786 €	X		2.748,00 €	2.737,99 €
Niedersachsen					X	2.784,64 €	2.735,79 €
Nordrhein-Westfalen	2.703 €	57 €	2.646 €		X	2.734,30 €	2.679,80 €
Rheinland-Pfalz	2.886 €	38 €	2.848 €	X		2.928,10 €	2.888,10 €
Saarland	2.955 €	3 €	2.952 €	X		2.930,00 €	2.923,02 €
Schleswig-Holstein	2.646 €	32 €	2.614 €	X		2.649,63 €	2.619,63 €

**Einbettzimmerzuschläge im Jahresdurchschnitt 2005
im Vergleich zum Vorjahr**

	Einbettzimmer ohne RZ*		
	2004 in Euro	2005 in Euro	Veränderung in Prozent
Bundesgebiet	81,54	82,59	1,29
Alte Bundesländer (mit Berlin)	83,53	84,71	1,41
Neue Bundesländer	67,40	66,60	- 1,18
Baden-Württemberg	83,14	83,93	0,96
Bayern	83,59	86,89	3,95
Berlin	87,19	89,22	2,33
Brandenburg	67,11	66,93	- 0,27
Bremen	90,91	91,93	1,12
Hamburg	83,55	82,06	- 1,78
Hessen	82,93	83,14	0,26
Mecklenburg-Vorpommern	75,57	70,60	- 6,58
Niedersachsen	81,57	82,16	0,73
Nordrhein-Westfalen	83,39	84,14	0,91
Rheinland-Pfalz	86,55	88,74	2,53
Saarland	90,74	89,83	- 1,00
Sachsen	60,58	59,63	- 1,56
Sachsen-Anhalt	69,43	69,13	- 0,44
Schleswig-Holstein	80,41	82,62	2,76
Thüringen	75,13	77,82	3,59

*RZ: Regelleistung Zweibettzimmer

**Zweibettzimmerzuschläge im Jahresdurchschnitt 2005
im Vergleich zum Vorjahr**

	Zweibettzimmer ohne RZ*		
	2004 in Euro	2005 in Euro	Veränderung in Prozent
Bundesgebiet	41,18	41,86	1,65
Alte Länder (mit Berlin)	42,26	43,01	1,76
Neue Länder	32,87	32,30	- 1,74
Baden-Württemberg	41,23	41,48	0,60
Bayern	42,12	43,45	3,16
Berlin	38,99	41,29	5,90
Brandenburg	33,15	33,87	2,19
Bremen	42,54	44,49	4,58
Hamburg	40,81	40,26	- 1,35
Hessen	40,31	40,40	0,22
Mecklenburg-Vorpommern	32,79	29,89	- 8,84
Niedersachsen	40,86	41,32	1,12
Nordrhein-Westfalen	43,78	44,63	1,94
Rheinland-Pfalz	43,91	45,19	2,92
Saarland	45,38	45,35	- 0,07
Sachsen	30,69	28,52	- 7,08
Sachsen-Anhalt	33,81	33,73	- 0,26
Schleswig-Holstein	43,03	44,55	3,54
Thüringen	36,16	38,04	5,20

*RZ: Regelleistung Zweibettzimmer

IV. Private Pflegepflichtversicherung

1. Beiträge

Zum 1.1.2005 sind die Höchstbeiträge in der gesetzlichen Pflegeversicherung für Versicherte ohne Beihilfeanspruch von 59,28 Euro auf 59,92 Euro und für Versicherte mit Beihilfeanspruch von 29,64 Euro auf 29,96 Euro angehoben worden. Dadurch musste auch der Beitrag für Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), deren Tarifbeitrag gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e SGB XI auf den Höchstbeitrag bzw. den halben Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt ist, entsprechend angepasst werden. Von Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall, die die Beitragskappung beanspruchen können, erhebt die PPV höchstens 40 Prozent des Höchstbeitrages. Im Jahr 2005 waren dies 23,97 Euro (Vorjahr: 23,71 Euro).

Höchstbeiträge 2005

Der Beitrag für die über 25 Jahre alten und damit nicht mehr beitragsfreien Studenten (nur Tarifstufe PVN) betrug im Jahr 2005 13,30 Euro/Monat (seit 1.1.2003). Für die Anwartschaftsversicherung, die für Zeiten einer Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung (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.

Studentenbeitrag/
Anwartschafts-
versicherung

2. Gesetzgebung zur Pflegeversicherung

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 18.11.2005 enthält im IV. Kapitel („Soziale Sicherheit verlässlich und gerecht gestalten“), 8. Unterkapitel, Aussagen zur Pflegeversicherung mit zum Teil unmittelbarer Relevanz für die PPV. Der erste Unterabschnitt (8.1 „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“) enthält die nachfolgenden Eckpunkte:

Koalitionsvertrag

- Notwendigkeit der Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente angesichts der demographischen Entwicklung
- Verbesserung der Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit; Behandlungspflege bleibt Daueraufgabe der Pflegeversicherung (vgl. § 43 b SGB XI)
- Angebot der Pflegeversicherung auch zukünftig durch SPV und PPV; zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen wird ein Finanzausgleich zwischen ihnen eingeführt; der Kapitalstock der PPV wird dafür nicht angegriffen

- Vorlage des Gesetzes zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der Pflegeversicherung bis zum Sommer 2006.

Der zweite Unterabschnitt (8.2 „Verbesserungen auf der Leistungsseite“) enthält die nachfolgend aufgeführten Festlegungen:

- Dynamisierung der seit 1995 unverändert gebliebenen Pflegeleistungen
- Überarbeitung der Spreizung zwischen den einzelnen Pflegestufen im Hinblick auf die Anreizwirkung und die bedarfsgerechte Versorgung; Nachjustierung der Pflegeleistungen mit dem Ziel der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“
- bessere Berücksichtigung des besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarfs z. B. der Demenzzkranken; dazu mittelfristige Überarbeitung des Pflegebegriffs unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse der Pflegewissenschaften
- Bürokratieabbau in den Pflegeeinrichtungen, z. B. bei den Dokumentationspflichten, unter Einbeziehung der Vorschläge des „Runden Tisches Pflege“
- Überwindung der Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung; Durchsetzung des Grundsatzes „Reha vor und bei Pflege“
- Ausweitung des Pflegeurlaubs im Rahmen der Familienpflege
- Verbesserungen bei der Pflegeausbildung
- Förderung alternativer Wohn- und Betreuungsangebote und niedrigschwelliger Angebote.

Position der PKV

Positiv wird von der PKV bewertet, dass die Bundesregierung mit der Koalitionsvereinbarung die Demographieabhängigkeit der Pflegeversicherung erstmals ausdrücklich anerkannt hat. Die kapitalgedeckte PPV mit über 15 Mrd. Euro Rückstellungen (Ende 2005) und damit deutlich verringerter Abhängigkeit von der demographischen Entwicklung war hier Vorbild. Positiv bewertet wird auch, dass diese Rückstellungen im Rahmen des geplanten Finanzausgleichs nicht angegriffen werden. Dies wäre verfassungsrechtlich allerdings auch nicht möglich, wie Prof. Dr. Otto Depenheuer vom Seminar für Staatsphilosophie und Rechtspolitik der Universität zu Köln in einem für den PKV-Verband erstellten Kurzgutachten vom 17.10.2005 festgestellt hat.

Gutachten
Prof. Depenheuer

Prof. Depenheuer kommt in seinem Gutachten zu den nachfolgend in Leitsätzen zusammengefassten Ergebnissen:

- Die privaten Pflegeversicherungsträger sind Grundrechtsträger und nicht „Sozialversicherungsträger in privater Hand“. Trotz öffentlich-rechtlicher Überlagerungen sind die Rechtsbeziehungen zwischen ihnen und den Privatversicherten privatrechtlich bzw. grundrechtlich geprägt.
- Die Rückstellungen der privaten Pflegeversicherungen unterliegen daher als kapitalgedeckte private Anwartschaftsrechte der privat Pflegepflichtversicherten uneingeschränkt dem Schutz der verfassungsrechtlichen Eigentumsgarantie (Artikel 14 Grundgesetz).
- Private und soziale Pflegeversicherungen bilden keine Solidargemeinschaft sui generis. Der Gesetzgeber hat gerade keinen einheitlichen Solidarverband geschaffen. Die gesetzlich festgeschriebene Selbständigkeit der privaten Pflicht-Pflegeversicherung steht einer solidarischen Inpflichtnahme der privaten zugunsten der sozialen Pflegeversicherung entgegen.
- Selbst eine Überführung der privaten in die soziale Pflegeversicherung würde die angesammelten Rückstellungen nicht einer solidarischen Umverteilungsaktion zugänglich machen. Denn die durch Rückstellungen gesicherten Ansprüche sind verfassungsrechtlich den privat Pflegeversicherten als Eigentum zugeordnet.
- Ein Zugriff des Staates auf die Rückstellungen der privaten zugunsten der sozialen Pflegeversicherung bedeutete eine Enteignung, die aber nicht nur dem Erfordernis des allgemeinen Wohls nicht Rechnung tragen würde, sondern wegen der Entschädigungsverpflichtung zu einem fiskalischen Nullsummenspiel führte.

Der bessere eigentumsrechtliche Schutz eines Kapitalstocks bei einem privaten Versicherungsunternehmen ist auch der Grund dafür, dass die PKV eine Kapitaldeckung in den Händen der sozialen Pflegeversicherung für unzumutbar hält. Dort bestünde die Gefahr, dass bei ungünstiger Finanzlage der Pflegeversicherung der Kapitalstock mit gesetzlicher Unterstützung zweckentfremdet würde.

Kapitalstock in der SPV?

Bereits kurz nach Abschluss des Koalitionsvertrages hat sich Gesundheitsministerin Ulla Schmidt gegenüber der Financial Times Deutschland und der Berliner Zeitung dahingehend geäußert, dass für die private Krankenversicherung die Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden sollten. So solle auch die private Pflegepflichtversicherung einkommensbezogene Beiträge erheben. Diese Äußerungen stehen im Widerspruch zum Koalitionsvertrag. Allerdings hatte die Ministerin bereits vor der Landtagswahl in NRW im Mai 2005 die Vereinheitlichung von SPV und PPV gefordert und dies damit begründet, dass Versicherte der privaten Pflegeversicherung „viel günstiger wegkommen“ als in der sozialen Pflegeversicherung.

Ministerin fordert Vereinheitlichung

Diese Aussage, die sich auf Untersuchungen des Kölner Gesundheitsökonom und Bundestagsabgeordneten Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach (Soziale Sicherheit, Heft 3/2005) stützte, beruht auf einem Fehler. Lauterbach hatte nicht berücksichtigt, dass 55 Prozent der Privatversicherten Beamte sind, die im Pflegefall 70 Prozent der Leistungen vom Dienstherrn erhalten und sich deshalb nur für die verbleibenden 30 Prozent versichern müssen. Dementsprechend zahlen sie geringere Beiträge als die Vollversicherten. Rechnet man den Versicherungsbeitrag der Beihilfeberechtigten auf 100 Prozent hoch, ergibt sich in der privaten Pflegeversicherung ein monatlicher Durchschnittsbeitrag von 34,59 Euro gegenüber 19,64 Euro in der sozialen Pflegeversicherung. Der PPV-Beitrag ist allerdings nicht vom Einkommen abhängig, sondern vom Eintrittsalter. Deshalb zahlt der 30-Jährige etwa 18 Euro Monatsbeitrag, während ältere Versicherte den Höchstbeitrag von 60 Euro monatlich bzw. 24 Euro für Beihilfeberechtigte zahlen. Der gleiche Denkfehler wiederholte sich in der Lauterbach-Studie beim Vergleich der Leistungsausgaben. So konnte er behaupten, dass, selbst wenn man annähme, dass die Verteilung nach Alter und Geschlecht in beiden Systemen gleich wäre, die Privatversicherten nur ca. 30 Prozent der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung verursachten. Antragstellung und Bewilligung seien in beiden Bereichen der Pflegeversicherung identisch geregelt; der Grund müsse also die prinzipiell geringere Pflegewahrscheinlichkeit der Privatversicherten sein. Auch bei dieser Berechnung wurde der „Beihilfefaktor“ offenbar ignoriert. Dabei ist der Anteil der Beihilfeberechtigten unter den Pflegebedürftigen der privaten Pflegeversicherung mit 78 Prozent außerordentlich hoch, während sie nur etwas mehr als die Hälfte der Versicherten ausmachen. Hauptzweck der Studie war offenbar, eine Begründung dafür zu liefern, warum es gerechtfertigt ist, die privat Pflegeversicherten für die Sanierung der sozialen Pflegeversicherung in die Pflicht zu nehmen. Ein weiterer Teil dieser Argumentation ist die Behauptung, die PPV verfüge auf Kosten der SPV über eine bessere Risikostruktur und habe deshalb geringere Ausgaben. Richtig ist, dass sich in der PKV eine Altersverteilung, die mit der in der GKV vergleichbar ist, erst allmählich einstellt, da Angestellte bis 1989 bei Eintritt in den Ruhestand in die GKV wechseln konnten. Zur Angleichung der Altersstruktur trägt auch bei, dass die Rückkehroption von PKV-Versicherten in die GKV ab dem Alter 55 mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) erschwert wurde. Für die Gruppe der Beamten und Selbständigen gab es die erwähnten Wechselrechte ohnehin nicht, so dass hier eine Vergleichbarkeit in der Altersstruktur bereits bestehen dürfte. Insgesamt werden die Möglichkeiten, dass die PPV zur finanziellen Sanierung der SPV beiträgt – hier wurde gelegentlich von Transferbeträgen von 1 Mrd. Euro jährlich gesprochen –, offenbar überschätzt.

Ihr eigenes Reformmodell zur Pflegeversicherung hat die PKV am 14.3.2005 in Berlin vorgestellt. Die zwingend notwendige Dynamisierung der Pflegeleistungen soll nach diesem Modell nicht im Umlageverfahren, sondern kapitalgedeckt finanziert werden. Das Grundmodell

sieht dabei vor, dass die Versicherten zusätzlich eine private Pflegeversicherung zu einem Pauschalbeitrag von 8,50 Euro monatlich abschließen. Mit diesem Beitrag, der jedes Jahr um einen Euro pro Monat erhöht würde, könnten die Pflegeleistungen jährlich um zwei Prozent dynamisiert werden. Die soziale Pflegeversicherung übernehme weiterhin die undynamisierten Leistungen. Der Beitragssatz könnte dauerhaft bei 1,7 bzw. 1,95 Prozent stabilisiert werden. Weitere Voraussetzung dafür wäre, dass die Leistungen für häusliche und für stationäre Pflege einheitlich auf 400 Euro in Stufe I, 1.000 Euro in Stufe II und 1.500 Euro in Stufe III festgesetzt werden. Durch diese finanzielle Gleichstellung, die u. a. die Rürup-Kommission vorgeschlagen hatte, soll zugleich eine Umsteuerung der Finanzmittel aus dem vollstationären in den ambulanten Bereich erreicht werden. Leistungserweiterungen für demenziell Erkrankte sind bei diesem Modell noch nicht berücksichtigt. Nach 36 Jahren wäre ein Kapitalstock von 420 Mrd. Euro aufgebaut. Der Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen würde zu diesem Zeitpunkt zur Hälfte aus der kapitalgedeckten Versicherung finanziert. Die Pflegeversicherung stünde dann auf zwei gleich starken Finanzierungssäulen – Umlage und Kapitaldeckung.

Neben dem Grundmodell sind auch weitere Varianten möglich, bei denen der Kapitalaufbau deutlich zügiger erfolgt. In der ersten Modellvariante übernimmt die PPV die Dynamisierung der Leistungen und zusätzlich die Leistungsdifferenz zwischen der Pflegestufe II und III. Die SPV zahlt weiterhin die Leistungen bis zur Pflegestufe II. In dieser Variante kann der Beitragssatz der SPV sofort auf 1,5 Prozent abgesenkt werden. Die private Ergänzungsversicherung kostet in dieser Modellvariante beim Start 12 Euro. Der Beitrag wird jährlich um 1,10 Euro pro Monat erhöht. Die Pflegeversicherung wäre nach 28 Jahren zur Hälfte kapitalgedeckt ausfinanziert.

Modellvariante I

Noch stärker erfolgt der Kapitalaufbau in der zweiten Modellvariante: Für einen Beitrag von 20 Euro mit einer jährlichen Erhöhung um 2 Euro kann die private Pflegeversicherung nicht nur die Leistungsdynamisierung, sondern auch die Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit übernehmen. Die soziale Pflegeversicherung zahlt nur noch Leistungen in Höhe der Pflegestufe I. Dafür kann der Beitragssatz sofort auf 0,85 Prozent herabgesetzt werden.

Modellvariante II

Es handelt sich hier nicht um das Idealmodell der PKV. Der ordnungspolitisch bessere Weg wäre der vollständige Umstieg vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren. Die Finanzierung wäre damit langfristig und generationengerecht sichergestellt. Die politische Realisierbarkeit eines solchen Totalumstiegs wird von der PKV allerdings als gering eingeschätzt. Der Kronberger Kreis etwa hat dafür einen erforderlichen Steuertransfer in Höhe von 14 Mrd. Euro jährlich berechnet, was angesichts der Lage der öffentlichen Haushalte für kaum durchsetzbar gehalten wird. Aus diesem Grund hat die PKV bei ihrem Modell bewusst auch den politischen Handlungsspielraum antizipiert.

Vollständige Kapitaldeckung wäre ideal

Ordnungspolitisch richtig wäre es auch, wenn der Abschluss der ergänzenden Pflegeversicherung freiwillig erfolgte. Die Erfahrung zeigt aber, dass eine rechtzeitige gesamtgesellschaftliche Weichenstellung für die Pflegeabsicherung ohne Versicherungspflicht nicht gelingen wird. Für die technische Umsetzung war vorgesehen, dass in einer Übergangszeit der Beitragseinzug und die Leistungsauszahlung durch die SPV mit organisiert wird. Pflegebedürftige würden dann zunächst alle Leistungen in vollem Umfang von der sozialen Pflegeversicherung ausbezahlt bekommen. Leistungen der privaten Pflegeversicherung würden unmittelbar an die SPV erfolgen. Das Modell sieht außerdem vor, in der Startphase aus Vereinfachungsgründen die private Dynamisierungsversicherung durch ein Gemeinschaftsunternehmen der Branche durchführen zu lassen. Das erschien mit Blick darauf, dass es sich bei der Pflegeversicherung um ein Einheitsprodukt handelt, und angesichts der Eilbedürftigkeit gerechtfertigt. Nach der Einführung wären dann aber möglichst schnell Wettbewerbsstrukturen zu schaffen. Dabei sollte der Versicherte ohne Nachteile auch zwischen verschiedenen Versicherungsunternehmen wechseln können.

Weitere Modelle, die in der Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung eine Rolle gespielt haben, können hier nur stichwortartig erwähnt werden. Nach wie vor hat der Vorschlag der R ü r u p – K o m m i s s i o n (Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme 2003) die Diskussion beeinflusst. Ihr kommt insbesondere das Verdienst zu, dass sie die Notwendigkeit der Kapitaldeckung ins allgemeine Bewusstsein gerückt hat. Eine B ü r g e r v e r s i c h e r u n g für die Pflege ist in unterschiedlichen Modellvarianten diskutiert worden (vgl. etwa Lauterbach/Nahles in „Bürgerversicherung senkt Pflegebeitrag“, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 3.3.2005, S. 15). Sie sieht eine Einbeziehung aller Bürger in die SPV und die Auflösung der kapitalgedeckten PPV vor. Grundlage für die Beitragsbemessung sollen Lohn- und verwandte Einkünfte sowie Einkünfte aus Kapitalvermögen (ohne Miet- und Pachteinnahmen) jeweils bis zur Beitragsbemessungsgrenze der GKV sein. Dies soll eine Absenkung des Beitragssatzes auf 1,5 Prozent ermöglichen, einschließlich verbesserter Versorgung für Demenzzranke, Anhebung der Leistungen für ambulante Pflege und jährlicher Dynamisierung. Bis 2025 würde der Beitragssatz auf zwei Prozent steigen. Der Vorschlag des V d A K (in: Die Ersatzkasse, Sonderveröffentlichung August 2005) sieht wahlweise die Einführung einer Bürgerversicherung für die Pflege oder die Beibehaltung des bestehenden Systems und Einführung eines Finanzausgleichs zwischen SPV und PPV vor. Letzteres hat Eingang in den Koalitionsvertrag vom 18.11.2005 gefunden. Das P r ä m i e n m o d e l l der B D A (in: Soziale Selbstverwaltung, 53. Jahrgang, Heft 10, S. 73 ff.) sieht die Einführung eines Systems aus Basis- und Ergänzungsversicherung bei grundsätzlicher Beibehaltung von umlagefinanzierter SPV und kapitalgedeckter PPV vor. Die Prämien in der SPV sollen einkommensunabhängig sein. Der bisherige Arbeitgeberanteil am Beitrag soll Bruttolohnbestandteil werden. Im Bericht des Sachverständigenrates zur

Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2005 schlägt dieser einen vollständigen Übergang der SPV zur Kapitaldeckung mit alterskohortenspezifischen Pauschalprämien vor. Dieser Übergang soll sofort für alle Geburtsjahrgänge ab 1951 erfolgen; ältere verbleiben dauerhaft in der SPV. Einen vollständigen Übergang der SPV zur Kapitaldeckung mit pauschalen Kopfprämien sah auch die Herzog-Kommission (Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, September 2003) vor. Das Umlageverfahren sollte um einen Kapitalstock ergänzt und ab 2030 vollständig auf Kapitaldeckung umgestellt werden. Für den vollständigen Übergang der SPV zur Kapitaldeckung mit risikoäquivalenten Prämien tritt auch die Stiftung Marktwirtschaft/Kronberger Kreis (Donges et al., 2005) ein, die eine Versicherungspflicht für alle Bürger in einer privaten Pflegeversicherung vorsieht. Das Auslaufmodell von Häcker und Raffelhüschen (Gutachten für die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft) propagiert den Umstieg auf eine private kapitalgedeckte Pflegeversicherung. Ab einem Umstellungsstichtag müssten alle unter 60-jährigen Versicherten private Versicherungsverträge vorweisen. Für die über 60-Jährigen würde das bestehende Umlageverfahren aus Vertrauensschutzgründen beibehalten; sie hätten entsprechend der geltenden Rechtslage jedoch keinen Anspruch auf eine Dynamisierung der Leistungen. Die Finanzierung der fortgeführten Leistungen würde einerseits durch eine Pflegepauschale der über 60-Jährigen von 50 Euro monatlich und andererseits durch einen lohnabhängigen Beitrag der Jüngeren erfolgen, wobei der Beitragssatz im Zeitverlauf schwanken und im Durchschnitt bei 0,7 Prozent liegen würde. Bis 2046 sollte er auf Null sinken. Auch die GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung), in der neben der PKV die Pflegekassen, die Arbeitgeber und die Gewerkschaften vertreten sind, hat sich, anknüpfend an ein Papier aus dem Jahr 2003 (GVG-Informationsdienst Nr. 295), in dem sich die Beteiligten für eine kapitalgedeckte Ergänzung aussprachen, erneut intensiv mit der Finanzierungsseite der Pflegeversicherung auseinandergesetzt. Das Thema wird den zuständigen GVG-Ausschuss auch künftig beschäftigen.

Mit dem Ziel, die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern, hatten das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Herbst 2003 für einen Zeitraum von zwei Jahren den „Runden Tisch Pflege“ einberufen. An dieser gemeinsamen Initiative nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden, aus Ländern und Kommunen, der Praxis und Wissenschaft teil. In vier Arbeitsgruppen ging es beim Runden Tisch Pflege um die Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege, die Qualitätsverbesserung in der stationären Betreuung und Pflege, die Entbürokratisierung der Pflege und die Entwicklung einer Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Die Arbeitsgruppe „Charta“, in der auch der PKV-Verband vertreten war, hat im September 2005 ein entsprechendes Papier veröffentlicht

Runder Tisch Pflege

(www.dza.de/download/ErgebnisserunderTischArbeitsgruppeIV.pdf). Ziel der Charta ist es, die Rolle und die Rechtsstellung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu stärken. Zugleich soll sie die Leitlinie für Menschen und Institutionen sein, die Verantwortung in der Pflege, Betreuung und Behandlung übernehmen. Die Ergebnisse aller Arbeitsgruppen wurden am 12.9.2005 auf einer Fachtagung in Berlin vorgestellt, die das Deutsche Zentrum für Altersfragen im Auftrag der beteiligten Ministerien durchführte.

**BSG zum
Beitrittsrecht**

Personen, die nicht pflegeversicherungspflichtig sind, stand unter bestimmten Voraussetzungen ein Beitrittsrecht zur SPV oder PPV gemäß § 26a Abs. 1 SGB XI zu. Ausgenommen davon waren nach Satz 2 der Vorschrift Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) bezogen, sowie Personen, die nicht selbst in der Lage waren, einen Beitrag zu zahlen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 18.5.2005 – Az.: B 12 P 3/04 R – entschieden, dass die Voraussetzung für einen Ausschluss des Beitrittsrechts nach § 26a Abs. 1 Satz 2 SGB XI beim Bezug von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt auch dann vorliege, wenn die Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß § 27 Abs. 3 BSHG von der Hilfe zur Pflege in Form der vollstationären Pflege gemäß § 68 BSHG umfasst werde. Auch dann beziehe der Hilfebedürftige im Sinne von § 26a Abs. 1 Satz 2 SGB XI laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG und könne folglich keine Aufnahme in die Pflegeversicherung beanspruchen.

**Änderung der
MB/PPV 1996**

Bedingt durch Gesetzesänderungen mussten mit Genehmigung des juristischen Treuhänders die Musterbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 1996), die Grundlage für alle Versicherungsverträge in der PPV sind, angepasst werden. In Nr. 8 Tarif PV musste die Paragraphennummer „141“ durch die Angabe „137“ ersetzt werden. Die Änderung geht zurück auf Artikel 10 Nr. 1 RVOrgG (BGBl. I, 2004, S. 3242) und betrifft die Zuständigkeit des neu geschaffenen Rentenversicherungsträgers „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“. Weitere Änderungen gehen auf Artikel 9 a des Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht – Verwaltungsvereinfachungsgesetz (BGBl. I 2005, S. 818 (828)) – zurück. In § 8 Abs. 2 Satz 1 MB/PPV 1996 wurde ergänzt, dass auch Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern der Versicherungsnehmer beitragsfrei versichert werden. Außerdem ist in den Nrn. 5, 6 und 7 des Tarifs PV die Angabe „31.12.2004“ durch die Angabe „30.6.2007“ ersetzt worden. Das betrifft die Tragung der Kosten für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen durch die Pflegeversicherung, anstatt, wie in § 43b SGB XI vorgesehen, durch die Krankenkassen und die Staffelung der Leistungen bei vollstationärer Pflege nach Pflegestufen. Wegen Artikel 10 Nr. 6 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialrechts in das Sozialgesetzbuch (BGBl. I, 2003, S. 3022) mussten schließlich in Nr. 7.2 Tarif PV die Wörter „§ 93 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz“ durch die Wörter „§ 75 Abs. 3 SGB XII“ ersetzt werden. Damit wird dem Umstand

Rechnung getragen, dass das Bundessozialhilfegesetz durch das SGB XII ersetzt worden ist.

3. Medizinische Begutachtung der Antragsteller

Die Firma MEDICPROOF konnte im Jahr 2005 auf ihr 10-jähriges Bestehen zurückblicken. Sie ist 1995 von der BAD GmbH als Dienstleister für die PPV gegründet worden. Später wurde sie vom PKV-Verband übernommen und besteht seitdem als dessen Tochterunternehmen. Die MEDICPROOF GmbH beschäftigt in der Zentrale 41 Personen, davon sieben Ärztinnen und Ärzte. Bundesweit wird die Begutachtung durch 785 Ärzte und Pflegefachkräfte getragen, die pro Standardgutachten 120 Euro Honorar erhalten. Dies wird von den PKV-Unternehmen bezahlt, die außerdem eine Pauschale für die Dienstleistungen der MEDICPROOF entrichten. Sie beläuft sich seit der BAD-Zeit unverändert auf 35,59 Euro (brutto). Die Qualität der MEDICPROOF-Gutachten braucht keinen Vergleich zu scheuen. Das wurde den Gutachtern von Experten bei einer zentralen Informationsveranstaltung bestätigt (PKV Publik Nr. 6/2005, S. 70 f.). Dazu haben nicht nur die regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen beigetragen, sondern auch die konsequente Supervision.

10 Jahre
MEDICPROOF

Die Zeit zwischen Eingang des Begutachtungsauftrages bei der MEDICPROOF GmbH bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens hat im Jahr 2005 im Mittel 24 Tage bei ambulanter und 21 Tage bei stationärer Pflege betragen. Soll ein Antragsteller aus stationärer Krankenhausbehandlung in ein Pflegeheim oder in häusliche Pflege entlassen werden, erfolgt innerhalb von zwei Tagen eine vorläufige gutachterliche Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage ohne Einschaltung externer Gutachter. Bei beabsichtigter häuslicher Pflege und eindeutiger Aktenlage können neben der Pflegestufe auch einige der gängigsten Hilfsmittel (z. B. Pflegebett, Toilettenstuhl) zur Erleichterung der Pflege empfohlen werden. Die vorläufigen Empfehlungen der MEDICPROOF GmbH werden dann innerhalb von ca. sechs Wochen durch externe Gutachter überprüft.

Begutachtungsdauer

Mit Stand vom 1.12.2005 waren 702 Ärzte und 83 Pflegefachkräfte für die MEDICPROOF GmbH tätig. 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.

Freiberuflich tätige
Gutachter bei
MEDICPROOF

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

Allgemeinmedizin	25 %
Innere Medizin	17 %
Arbeitsmedizin	14 %
Chirurgie, Orthopädie	5 %
Öffentliches Gesundheitswesen	7 %
Neurologie, Psychiatrie	5 %
Pädiatrie	4 %
Sonstige Fachärzte	8 %
Praktische Ärzte	26 %

Begutachtungsrichtlinien

Grundlage der gutachterlichen Bewertung stellen die Begutachtungsrichtlinien (BRi) der gesetzlichen Pflegekassen vom 21.3.1997 in der Fassung vom 22.8.2001 dar. Sie geben für den Zeitbedarf an Hilfeleistungen bei den Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität so genannte „Orientierungswerte“ an. Dabei handelt es sich um Zeitkorridore, bei deren Festlegung von einer vollständigen Übernahme der jeweiligen Verrichtung durch eine Laienpflegekraft ausgegangen wird. Sie entbinden den Gutachter aber nicht von der individuellen Prüfung des Pflegezeitaufwandes in jedem Einzelfall. Abweichungen von den Zeitkorridoren sind möglich, wenn sie entsprechend begründet werden. Durch Addition der Pflegezeiten für alle Verrichtungen der Grundpflege ergibt sich zusammen mit dem hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarf der für eine bestimmte Pflegestufe ausschlaggebende Gesamtpflegezeitaufwand. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) haben Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, 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

Der Auftragsrückgang, der sich bei der MEDICPROOF GmbH seit dem BSG-Urteil vom 22.8.2001 zur Einschränkung von Wiederholungsbegutachtungen zunächst abzeichnete, hat sich 2005 nicht weiter fortgesetzt. Im Jahr 2005 wurden 94.568 Begutachtungsaufträge von den freiberuflich tätigen Gutachtern bearbeitet. Im Durchschnitt bearbeitete damit jeder Gutachter monatlich ca. zehn Gutachten und von der MEDICPROOF GmbH waren täglich etwa 375 Aufträge zu koordinieren. Davon entfielen 25 Prozent auf die stationäre Pflege und 75 Prozent auf die ambulante Pflege. Täglich wird eine Zufallsstichprobe von einem 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 2005:

	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege
Erstbegutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit		
i. S. SGB XI	22,5 %	9,6 %
Pflegestufe I	50,9 %	38,8 %
Pflegestufe II	22,1 %	39,1 %
Pflegestufe III	4,5 %	12,5 %
Alle Begutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit		
i. S. SGB XI	15,5 %	4,5 %
Pflegestufe I	42,9 %	24,6 %
Pflegestufe II	31,7 %	46,1 %
Pflegestufe III	9,9 %	24,8 %

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

Entsprechend § 36 SGB XI können die Pflegekassen „in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III“ weitere Leistungen bis zu einem Maximalwert gewähren, „wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss“. Seit Einführung der Pflegeversicherung sind in der privaten Pflegeversicherung bis zum 31.12.2005 2.127 Versicherte (890 (42 Prozent) Frauen, 1.237 (58 Prozent) Männer) als Härtefall anerkannt worden. Das Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung betrug 66 ± 20 (Mittelwert \pm Standardabweichung) Jahre (siehe Tabelle). 10,3 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:

Härtefälle

Als Härtefall anerkannte Pflegebedürftige nach Geschlecht, Alter und Art der Pflege (Stand: 31.12.2005)

Geschlecht	Anzahl	Anteil	Alter (Mittelwert)	Alter (Standardabweichung)	Häusliche Pflege	Anteil	Stationäre Pflege	Anteil
m	1.237	58,2 %	62,3	19,3	539	43,6 %	698	56,4 %
w	890	41,8 %	71,3	20,7	292	32,8 %	598	67,2 %
insg.	2.127	100,0 %	66,1	20,4	831	39,1 %	1.296	60,9 %

Als Härtefall anerkannte Pflegebedürftige nach pflegebegründender Diagnose (Stand 31.12.2005)

Pflegebegründende Diagnose	Anteil
Demenz vom Alzheimer-Typ	12,2 %
Demenz vaskulär	10,7 %
Apallische Syndrome nach Reanimation	9,7 %
Demenzen, andere und nicht näher bezeichnete	7,5 %
Malignome, andere	5,6 %
Amyotrophe Lateralsklerose	5,0 %
Apallische Syndrome, sonstige	4,5 %
ischämischer Insult	4,3 %
Multiple Sklerose	4,0 %
Hirntumor primär	3,3 %
Querschnittslähmung cervical	2,9 %
Demenz gemischt	2,8 %
Apallische Syndrome nach Hirnkontusion	2,6 %
Parkinson mit Demenz	2,2 %
andere Krankheiten des ZNS	2,1 %
Apallische Syndrome nach Hirnblutung	1,8 %
Hirnblutungen und Subarachnoidalblutungen	1,8 %
Demenz nach Reanimation	1,6 %
Hirnschaden frühkindlich	1,6 %
Parkinson-Krankheit	1,6 %
Locked-in-Syndrom	1,2 %
Muskelkrankheiten	1,2 %
sonstige Krankheiten	1,1 %
Demenz nach Hirnkontusion	1,0 %
Apallische Syndrome nach ischämischem Insult	0,9 %
Demenz nach Hirnblutung	0,9 %
Chorea Huntington	0,7 %
Hirnkontusion	0,6 %
Altershinfähigkeit	0,5 %
Fehlbildungen konnatal	0,5 %
Gendefekte, andere	0,5 %
Apallische Syndrome nach Subarachnoidalblutung	0,5 %
Hirntumor sekundär	0,5 %
Polyneuropathie und Polyradikulitis	0,5 %
Creutzfeld-Jacob-Krankheit	0,4 %
AIDS	0,2 %
Down-Syndrom	0,2 %
Schizophrene u. a. Psychosen	0,2 %
Querschnittslähmung thorakal	0,2 %
Multisystematrophie	0,1 %

Mit 87 Prozent waren Hirnkrankheiten die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit (siehe Tabelle „Als Härtefall anerkannte Pflegebedürftige nach pflegebegründender Diagnose“ auf S. 80). Hier standen – im Wesentlichen wie in den vergangenen Jahren – Demenzen (37 Prozent) im Vordergrund, gefolgt von apallischen Syndromen, der multiplen Sklerose, der amyotrophen Lateralsklerose, ischämischen Schlaganfällen und der Parkinson-Krankheit. Malignome (bösartige Tumoren) ohne Hirnbeteiligung spielten mit insgesamt sechs Prozent eine geringere Rolle.

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 31.12.2005 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.

4. Recht der Versicherungsleistungen

In zwei Urteilen vom 1.9.2005 – Az.: B 3 P 4/04 R und B 3 P 9/04 R – hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass ein Heimträger bei Versicherten der SPV die Vergütung nach einer höheren Pflegeklasse selbständig, also auch gegen den Willen des Bewohners, gegenüber der Pflegekasse gerichtlich durchsetzen kann. In diesem Verfahren sei inzident zu prüfen, ob die Einstufung des Versicherten in die bisherige niedrigere Pflegestufe den tatsächlich erforderlichen Pflegebedarf korrekt widerspiegeln. Dies folge aus den zwischen dem Heimträger und den Trägern der SPV abgeschlossenen Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen. Bis zu den Höchstbeträgen nach § 43 Abs. 5 SGB XI steht den Heimen darüber ein unmittelbarer Anspruch auf Zahlung einer leistungsgerechten Vergütung gegenüber den Pflegekassen zu, die ihrerseits damit ihre Sachleistungspflicht gegenüber den Versicherten nach den §§ 4 Abs. 1 und 43 Abs. 1 SGB XI erfüllen. Da in der PPV an die Stelle der Sachleistung eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung tritt (§ 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) und die privaten Versicherungsunternehmen auch nicht Parteien der Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen sind, hat hier der Heimträger gegen den Versicherer keinen unmittelbaren Leistungsanspruch und kann mithin die Feststellung einer höheren Pflegestufe auf diesem Weg nicht erreichen. Der Heimträger kann hier aber nach § 87a Abs. 2 SGB XI den privatversicherten Bewohner auffordern, eine Höherstufung zu beantragen. Weigert sich der privatversicherte Heimbewohner, den Antrag zu stellen, und berechnet ihm der Heimträger vorläufig den Pflegesatz nach der nächst höheren Pflegeklasse, wird die PPV den höheren Betrag unter dem Vorbehalt der Rückforderung erstatten. Das Versicherungsunternehmen ist dann berechtigt, von sich aus eine Wiederholungsbegutachtung einzuleiten.

Durchsetzung
einer höheren
Vergütungsklasse
durch den
Heimträger

Mit Urteil vom 10.11.2005 hat das BSG festgestellt, dass Versicherte der PPV keinen Anspruch auf Ausstattung mit einem eigenbedienbaren

Eigenbedienbarer
Elektrorollstuhl
kein Pflegehilfs-
mittel

Elektrorollstuhl aus der PPV haben – Az.: B 3 P 10/04 R –. Der an multipler Sklerose erkrankte Kläger hatte seinen Anspruch auf § 4 Abs. 7 MB/PPV 1996 gestützt und geltend gemacht, dass die Einschränkung in § 40 Abs. 1 SGB XI, wonach in der sozialen Pflegeversicherung ein Anspruch auf Hilfsmittel nur bestehe, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern zu leisten seien, in den Versicherungsbedingungen der PPV nicht enthalten sei. Insoweit gehe das Leistungsangebot der PPV in zulässiger Weise über das Leistungsangebot der sozialen Pflegeversicherung hinaus. Das Gericht entschied jedoch, dass ein Anspruch nach den Versicherungsbedingungen der PPV nicht bestehe. Der Gleichwertigkeitsgrundsatz aus § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI werde dadurch nicht verletzt, weil auch das Hilfsmittelverzeichnis der SPV richtigerweise keine eigenständig bedienbaren Elektrorollstühle enthalte. Solche Rollstühle seien zwar geeignet, zur Erleichterung der Pflege beizutragen und eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen. Dies treffe aber mehr oder weniger auf alle Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung zu. Um ein reines Pflegehilfsmittel, das der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugerechnet werden könne, handele es sich nur dann, wenn es im konkreten Fall allein oder doch jedenfalls schwerpunktmäßig der Erleichterung der Pflege diene. Beim eigenbedienbaren Elektrorollstuhl stehe dagegen der Behinderungsausgleich ganz im Vordergrund, weil er dem behinderten Menschen erlaube, seinem Grundbedürfnis nach Fortbewegung nachzukommen, ohne auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Fremdbedienbare Elektrorollstühle seien deshalb allein der Leistungspflicht der Krankenversicherung zuzuordnen. Dass der Kläger im Rahmen der privaten Krankenversicherung nur einen beschränkten Leistungsanspruch bei der Hilfsmittelversorgung habe, sei Folge des eigenverantwortlich ausgehandelten Vertragsschlusses. Diese Versorgungslücke sei nicht durch Eintreten der privaten Pflegeversicherung zu schließen.

**Rentenversicherung
der Pflegepersonen**
Meldungen an die
Beihilfestellen

Seit dem 1.6.2005 ist nach Artikel 9a des Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz, BGBl. I 2005, S. 818) für eine zeitnahe Information der Beihilfestellen durch die Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung über die Beitragspflicht zur Rentenversicherung einer Pflegeperson, die einen Beihilferechtigen pflegt, wie folgt zu verfahren:

Im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen ist dessen zuständige Beihilfestelle abzufragen. Der Pflegebedürftige muss darauf hingewiesen werden, dass gegebenenfalls folgende Daten der Pflegeperson(en) an die Beihilfestelle weitergeleitet werden: die Rentenversicherungsnummer, der Familien- und Vorname, das Geburtsdatum, die Staatsangehörigkeit, die Anschrift und die unter Berücksichtigung des Umfangs der Pfl egetätigkeit nach § 166 SGB VI maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen (§ 44 Abs. 3 Nr.1 bis 5 und 8 SGB XI) sowie der Beginn der Beitragspflicht.

Bei Feststellung der Beitragspflicht (in der Rentenversicherung) sind der Beihilfestelle die o. g. Angaben mitzuteilen (vgl. § 44 Abs. 5 Satz 2 SGB XI). Der Pflegebedürftige und die Pflegeperson sind von der Mitteilung schriftlich in Kenntnis zu setzen (vgl. § 44 Abs. 5, Satz 3 SGB XI).

Nach dem Wortlaut und der Begründung muss nur noch bei Beginn der Beitragspflicht die Information an die Beihilfestelle erfolgen, nicht aber darüber hinaus. Eine einmalige Information zu Beginn der Versicherungspflicht der Pflegeperson reicht also aus. Die Vorschrift gilt nur für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der nach dem 1.6.2005 einen Antrag auf erstmalige Pflegeleistungen stellt (Begründung: „Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen müssen erst ab 1.6.2005 bei neuen Antragstellern auf Pflegeleistungen die Beihilfestelle erfragen...“).

Mit Urteil vom 28.4.2005 – Az.: III ZR 399/04 – hat sich der Bundesgerichtshof (BGH) zu den Pflichten des Trägers eines Pflegewohnheims geäußert, die körperliche Unversehrtheit der Heimbewohner zu schützen. In dem entschiedenen Fall hatte eine der Pflegestufe III zugeordnete, sehbehinderte und zeitweise desorientierte und verwirrte Bewohnerin sich nach einem Sturz aus dem Bett eine Oberschenkelhalsfraktur zugezogen. Regressansprüche der AOK hat der BGH zurückgewiesen. Zwar habe der Heimträger aus dem Heimvertrag Obhutspflichten zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der ihm anvertrauten Heimbewohner. Ebenso bestehe eine inhaltsgleiche allgemeine Verkehrssicherungspflicht zum Schutz der Bewohner vor Schädigungen, die ihnen wegen Krankheit oder einer sonstigen körperlichen oder geistigen Einschränkung durch sie selbst oder durch die Einrichtung und bauliche Gestaltung des Altenheims drohten. Diese Pflichten seien allerdings begrenzt auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind. Maßstab müssen dabei das Erforderliche und das für die Heimbewohner und das Pflegepersonal Zumutbare sein, wobei insbesondere auch die Würde und die Selbständigkeit der Bewohner zu wahren sind. Im vorliegenden Fall war der Unfallhergang im Einzelnen nicht mehr aufklärbar. Beweispflichtig wäre insofern die Krankenkasse gewesen. Für das Pflegepersonal bestand kein hinreichender Anlass, die Bewohnerin im Bett zu fixieren oder die Bettgitter hochzufahren. Auch dass es unterlassen worden sei, der Bewohnerin Hüftschutzhosen (Protectorhosen) anzulegen, durch die die Gefahr eines Knochenbruchs bei einem Sturz gemindert worden wäre, stelle im vorliegenden Fall keine Pflichtverletzung dar.

**BGH: Unfallhaftung
im Pflegeheim**

5. Beziehungen zu den Leistungserbringern

Das Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) verpflichtete die Vertragspartner der Rahmenverträge bereits ab dem 1.1.2002, entweder landes-

**Rahmenverträge
Personalrichtwerte**

weite Richtwerte zur Personalausstattung oder landesweite Personalbedarfsermittlungsverfahren zu vereinbaren. Nachdem die Verhandlungen zur Einführung des fast bundesweit favorisierten Pflege- und Personalbedarfsermittlungsverfahrens PLAISIR Ende 2004 endgültig gescheitert waren, wurden nun in manchen derjenigen Länder, die bis zum Schluss auf dieses Verfahren gesetzt hatten, Rahmenvertragsverhandlungen nach § 75 SGB XI durchgeführt. Die Vertragspartner nutzten die vom Gesetzgeber eingeräumte Möglichkeit zur Vereinbarung von Personalrichtwerten. Obwohl man sich mittlerweile auf Bundes- und Spitzenverbandsebene mit der Entwicklung von Alternativen beschäftigt, musste die Einführung eines Personalbedarfsermittlungsverfahrens bisher aus Mangel an Alternativen auf unbestimmte Zeit verschoben werden. Als Reaktion auf diese Situation konnten im Laufe des Jahres 2005 schließlich oftmals mit Hilfe der Schiedsstellen in den Ländern Vereinbarungen zur Personalausstattung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen geschlossen werden. In Berlin wurde eine Verbesserung der Personalrichtwerte über einen Zeitraum von vier Jahren durch die Schiedsstelle festgelegt. Die Schiedsstelle in Niedersachsen hat neben den Personalrichtwerten für Pflege und Betreuung auch einen Personalrichtwert für Qualitätsmanagement festgesetzt. In Sachsen-Anhalt konnte eine Einigung zwischen den Vertragspartnern zu den stationären Rahmenverträgen erfolgen. Auch in Schleswig-Holstein, dem Erprobungsland von PLAISIR, wurden durch die Schiedsstelle Personalrichtwerte und Regelungen zu Qualitätsmanagement und Nachtwachen – unter der bewussten Nichtberücksichtigung der durch die Erprobung von PLAISIR gewonnen Erkenntnisse – getroffen. Zudem erfolgten über die genannten Länder hinaus im Rahmen der jeweiligen Vertragsverhandlungen Anpassungen der Rahmenverträge an die aktuelle Rechtslage.

Modelle und Initiativen

Zukunftsweisende Modellprojekte und Initiativen sind gerade vor dem Hintergrund knapper Ressourcen eine sachgerechte Möglichkeit zur Gewinnung neuer Erkenntnisse und zur Entwicklung innovativer Konzepte. Neben bundesweit gestarteten Initiativen – z. B. zur Entbürokratisierung – gibt es auch verschiedene Ansätze und Modelle in den Ländern. Erfolgreiche Projekte konnten z. B. unter Federführung des Sozialministeriums in Rheinland-Pfalz insbesondere für die Dementenversorgung im Rahmen der dort aufgelegten Initiative „Menschen Pflegen“ durchgeführt werden. Natürlich hängt der Erfolg solcher Modelle immer vom Wohlwollen der einzelnen Partner ab.

Beispielsweise wurde das Projekt EQUIP in Hamburg, das eine Reduktion bzw. Vermeidung der Dekubitusfälle zum Ziel hatte, zum Jahresende 2005 nach mehrjährigem erfolgreichem Bestehen aufgegeben. Streitpunkt war die Forderung der Pflegekassen, wiederholt auffällig gewordene Pflegedienste zu entanonymisieren. Über den darüber ausgebrochenen Dissens entzogen die Landesverbände der Pflegekassen schließlich ihre finanzielle Unterstützung für dieses Projekt, so dass fast ein Drittel der Modellfinanzierung nicht mehr gewährleistet war.

Ein weiteres Beispiel ist die noch von der vormaligen Sozialministerin des Saarlandes auf den Weg gebrachte Qualitätsinitiative – eine Zertifizierung mit dem Namen „Saarländisches Plus“. Diese macht ebenfalls keine Fortschritte. Grund ist die Uneinigkeit der Beteiligten hinsichtlich der Abgrenzung von Prüftatbeständen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Technischen Überwachungsvereins (TÜV) im Saarland, die eine verbindliche Definition des Prüfkataloges erschwert.

Über den Status eines Modellprojektes hinaus ist bereits die Versorgungsform der Wohngemeinschaft gediehen. Als neue ambulante Versorgungsform von pflegebedürftigen Menschen etablieren sich Wohngemeinschaften derzeit zunehmend auf den Pflegemärkten. Diese Versorgungsform stellt eine Zwischenstufe dar, die den Übergang von der Häuslichkeit direkt in eine vollstationäre Einrichtung vermeiden oder verzögern kann. Gesetzliche Regelungen sind im SGB XI oder im Heimgesetz hierzu bislang nicht enthalten. Daher haben die Vertragspartner nach § 89 SGB XI in Berlin einen eigenständigen Leistungskomplex in Form einer Tagespauschale vereinbart, mit der auch die Festlegung von Mindestanforderungen an eine Wohngemeinschaft verbunden ist. Im Rahmen einer Erprobungsphase von einem Jahr sollen Erfahrungen mit dieser Versorgungsform gesammelt werden. Die Tagespauschale kann derzeit nur für den Personenkreis der an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Auch in anderen Ländern werden derartige Versorgungsformen unterstützt. Der Bundesgesetzgeber hat entsprechenden Regelungsbedarf hinsichtlich des Pflegeversicherungsgesetzes und des Heimgesetzes erkannt.

Wohngemeinschaften

Das Land Hamburg ist eines der wenigen Länder, die eine Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur unternehmen. Im Jahr 2005 wurde eine solche für den Zeitraum bis 2010 von der Sozialbehörde unter Einbezug des Landespflegeausschusses erarbeitet. Dieses sinnvolle Unterfangen soll Grundlage für die zukunftsfähige Gestaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur sein und einen Beitrag zur seniorengerechten Weiterentwicklung des Stadtstaates leisten. Trotz aller prognostischen Unwägbarkeiten ist die Rahmenplanung als Orientierung und auch als Verpflichtung für die relevanten Akteure gedacht. Sie sollen im Wege der Zusammenarbeit eine zeitgemäße Pflege realisieren.

Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur

In Nordrhein-Westfalen hat der Vorsitzende der Schiedsstelle mit den Stimmen der Leistungsanbieter hinsichtlich der Vergütungsfindung für ambulante Pflegedienste eine eigenwillige Spruchpraxis etabliert. Diese basiert auf dem Angebot der Fortschreibung der Preise von 1996 unter Berücksichtigung der jeweiligen Preissteigerungsindizes des Statistischen Bundesamtes unabhängig davon, ob zwischenzeitlich wirksam vereinbarte Vergütungsvereinbarungen existierten oder nicht. Das Ergebnis sind vergleichsweise hohe Vergütungen in den Punktwerten und Wegegebühren. Die Kostenträger lehnen diese Verfahrensweise durchweg ab, werden allerdings regelmäßig überstimmt. Für die Pflege-

Spruchpraxis der NRW-Schiedsstelle

dienste ist es unter diesen Bedingungen vergleichsweise einfach, höhere Vergütungen durchzusetzen. Zwischenzeitlich werden an einem Tag über 20 Pflegedienste „verhandelt“.

Die Pflegekassen haben angekündigt, sämtliche Verfahren vor den Sozialgerichten zu beklagen. Eine solche Klage gegen die Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung, so dass die höhere, von der Schiedsstelle festgesetzte Vergütung direkt abgerechnet werden kann. Für den Fall, dass die Schiedsstelle in den Sozialgerichtsverfahren unterliegt, d. h. die Beschlüsse der Schiedsstelle aufgehoben werden und eine andere niedrigere Vergütung festgesetzt werden muss, haben die Versicherten oder deren Erben Anspruch auf Rückforderung. Allerdings wird bezweifelt, dass Versicherte diesen Sachverhalt überhaupt kennen, da die entsprechenden Pflegedienste ihre Kunden auf den Sachverhalt der beklagten Vergütung wohl kaum hinweisen werden.

V. Rechnungslegungs-, Solvabilitäts- und Steuerfragen

1. Rechnungslegung

Kapitalmarktorientierte Unternehmen sind seit 1.1.2005 gemäß der EU-IAS-Verordnung (EG) Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 19.7.2002 betreffend die Anwendung internationaler Rechnungslegungsstandards verpflichtet, ihre Konzernabschlüsse auf der Grundlage der internationalen Rechnungslegungsstandards „International Accounting Standards/International Financial Reporting Standards (IAS/IFRS)“ zu erstellen. Die IAS/IFRS sollen die weltweite Rechnungslegung harmonisieren und somit die Rechenwerke für Investoren, Analysten und alle Stakeholder transparenter, aussagekräftiger und vergleichbarer machen. Nichtkapitalmarktorientierte Unternehmen können wahlweise einen IAS/IFRS-Abschluss aufstellen.

(Internationale)
Rechnungslegung

Das International Accounting Standards Board (IASB) erarbeitet die IAS/IFRS. Das IASB-Projekt „IFRS 4 „Versicherungsverträge“ (Phase II)“ und das Solvency II-Projekt der Europäischen Kommission sind in unmittelbarem Zusammenhang zu sehen. Die zukünftigen Vorschriften und Bewertungsverfahren zu Solvency II sollen bereits die Entwicklungen des IFRS 4 (Phase II) antizipieren und so zu einer marktnahen („fair value“) Bewertung aller Aktiva und Passiva führen. Ziel ist eine weitestgehend einheitliche und konsistente Rechnungslegung für Informations- und Aufsichtszwecke. In der aktuellen Phase I von IFRS 4 ist die Fortführung der bisherigen Bilanzierungspraxis für die Bewertung der versicherungstechnischen Passiva von Versicherungsunternehmen möglich.

Die Europäische Union (EU) hat die vom IASB am 16.6.2005 veröffentlichten Änderungen zur Fair Value-Option übernommen. Die Änderungen sind nunmehr als Verordnung (EG) Nr. 1864/2005 der Kommission vom 15.11.2005 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1725/2003 betreffend die Übernahme bestimmter internationaler Rechnungslegungsstandards in Übereinstimmung mit der Verordnung (EG) Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates im Amtsblatt der Europäischen Union (L 299/45) vom 16.11.2005 veröffentlicht worden. Nach der überarbeiteten Fair Value-Option dürfen nicht zu Handelszwecken gehaltene Verbindlichkeiten dann mit dem beizulegenden Zeitwert bewertet werden, wenn dadurch Bewertungsinkonsistenzen vermieden oder deutlich verringert werden oder Forderungen und Verbindlichkeiten im Rahmen des Risikomanagements zu Portfolien zusammengefasst werden. Zudem können Finanzinstrumente mit eingebetteten Derivaten unter bestimmten Umständen einheitlich mit dem beizulegenden Zeitwert bewertet werden, so dass dann auf eine Aufspaltung verzichtet werden kann. Aus der Übernahme der Änderung an IAS 39 ergeben sich Folgeänderungen zu IFRS 1 „Erstmalige Anwendung der International

Fair Value-Option
des IAS 39

Financial Reporting Standards“ und IAS 32 „Finanzinstrumente: Angaben und Darstellung“.

Die von der Europäischen Kommission nun übernommene geänderte Fassung des IAS 39 schränkt die Anwendung der Fair Value-Option ein. Grundsätzlich können gemäß den neu aufgenommenen Regelungen in IAS 39.9 und IAS 39.11A Finanzinstrumente nur noch dann der Kategorie „erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert“ zugeordnet werden, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind. In den Anleitungen zur Anwendung (Application Guidance) werden Beispiele hierfür aufgezeigt, wann diese Kriterien als erfüllt angesehen werden können.

Für Finanzinstrumente, die in die Kategorie „erfolgswirksam zum beizulegenden Zeitwert“ eingeordnet werden, sind detaillierte Offenlegungsvorschriften des IAS 39 sowie des ebenfalls angepassten IAS 32 zu beachten. Außerdem muss die Erfüllung der Regelungsanforderungen beschrieben werden.

Verordnung (EG)
Nr. 2106/2005

Die Europäische Union hat im Amtsblatt L 337 vom 22.12.2005 die Verordnung (EG) Nr. 2106/2005 der Europäischen Kommission vom 21.12.2005 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1725/2003 betreffend die Übernahme bestimmter internationaler Rechnungslegungsstandards in Übereinstimmung mit der Verordnung (EG) Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf den „International Accounting Standard“ (IAS) 39 veröffentlicht. Durch die Verordnung wird die Änderung zu IAS 39 „Finanzinstrumente: Ansatz und Bewertung“ sowie „Cash Flow Hedge Accounting of Forecast Intragroup Transactions“ übernommen. Die Änderung vereinfacht die Bilanzierung von Sicherungsgeschäften für bestimmte konzerninterne Geschäftsvorfälle.

IAS 39 sowie IFRS 4
„Versicherungsverträge“

Am 18.8.2005 hat das IASB Änderungen an IAS 39 „Finanzinstrumente: Ansatz und Bewertung“ sowie IFRS 4 „Versicherungsverträge“ in Bezug auf Finanzgarantieverträge veröffentlicht. Mit der Änderung wird eine Klarstellung beabsichtigt, nach welchem Standard, IAS 39 oder IFRS 4, Finanzgarantieverträge zu bilanzieren sind. Das IASB definiert einen finanziellen Garantievertrag als einen Vertrag, der den Garantiegeber zur Leistung festgelegter Zahlungen verpflichtet, wenn ein bestimmter Schuldner seinen Zahlungsverpflichtungen an den Garantienehmer nicht nachkommt. Hat der Garantiegeber bereits früher ausdrücklich erklärt, die Garantieverträge wie Versicherungsverträge zu behandeln und sie nach den für Versicherungsverträge geltenden Regelungen zu bilanzieren, können derartige Verträge entweder weiterhin nach IFRS 4 oder nach IAS 39 bilanziert werden. Die Änderung stellt klar, dass der Garantiegeber das Wahlrecht zur Bilanzierung nach IAS 39 oder IFRS 4 für jeden Vertrag einzeln ausüben kann. Eine einmal getroffene Entscheidung ist allerdings unumkehrbar. In allen anderen Fällen müssen die vorliegenden Regeln zur Bilanzierung von Finanzgarantien angewandt werden. Die Änderungen treten für Geschäftsjahre, die am oder nach dem 1.1.2006 beginnen, in Kraft.

Das IASB hat am 18.8.2005 IFRS 7 „Financial Instruments: Disclosures“ veröffentlicht. Der Standard führt zu einer grundlegenden Umstrukturierung der Offenlegungsverpflichtungen für Finanzinstrumente und vereint alle Angabevorschriften zu Finanzinstrumenten in einem neuen Standard. Einerseits ersetzt er die Anforderungen des für Banken und ähnliche Finanzinstitutionen einschlägigen IAS 30, andererseits wurde der Teil von IAS 32, der sich auf Disclosures bezieht, in IFRS 7 übernommen und überarbeitet. IFRS 7 fordert Informationen zur Bedeutung von Finanzinstrumenten für die Vermögens- und Ertragslage von Unternehmen. Außerdem enthält er neue Anforderungen hinsichtlich der Berichterstattung über mit Finanzinstrumenten verbundene Risiken. Mit der Verabschiedung von IFRS 7 ist auch eine Erweiterung von IAS 1 „Darstellung des Abschlusses“ verbunden. Es sind qualitative Angaben zu Zielen, Methoden und Prozessen beim Kapitalanlagemanagement zu machen. Ferner sind externe Mindestkapitalanforderungen, Verstöße gegen diese sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen zu nennen. Der branchenunabhängige IFRS 7 ist ab dem 1.1.2007 von allen Unternehmen, die Finanzinstrumente halten, anzuwenden.

IFRS 7
„Financial Instruments: Disclosures“

2. Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement

Am 1.3.2005 hat die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht ein neues Rundschreiben 4/2005 (VA) zur Solvabilität von Versicherungsunternehmen veröffentlicht. Dieses Rundschreiben ist erstmals für nach dem 31.12.2004 endende Geschäftsjahre anzuwenden und ersetzt die bisherigen Rundschreiben R 3/97 und 4/97. Neben Anpassungen an die geänderte Rechtslage (§ 53c Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz), Kapitalausstattungs-Verordnung) werden Änderungen an der Form der Berichterstattung vorgenommen. Die Solvabilitätsberichterstattung wird zukünftig durch Nachweisungen erfolgen, die elektronisch oder in maschinenlesbarer Papierform einzureichen sind. Für private Krankenversicherungsunternehmen gilt die Nachweisung 704, die insgesamt aus fünf Seiten besteht. Das Rundschreiben enthält zudem detaillierte Hinweise zur Anerkennung von stillen Reserven als Eigenmittel. Steuern und Verkaufskosten, die bei einer Realisierung der stillen Reserven anfallen würden, werden hierbei abgesetzt. Unter Nr. 4 im dritten Absatz auf der S. 6 R 4/2005 (VA) wird allerdings ausgeführt, dass bei Lebensversicherungsunternehmen der Steuerabzug unterbleibt, „soweit stille Reserven (...), im Falle einer Realisierung aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtung den Versicherungsunternehmern zustehen (...)“. In einem Schreiben an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) hat der PKV-Verband darauf hingewiesen, dass ein entsprechender Hinweis für die privaten Krankenversicherer aufgenommen werden sollte, da auch hier die Versicherten am Überschuss gemäß § 81c VAG und § 4 Überschussverordnung beteiligt werden müssen. In den am 19.12.2005 veröffentlichten Hinweisen zur Solo-Solvabilität von Versicherungsunternehmen wird dies für die PKV nunmehr klargestellt (vgl. www.bafin.de/verlautbarungen/va_solosolva_hinweise.htm).

Rundschreiben
4/2005 (VA) zur
Solvabilität

Die Europäische Kommission arbeitet an einem neuen Finanzaufsichtsrecht, das auf quantitativen und qualitativen Elementen gründet und stärker die Risikosituation des einzelnen Unternehmens berücksichtigt. Ziel des Solvency II-Projektes sind einheitliche Richtlinien für die Führung und Überwachung von Versicherungsunternehmen in der Europäischen Union. Unter Solvency II werden dabei die Solvabilitätsanforderungen grundlegend neu gefasst werden.

Das Projekt Solvency II wurde in zwei Phasen unterteilt:

- In der ersten Phase sind grundlegende Entscheidungen über die Rahmenbedingungen der grundsätzlichen Aufsichtsstruktur getroffen worden. Ein neues Risikoverständnis, das auf der Gesamtsolvabilität aufbaut, bildet dabei die Grundlage des neuen Aufsichtssystems. Analog zu den Bestimmungen aus dem Bankensektor (Basel II) soll eine Drei-Säulen-Struktur eingeführt werden. In der Säule I werden quantitative Mindestkapitalanforderungen festgeschrieben. Neben diesen Regelungen werden qualitative Bestimmungen der Säule II stehen, die das aufsichtsrechtliche Überprüfungsverfahren konkretisieren. In der Säule III sollen erhöhte Publizitätsanforderungen die Markttransparenz und damit die Marktdisziplin erhöhen.
- Die zweite Phase spezifiziert die in der ersten Phase festgelegten Rahmenbedingungen. In dieser Phase sollen auch Simulationen und Berechnungen in den Unternehmen durchgeführt werden.

Laut dem überarbeiteten Zeitplan beabsichtigt die Europäische Kommission im Juni 2007 einen Richtlinienentwurf vorzulegen. Die Zwischenzeit wird die Kommission nutzen, um die Leben-, die Schaden- und die Gruppenrichtlinie zu konsolidieren und die quantitativen Auswirkungen der neuen Regelungen in verschiedenen quantitativen Auswirkungsstudien (Quantitative Impact Studies (QIS)) zu untersuchen. Die Arbeiten der CEIOPS-Gruppen (Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors = Vereinigung der nationalen Aufsichtsbehörden der EU) und das gesamte Gesetzgebungsverfahren auf europäischer Ebene sollen bis Ende 2008 abgeschlossen werden.

Das Aufsichtsmodell soll in zwei Stufen ausgeführt werden. Die Stufe I wird ein für alle Unternehmen einfach handhabbares, pauschales System darstellen (so genanntes Standardmodell). Die Stufe II wird stärker auf die speziellen Gegebenheiten in den einzelnen Unternehmen abstellen (so genanntes Internes Modell). Hier sollen interne Risikomodelle verwendet werden. Durch die Risikoorientierung der aufsichtsrechtlichen Anforderungen soll ein aktives Risikomanagement im Versicherungsunternehmen als wesentliche Komponente für einen Insolvenzschutz gefördert werden. Voraussetzung für die Zulassung interner Modelle wird ihr aktiver Einsatz in der Unternehmenssteuerung sein. Verminderte Eigenkapitalanforderungen durch den Einsatz von internen Systemen sollen die Bereitschaft der Unternehmen stärken, ein eigenes internes Mo-

dell zu entwickeln und so unternehmensspezifische Risiken noch bewusster zu steuern.

Um die Besonderheiten der deutschen Krankenversicherung in den gegenwärtigen Diskussionsprozess zu Solvency II einbringen zu können, hat der PKV-Verband im Frühjahr 2004 einen Arbeitskreis eingerichtet, der in enger Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) und dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) einen Modellvorschlag für die Bestimmung der quantitativen Mindestkapitalanforderungen (Säule I) für die deutsche Versicherungswirtschaft entwickelt hat. Eine spartenübergreifend konsistente Modellierung ist dabei weitestgehend möglich, wobei die Beitragsanpassungsmöglichkeit der privaten Krankenversicherung und der besondere Sicherheitszuschlag der PKV bei den Überlegungen für ein Solvency II-kompatibles Standardmodell für die PKV risikoadäquat berücksichtigt sind.

Arbeitskreis
„Aufsichtsmodell/
Solvency II“

Das Standardmodell zur Bestimmung der Eigenmittelausstattung beruht auf einer risikobasierten Berechnung des erforderlichen Solvenzkapitals (= Solvency Capital Requirement (SCR)). In diesem Modell werden alle relevanten Risiken eines privaten Krankenversicherers untersucht und deren Verlustpotenzial als monetäre Größe ermittelt. Die einzelnen Risikopotenziale werden unter Berücksichtigung von Verteilungsannahmen und deren Beziehungen zueinander zu einem möglichen Gesamtverlust aggregiert und den bestehenden Eigenmitteln (= Available Solvency Margin (ASM)) gegenübergestellt. Ein privates Krankenversicherungsunternehmen ist im Sinne dieser Solvenzanalyse ausreichend kapitalisiert, wenn das maximal auftretende Verlustpotenzial, betrachtet als erforderliches Solvenzkapital (SCR), nicht größer ist als die vorhandenen Eigenmittel (ASM).

Modellrahmen

Das Modell berücksichtigt die gesamte Risikosituation eines privaten Krankenversicherungsunternehmens ganzheitlich. Dabei werden folgende drei Risikokategorien betrachtet:

Risikokategorien

1. Kapitalanlagerisiko (G1-Risiko)
2. Operatives Risiko (G2-Risiko)
3. Kalkulationsrisiko (K-Risiko).

Bei der Bestimmung des Kapitalanlagerisikos wird die Verknüpfung von Aktiv- (= Assets) und Passivseite (= Liabilities) hergestellt und damit werden Asset-Liability-Management-Aspekte berücksichtigt.

Im Zentrum der Überlegungen steht die Frage, wie das ökonomisch notwendige Kapital zu berechnen ist. Bei der Anwendung des Modells ist zu beachten, dass ein risikominimales Portfolio (also ein SCR-minimierendes Portfolio) nach diesem Ansatz, der einen einjährigen

Zeithorizont einnimmt, nicht einem effizienten (im Sinne eines für das Versicherungsunternehmen optimalen Ertrags-Risiko-Verhältnisses) Portfolio entspricht, das im Hinblick auf die Langfristigkeit des betriebenen Geschäfts zielführend ist.

Besondere Merkmale der PKV:
– besonderer Sicherheitszuschlag
– Beitragsanpassungspflicht

Beim Kapitalanlagerisiko und innerhalb des versicherungstechnischen Risikos werden die spartenspezifischen Besonderheiten des Geschäftsmodells der privaten Krankenversicherung in Deutschland, die gesetzlich vorgeschrieben sind, risikoadäquat berücksichtigt. Die Besonderheiten sind die jährliche Überprüfung der rechnungsmäßigen und der erforderlichen Leistungen mit der Möglichkeit zur Beitragsanpassung mit Überprüfung aller Rechnungsgrundlagen sowie der unternehmensindividuelle Sicherheitszuschlag. Dieser Sicherheitszuschlag findet im PKV-Modell Berücksichtigung in der ASM.

Kapitalanlagerisiko (G1)

Das Kapitalanlagerisiko setzt sich im PKV-Modell aus folgenden sechs Komponenten zusammen:

- Kredit- und Bonitätsrisiko
- Marktänderungsrisiko von Aktien
- Marktänderungsrisiko von Immobilien und Grundstücken
- Marktänderungsrisiko von Zinsen
- Fremdwährungsrisiko
- Konzentrationsrisiko.

Das Zinsrückgangsrisiko der PKV würde dem Zinsrückgangsrisiko der anderen Versicherungssparten entsprechen, wenn es nicht die Möglichkeit der Rechnungszinsanpassung im Rahmen einer Beitragsanpassung in der PKV gäbe. In diesem Punkt unterscheidet sich das Geschäftsmodell der PKV von den anderen Versicherungssparten, da ein privater Krankenversicherer in regelmäßigen Abständen die Möglichkeit zur Überprüfung aller Rechnungsgrundlagen hat und gesetzlich verpflichtet ist, diese anzupassen.

Bei der Betrachtung des Zinssenkungsrisikos ist die Duration (= durchschnittliche restliche Kapitalbindungsdauer) daher nicht das richtige Maß für die Marktwertveränderung der versicherungstechnischen Verpflichtungen, da in der privaten Krankenversicherung in Deutschland der zukünftige Cash-Flow nicht als unabhängig vom Marktzins angesehen werden kann. Der Rechnungszins muss vorsichtig angesetzt werden und muss sich deshalb ändern, falls der Marktzins deutlich fällt. Der Zeitraum, in dem ein privates Krankenversicherungsunternehmen effektiv dem Zinssenkungsrisiko ausgesetzt ist, verkürzt sich auf den Zeitraum bis zur nächsten Möglichkeit zur Rechnungszinsüberprüfung. His-

torisch ergibt sich hierfür eine Zeitspanne von etwa zwei Jahren. Da das Standardmodell konservative Annahmen enthält, ist der Risikozeitraum bis zur nächsten Beitragsanpassungsmöglichkeit auf fünf Jahre gesetzt.

Die Duration der Passivseite i. S. d. Vertragslaufzeit ist in aller Regel größer als die Duration der Aktivseite (der festverzinslichen Titel), so dass ein Zinsanstiegsrisiko in der PKV in der Regel ausgeschlossen werden kann.

Das operative Risiko wird allgemein definiert als die Gefahr von Verlusten, die infolge der Unangemessenheit oder des Versagens von internen Verfahren, Menschen und Systemen oder infolge externer Ereignisse eintreten. Diese Definition schließt Rechtsrisiken ein (vgl. Basel II, Consultation Paper 3, S. 140 f.). Die Risiken aus allgemeiner Geschäftstätigkeit lassen sich in vier Gruppen unterteilen:

Operatives Risiko
(G2)

1. Prozessrisiken (z. B. Risiken bei Ablauf von Prozessen)
2. Personelles Risiko (z. B. dolose Handlungen; Missmanagement)
3. Externe Risiken (z. B. Gesetzgebung)
4. Katastrophenrisiko, z. B. Naturkatastrophen, aber nur soweit sie die Punkte 1 bis 3 betreffen.

Das versicherungstechnische Risiko von Kumul- und Großrisiken oder Epidemien (Influenza, SARS etc.) ist in der K-Risikokategorie (Kalkulationsrisiko) enthalten.

Da das operative Risiko schwer zu quantifizieren und bislang keine diesbezügliche Datenbasis verfügbar ist, wird die G2-Risikokapitalanforderung durch eine Maximierung von drei Prozent der verdienten Bruttobeiträge und 0,3 Prozent der versicherungstechnischen Rückstellungen bestimmt. Die Prozentsätze sind jährlich auf Angemessenheit zu überprüfen. Die Risikofaktoren wurden durch unternehmensinterne Berechnungen innerhalb des PKV-Arbeitskreises „Aufsichtsmodell/Solvency II“ nach dem Risikokatalog des Gesetzes zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) gemäß dem Deutschen Rechnungslegungsstandard (DRS 5-20: „Risikoberichterstattung von Versicherungsunternehmen“) durchgeführt und im Sinne des konservativen Standardmodells verdoppelt. Der Ansatz folgt dabei dem üblichen Konzept der Internationalen Aktuarsvereinigung (International Actuarial Association (IAA)), indem der erwartete Schaden verdoppelt wird.

Die Modellierung des Kalkulationsrisikos (K-Risiko) erfolgt im PKV-Standardmodell anhand der Schwankungen der Kosten- und Risikoergebnisse der vergangenen zehn Jahre. Zudem wird das Epidemie-/Kumulrisiko als Katastrophenrisiko berücksichtigt. Die ausführliche Beschreibung des deutschen Diskussionsbeitrages für einen Solvency II-kompatiblen Standardansatz (Säule I), Version 1.0 vom 1.12.2005, hat

Kalkulationsrisiko
(K)

der PKV-Verband gemeinsam mit dem GDV im Dezember 2005 veröffentlicht (vgl. PKV-Extranet/VIS (BR051215.1)).

Arbeiten von
CEIOPS auf
europäischer Ebene

Die Vertreter der nationalen Aufsichtsbehörden in der Europäischen Union haben sich in CEIOPS (Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors) zusammengeschlossen. CEIOPS koordiniert das Solvency II-Projekt auf europäischer Ebene. Die BaFin ist für Deutschland in den CEIOPS-Gruppen vertreten.

In quantitativen Auswirkungsstudien („Quantitative Impact Studies“ (QIS)) werden seit Mitte Oktober 2005 quantitative Auswirkungen der Überlegungen zu Solvency II ermittelt, um Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Harmonisierung der Rückstellungsbewertung EU-weit gelingen kann, und um die Solvenzkapitalanforderungen („Solvency Capital Requirement“ (SCR)) sowie die Mindestkapitalanforderung („Minimum Capital Requirement“ (MCR)) festlegen zu können.

QIS 1

Vom 18.10.2005 bis 31.12.2005 hat die BaFin die erste quantitative Auswirkungsstudie (QIS 1) durchgeführt, um die versicherungstechnischen Rückstellungen nach unterschiedlichen Verfahren, d. h. nach HGB-Bilanzierung („current basis“), nach dem erwarteten Wert („best estimate“ bzw. „fair value“) und durch Simulationen (75 Prozent- und 90 Prozent-Quantil), wenn dies technisch praktikabel ist, prinzipienbasiert zu bestimmen. Bei der Modellierung der Zahlungsströme sind die Optionen des Versicherungsnehmers zur Änderung des Vertragszustandes zu berücksichtigen (vgl. http://www.bafin.de/sonstiges/QIS_1_specification.pdf, QIS 1 specification, 19., p. 3-4). Dabei ist das voraussichtliche Verhalten der Versicherungsnehmer zugrunde zu legen. Entsprechendes gilt für die Optionen bzw. Verpflichtungen des Versicherers, insbesondere für die Beitragsanpassung in der privaten Krankenversicherung (vgl. BaFin, Anleitung für deutsche QIS 1-Teilnehmer, Ziffer 31, S. 6). Im Januar 2006 hat die BaFin die Ergebnisse ausgewertet und diese in verdichteter Form an die Europäische Kommission berichtet.

QIS 2

Die zweite quantitative Auswirkungsstudie (QIS 2) wird im Mai 2006 beginnen und sich mit den möglichen Solvenzkapitalanforderungen (SCR) und den absoluten Mindestsolvenzkapitalanforderungen („Minimum Capital Requirement“ (MCR)) befassen. Dabei wird die QIS 2 auf den Ergebnissen der QIS 1 (marktnahe Bilanz) aufbauen. Die Ergebnisse der QIS 2 sollten planmäßig im Oktober 2006 der Europäischen Kommission mitgeteilt werden. Weitere QIS werden im Verlauf des Solvency II-Projektes halbjährlich folgen.

Zwischenbericht
von CEIOPS

CEIOPS hat am 1.11.2005 auf Basis der Konsultationsphase die Endfassung des ersten Zwischenberichts zur zweiten Anfragewelle der Europäischen Kommission veröffentlicht (vgl. www.ceiops.org/media/files/publications/submissionstotheec/Doc07_05-AnswersEC2ndwave-SII.pdf). Damit nimmt CEIOPS zum ersten Mal offiziell Stellung zu folgenden grundlegenden Fragestellungen im Hinblick auf die Ausgestaltung des neuen Aufsichtssystems:

- Rückstellungen bei Lebensversicherern
- Rückstellungen bei Schadenversicherern
- Safety Measures
- Eigenmittelanforderungen im Standardmodell
- Eigenmittelanforderungen im Internen Modell
- Rückversicherung
- Qualitative Auswirkungsstudien
- Befugnisse der Versicherungsaufsicht
- Aufsichtsleiter
- Fit- und Proper-Kriterien
- Peer Review der Aufseher
- Gruppen- und Cross-Sektorfragen.

Besonders zu bemerken ist, dass die Belange der deutschen Krankenversicherung im Zwischenbericht von CEIOPS adressiert sind (vgl. www.ceiops.org/media/files/publications/submissionstotheec/Doc07_05-AnswersEC2ndwaveSIL.pdf, p. 13, 7.15: „Options of the insurer (for example, the right to adapt premiums in some types of health insurance) should also be taken into account“). Damit kann die Beitragsanpassungsmöglichkeit der privaten Krankenversicherer berücksichtigt werden.

Mit Wirkung vom 1.9.2005 ist das neue BaFin-Rundschreiben 15/2005 (VA) anzuwenden. Zeitgleich wurde das Vorgänger-Rundschreiben R 29/2002 (VA) aufgehoben. Das BaFin-Rundschreiben 15/2005 (VA) enthält Hinweise zur Anlage des gebundenen Vermögens von Versicherungsunternehmen und Vorschriften zum Anlagemanagement und internen Kontrollverfahren (§ 6 Anlageverordnung).

BaFin-Rundschreiben 15/2005 (VA)

Am 1.1.2005 ist die Erste Verordnung zur Änderung der Überschussverordnung vom 12.10.2005 in Kraft getreten (veröffentlicht im BGBl. I 2005, S. 3016 f.). Eine Überarbeitung der Überschussverordnung war u. a. wegen Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung notwendig geworden. Insbesondere wurde berücksichtigt, dass eine getrennte Überschussermittlung und Überschussbeteiligung für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung vorzunehmen ist.

Überschussverordnung

3. Steuern

Abzinsung der
Rückstellung für
Beitragsrück-
erstattung

Im Rahmen der Betriebsprüfungen wird länderübergreifend die Auffassung vertreten, dass die Rückstellung gemäß § 12a Abs. 3 VAG sowie die Rückstellung für poolrelevante Überschüsse der Pflegepflichtversicherung steuerlich abzuzinsen sind. Der Verband hatte hierzu ein Gutachten bei der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG in Auftrag gegeben. Dieses Gutachten, das zu dem Schluss kommt, dass eine Abzinsungspflicht für die genannten Rückstellungen nicht besteht, wurde den Unternehmen als Argumentationsgrundlage für die Einspruchsbegründung gegen entsprechende Steuerbescheide zugesandt. Nach einem Gespräch mit dem Bundesamt für Finanzen ist die PKV in dieser Sache an das Bundesministerium der Finanzen (BMF) mit folgender Argumentation herantreten: § 21 Abs. 3 Körperschaftsteuergesetz (KStG) schließt für die Rückstellung für Beitragsrückerstattung die Anwendung des Abzinsungsgebotes gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3a Buchstabe e EStG aus. Nach Auffassung der PKV ist § 21 Abs. 3 KStG auch auf die Rückstellung gemäß § 12a VAG und die Rückstellung für poolrelevante Überschüsse der Pflegepflichtversicherung, zumindest analog, anzuwenden. Der Gesetzgeber sah allgemein dann eine Ausnahme vom Abzinsungsgebot von Rückstellungen als gerechtfertigt an, wenn andere gesetzliche Regelungen bereits eine realitätsnahe Bewertung sicherstellen bzw. keine langfristige Ansammlung von Zinsen erfolgt. Für die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß § 21 Abs. 1 KStG ist dies durch § 21 Abs. 2 KStG gewährleistet. Die in die Rückstellung eingestellten Mittel müssen innerhalb von drei Jahren verbraucht sein. Für die § 12a VAG-Beträge und die poolrelevanten Überschüsse der Pflegepflichtversicherung ist dies im VAG bzw. im Vertrag geregelt. Bei beiden Rückstellungen müssen die eingestellten Mittel spätestens nach drei Jahren verwendet werden. Insofern ist auch hier eine Ausnahme vom Abzinsungsgebot gerechtfertigt. Auch vom Ergebnis ist zumindest eine analoge Anwendung des § 21 Abs. 3 KStG geboten. Eine Abzinsung und damit Versteuerung würde die Versicherten treffen und stünde im Widerspruch zu dem gesetzgeberischen Zweck der Neufassung der §§ 12a ff. VAG und des Pflegeversicherungsgesetzes. Es bleibt abzuwarten, welche Auffassung das BMF in dieser Frage vertritt.

Steuergesetze

Im Dezember 2005 wurden die ersten drei Steuergesetze in der neuen Legislaturperiode verabschiedet (veröffentlicht im BGBl. I 2005, S. 3680, 3682 f.):

Gesetz zur Beschränkung der Verlustverrechnung im Zusammenhang mit Steuerstundungsmodellen

Mit dem Gesetz zur Beschränkung der Verlustverrechnung im Zusammenhang mit Steuerstundungsmodellen können bereits ab dem 11.11.2005 Verluste aus so genannten Steuerstundungsmodellen nicht mehr im selben Jahr mit anderen Einkünften verrechnet werden, sondern nur noch mit späteren Einkünften aus derselben Einkunftsquelle (§ 15b Einkommensteuergesetz (EStG)).

Gesetz zum Einstieg in ein steuerliches Sofortprogramm

Das Gesetz zum Einstieg in ein steuerliches Sofortprogramm, das zum 1.1.2006 wirksam geworden ist, enthält u. a. die Abschaffung

- der Steuerfreiheit für Abfindungen (§ 3 Nr. 9 EStG),
- der Steuerfreiheit für Übergangsgelder und -beihilfen (§ 3 Nr. 10 EStG),
- des Freibetrages für Heirats- und Geburtsbeihilfen des Arbeitgebers (§ 3 Nr. 15 EStG),
- der degressiven Abschreibung für Abnutzung bei Mietwohngebäuden in Neufällen (§ 7 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 Buchstabe c EStG) sowie
- des Sonderausgabenabzugs für private Steuerberatungskosten (§ 10 Abs. 1 Nr. 6 EStG).

Das Gesetz zur Abschaffung der Eigenheimzulage beinhaltet einen Wegfall der Förderung nach dem Eigenheimzulagengesetz ab dem 1.1.2006 für Neufälle.

Gesetz zur Abschaffung der Eigenheimzulage

Zum 1.1.2008 plant die Große Koalition eine umfassende Reform des Unternehmenssteuerrechts, die sowohl Körperschaften als auch Personengesellschaften umfassen soll. Bislang ist jedoch noch offen, welches der derzeit diskutierten Reformmodelle in welchem Umfang umgesetzt werden wird. In jedem Fall ist eine Modernisierung des Steuerbilanzrechts mit Blick auf eine Vereinheitlichung der steuerlichen Bemessungsgrundlage innerhalb der Europäischen Union beabsichtigt.

Unternehmenssteuerreform

Die Gewerbesteuer soll dabei grundsätzlich beibehalten, aber im Rahmen der Unternehmenssteuerreform 2008 zu einer wirtschaftskraftbezogenen kommunalen Unternehmensteuer mit Hebesatzrecht umgestaltet werden. Um die Investitionstätigkeit bereits vorab schnell zu beleben, sollen zeitlich begrenzt bis zum 31.12.2007 die Abschreibungsbedingungen in § 7 Abs. 2 EStG verbessert werden. Diskutiert wird hierbei eine Anhebung der degressiven Abschreibung für Abnutzung für bewegliche Wirtschaftsgüter von 20 Prozent auf 30 Prozent.

Im Rahmen der Föderalismusreform sollen u. a. bestimmte Kompetenzen innerhalb der Finanzverwaltung neu geregelt werden. Beispielsweise ist eine stärkere und häufigere und damit intensivere Einbindung des Bundesamtes für Finanzen bei steuerlichen Außenprüfungen vorgesehen.

Föderalismusreform

Im Dezember 2005 wurden die Einkommensteuer-Richtlinien (EStR) 2005 im Bundessteuerblatt I, Sondernummer 1/2005, veröffentlicht. Es werden Rechtsänderungen aus den zwischenzeitlich ergangenen Gesetzen berücksichtigt. Daneben erfolgt eine Neugliederung, wobei sich die Nummerierung sinnvollerweise ausschließlich an der Paragraphenfolge des Einkommensteuergesetzes orientiert. Neu ist u. a., dass als Nachweis für die Geltendmachung von Krankheitsaufwendungen als außergewöhnliche Belastungen nunmehr auch die Erstattungsmitteilungen der privaten Krankenversicherer gelten (R 33.4 EStR).

Einkommensteuer-Richtlinien 2005

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

Die Generalversammlung des Comité Européen des Assurances CEA) fand am 10.6.2005 im Hause der Fédération Française de Sociétés d' Assurances (FFSA) in Paris statt. Es nahmen Delegationen aus 28 Mitgliedsländern und zusätzlich Bulgarien und Kroatien als assoziierte Mitglieder teil. Neu aufgenommen wurden Rumänien und die Ukraine. In die Generalversammlung eingebettet hatte das CEA eine Konferenz zu dem Thema „Better regulation for European insurers“. Dazu sprachen als Gastredner Charlie McCreevy, EU-Kommissar für Binnenmarkt- und Dienstleistungsfragen, Ieke van den Burg, PSE-Abgeordnete des Europaparlaments, David Strachan, Bereichsleiter der britischen Finanzdienstleistungsaufsicht, Dennis Kessler, Vorstandsvorsitzender der SCOR-Versicherung und Jim Schiro, Vorstandsvorsitzender der Zürich Finanzdienstleistungen.

Generalversamm-
lung des CEA

Die Kommission KRANKENVERSICHERUNG kam 2005 unter ihren Vorsitzenden Sybille Sahmer, PKV-Verband, Deutschland, (bis 10.5.2005) und Julián Ruiz Ferrán, Sanitas, Spanien, (ab 11.5.2005) erneut zu drei Sitzungen (27.1., 10.5. und 13.10.) zusammen.

Kommission
KRANKEN-
VERSICHERUNG
des CEA

Zusätzlich fand am 13.10.2005 ein gemeinsames Treffen der Lebens- und Krankenversicherungskommission des CEA mit EU-Kommissar Vladimír Špidla (Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit) statt, bei dem zentrale Fragen aus dem Bereich der Personenversicherung erörtert wurden. Im Einzelnen ging es um das Grünbuch der Kommission über den demographischen Wandel (KOM (2005) 94 vom 16.3.2005) sowie die Kooperation des privaten und des öffentlichen Sektors im Bereich der sozialen Sicherung. Dazu stellte das CEA seinen Bericht „Between Public and Private – Insurance Solutions for a Changing Society“ (Juni 2005) vor. Weiteres Thema war die Patientenmobilität in der privaten Krankenversicherung.

Eine nachhaltige Präsenz bei den europäischen Institutionen bildet aus hiesiger Sicht eine Grundvoraussetzung für das frühzeitige Erkennen neuer Entwicklungen. Von Seiten der PKV wird nach wie vor eine Dominanz der gesetzlichen Systeme bei der Interessenvertretung gesehen.

Ziele der Kommissi-
on KRANKEN-
VERSICHERUNG

Folge ist, dass sie, zumal mit ihrer Sonderrolle als substitutive Krankenversicherung, nicht hinreichend wahrgenommen wird. Nicht anders als beim PKV-Verband auf nationaler Ebene ist die Sicherung und Erweiterung des Geschäftsfeldes der privaten Krankenversicherung in Europa das Ziel der Arbeit der Kommission KRANKENVERSICHERUNG und zwar sowohl auf dem Gebiet der Voll- als auch der Zusatzversicherung. Eine allgemeine Entwicklungstendenz in Europa ist die zunehmend defizitäre Lage der Sozialversicherung, was für eine stärkere Privatisierung von Gesundheitsleistungen sprechen könnte. Andererseits öffnen die Mitgliedstaaten sich diesem Gedanken nur sehr zögerlich, da die private Krankenversicherung als gewinnorientiertes und den Aktionärsinteressen verpflichtetes Wirtschaftsunternehmen gilt, dem das Verständnis für soziale Belange fehlt. Obwohl die tatsächlichen Verhältnisse in sehr vielen Mitgliedstaaten etwas anderes belegen, scheint die öffentliche Wahrnehmung tendenziell negativ zu sein. Hier muss das CEA gegensteuern.

Weitere Themen

Gegenüber dieser politisch strategischen Ausrichtung haben die technischen Fragen, die früher im Vordergrund standen, beim internationalen Austausch an Bedeutung eingebüßt. Das hängt damit zusammen, dass inzwischen andere Mittel und Wege zur Verfügung stehen, um sich z. B. über kalkulatorische Aspekte zu informieren. Eine Ausnahme bildet die Pflegeversicherung, da sich viele Staaten mit der Einrichtung eines solchen Versicherungszweiges befassen und Interesse an den Erfahrungen und Gestaltungen in anderen Ländern besteht. Auch die Rechtsprechung des EuGH zur Krankenversicherung erfordert weiterhin Aufmerksamkeit und hat die Kommission beschäftigt, weil die Entscheidungen, auch wenn sie zur gesetzlichen Krankenversicherung ergehen, auf ihre Auswirkungen für den privaten Sektor geprüft werden müssen. Gleiches gilt für alle Aktivitäten im Rahmen der offenen Koordinierung und der damit bewirkten Konvergenz der Sozialversicherungssysteme. Auch das Thema Freizügigkeit (Mobilität) hat die Kommission nachhaltig beschäftigt, ein echter Fortschritt konnte damit allerdings innerhalb des CEA nicht erzielt werden.

Teil C

Grenzfragen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

I. Sozialpolitische Entwicklung im Jahr 2005

1. Sozialgesetzgebung

Durch die „Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2006 (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2006)“, BGBl. I 2005, S. 3627, ergibt sich eine Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für 2006 in den alten Bundesländern von 63.000 Euro jährlich bzw. 5.250 Euro monatlich (Vorjahr: 62.400 Euro bzw. 5.200 Euro monatlich) und in den neuen Bundesländern von 52.800 Euro jährlich bzw. 4.400 Euro monatlich (Vorjahr: 52.800 Euro jährlich bzw. 4.400 Euro monatlich). Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 6 SGB V 47.250 Euro jährlich bzw. 3.937,50 Euro monatlich (Vorjahr: 46.800 Euro jährlich bzw. 3.937,50 Euro monatlich). Sie gilt für das Neugeschäft seit 1.1.2003. Für diejenigen, die am Tag vor dem In-Kraft-Treten des Beitragssatzversicherungsgesetzes (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 2006 42.750 Euro jährlich bzw. 3.562,50 Euro monatlich. Die Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung sind für alle zum 1.1.2006 von 42.300 Euro jährlich bzw. 3.525,50 Euro monatlich auf 42.750 Euro jährlich bzw. 3.562,50 Euro monatlich gestiegen.

Versicherungsgrenzen in der Renten- und Krankenversicherung

Nach der vorstehend genannten Rechengrößenverordnung beträgt die Bezugsgröße 2006 gemäß § 18 SGB IV 29.400 Euro jährlich bzw. 2.450 Euro monatlich in den alten und 24.780 Euro jährlich bzw. 2.065 Euro monatlich in den neuen Bundesländern. Zu beachten ist, dass Artikel 1

Bezugsgröße

Nr. 2 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der GKV vorsieht, dass auch die Bezugsgröße West, soweit sie für den Kranken- und Pflegeversicherungsbereich relevant ist, für das ganze Bundesgebiet gilt. Die Bezugsgröße ist maßgebend für folgende Werte:

Bedeutung für die Familienversicherung und die Künstlersozialversicherung

Ein Siebtel der Bezugsgröße und damit im Jahr 2006 bundeseinheitlich monatlich 350 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 SPV nach § 25 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI.

... für den Mindestbeitrag freiwilliger GKV-Mitglieder

Ein Drittel der Bezugsgröße und damit 816,67 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 1.837,50 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 2006 112 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, 8a SGB IV für die nach § 7 SGB V krankenversicherungsfreien unbefristeten geringfügigen Beschäftigten beträgt 400 Euro.

Beitragssatz der GKV allgemein und für Studenten

Laut „Bekanntmachung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zum Stichtag 1.1.2005 und des für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten maßgebenden Beitragssatzes“ vom 10.3.2005 betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der GKV am 1.1.2005 im gesamten Bundesgebiet 14,2 Prozent (Vorjahr: 14,3 Prozent). Die Beitragssätze für krankenversicherungspflichtige Studenten betragen für den Zeitraum vom Beginn des Wintersemesters 2005/2006 bis zum Beginn des Wintersemesters 2006/2007 nach der bezeichneten Bekanntmachung 9,3 Prozent im gesamten Bundesgebiet.

Rechengrößen für 2006 in Euro

		Bisherige Werte in Klammern			
		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung	jährlich	63.000	(62.400)	52.800	(52.800)
	monatlich	5.250	(5.200)	4.400	(4.400)
Beitragsbemessungsgrenze Kranken-, Pflegeversicherung	jährlich	42.750	(42.300)	42.750	(42.300)
	monatlich	3.562,50	(3.525)	3.562,50	(3.525)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	47.250	(46.800)	47.250	(46.800)
	monatlich	3.937,50	(3.900)	3.937,50	(3.900)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	42.750	(42.300)	42.750	(42.300)
	monatlich	3.562,50	(3.525)	3.562,50	(3.525)
Bezugsgröße	jährlich	29.400	(28.980)	24.780	(24.360)
	monatlich	2.450	(2.415)	2.065	(2.030)
Geringfügigkeitsgrenze		400		400	
Einkommensgrenze für Familienversicherung		350	(345)	350	(345)
Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung		13,3 %	(14,3 %, seit 1.7.2005 13,4 %)	13,3 %	(14,3 %, seit 1.7.2005 13,4 %)
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		236,91	(236,18)	236,91	(236,18)
Höchstbeitrag PVN	einzeln	60,56	(59,92)	60,56	(59,92)
	Ehegatten (150 %)	90,84	(89,88)	90,84	(89,88)
	Ehegatten				
	einzeln (75 %)	45,42	(44,94)	45,42	(44,94)
Höchstbeitrag PVB	einzeln	24,22	(23,97)	24,22	(23,97)
	Ehegatten (150 %)	36,34	(35,96)	36,34	(35,96)
	Ehegatten				
	einzeln (75 %)	18,17	(17,98)	18,17	(17,98)
Zuschuss zur PPV		30,28	(29,96)	30,28	(29,96)
				in Sachsen 12,47	(12,34)

Arbeitgeberzuschuss

Durch das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (BGBl. I 2004, S. 3445) (s. Rechenschaftsbericht 2004, S. 118) müssen Mitglieder der GKV seit 1.7.2005 einen zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent selbst aufbringen. Die übrigen Beitragssätze haben sich zum gleichen Zeitpunkt in demselben Umfang gemindert. Dies bedeutet für GKV-Versicherte, dass der Arbeitgeber seinen Beitragsanteil aufgrund des um 0,9 Prozent verringerten Beitragssatzes der Krankenkasse abführt und dadurch entlastet wird. Die Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hat ihre Mitgliedsverbände und die Arbeitgeber darüber informiert, dass zum 1.7.2005 auch der Höchstzuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer sinken werde. Und zwar müsse auch der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, der für die Berechnung des Arbeitgeberzuschusses herangezogen wird, um 0,9 Prozent gesenkt werden. Daraus hat sich seit dem 1.7.2005 für die restliche Hälfte des Jahres 2005 ein Höchstzuschuss von 236,18 Euro ergeben. Diese Auffassung ist auch Ausdruck des eindeutigen politischen Willens, die Arbeitgeber bei den Lohnnebenkosten zu entlasten. Es gibt keinen politischen Grund, die privat Krankenversicherten hiervon auszunehmen.

Arbeitgeberzuschuss für privat krankenversicherte Altersteilzeitbeschäftigte

Das Bundesministerium des Innern (BMI) hat ein Rundschreiben zur Durchführung des Arbeitgeberzuschusses für privat krankenversicherte Altersteilzeitbeschäftigte in der Freistellungsphase des Blockmodells herausgegeben. Wesentlicher Inhalt des Schreibens ist, dass für die Bemessung des Beitragszuschusses des Arbeitgebers zur privaten Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V 90 Prozent des maßgeblichen durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes bei Arbeitnehmern, die sich in Altersteilzeit in der Freistellungsphase des Blockmodells befinden, heranzuziehen sind. Das BMI beruft sich auf ein Urteil des Bundessozialgerichts. Das gleiche Thema wird mit dem gleichen Ergebnis auch vom gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Sozialversicherung zum zusätzlichen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Gegen die Höhe des Arbeitgeberzuschusses für die betreffenden Personen ist insofern nichts einzuwenden, als der Wortlaut des § 257 Abs. 2 Satz 3 („Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden“) auch diejenigen Arbeitnehmer erfasst, die aufgrund der Freistellungsphase des Blockmodells der Altersteilzeit auch bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Diese Arbeitnehmer können ihre Krankentagegeldversicherung kündigen, weil das Risiko des Verdienstauffalls bei Krankheit entfällt, so dass auch wirtschaftlich ein geringerer Zuschuss nicht ungerechtfertigt ist.

Krankenversicherung in den Niederlanden seit 1.1.2006

Zum 1.1.2006 ist in den Niederlanden eine Gesundheitsreform in Kraft getreten, durch die das bisherige System der Krankenversicherung umstrukturiert wird. Für alle niederländischen Bürger und Personen, die in den Niederlanden als Selbständige oder Arbeitnehmer arbeiten, besteht

eine Pflicht zum Abschluss der so genannten Basis- oder Standardversicherung. Ausnahmen bestehen nur für aktive Soldaten und religiöse Gruppen. Die Basisversicherung wird von allen niederländischen Krankenversicherern, die privatrechtlich organisiert sind, angeboten. Die Einführung einer Pflicht zur Absicherung gegen Krankheit für die o. g. Personengruppen hat mit der deutschen PKV folgende Berührungspunkte:

- Personen, die sich nach bisher geltendem Recht nicht in den Niederlanden krankenversichern mussten (weil sie über der dort geltenden Versicherungspflichtgrenze lagen), sind nach dem neuen System gezwungen, zumindest eine Basisversicherung abzuschließen. Eine deutsche private Krankenversicherung wird bislang nicht als Pflichtversicherung anerkannt.
- Rentner, die in Deutschland leben und nur eine niederländische Rente beziehen, sind zwar nicht verpflichtet, eine Basisversicherung abzuschließen. Da sie aber – auch wenn sie in einer deutschen PKV versichert sind – nach europäischem Recht (VO 574/72) einen Anspruch gegen eine deutsche Krankenkasse auf Sachleistungsaushilfe haben und die Niederlande diese Kosten pauschal den deutschen Krankenversicherungsträgern erstatten müssen, werden auch die niederländischen Rentner zur Finanzierung dieser Kosten durch die Einbehaltung eines Betrags von der Rente herangezogen. Das College voor zorgverzekering (CVZ) zieht den Beitrag ein.

Da beide o. g. Personengruppen (Grenzgänger, die in Deutschland leben und Rentner, die eine niederländische Rente beziehen und in Deutschland leben) in Deutschland Sachleistungsaushilfe bei einer deutschen GKV in Anspruch nehmen können, bietet sich eine Zusatzversicherung als Ergänzung des Versicherungsschutzes an. Die Sachleistungsaushilfe wird bei Grenzgängern in Anspruch genommen, indem der Vordruck E 106 (für Familienangehörige E 109), der durch den niederländischen Versicherer ausgefüllt wird, bei einer deutschen Krankenkasse vorgelegt wird. Ein Rentner muss sich von dem zuständigen rentenzahlenden Träger und der Krankenkasse eine Bescheinigung (E 121) über den Anspruch auf Sachleistungen ausstellen lassen und sich sodann beim ausführenden Träger des Wohnortes (d. h. bei einer deutschen Krankenkasse) melden und eintragen lassen.

Durch das Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen und zur Änderung anderer Gesetze (BGBl. I 2005, S. 3686) wird das bisherige Lohnfortzahlungsgesetz ersetzt. Nach diesem Gesetz nehmen alle Krankenkassen an dem Umlageverfahren für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall („U1“) und für Mutterschaftsleistungen („U2“) teil. Der Erstattungsanspruch des Arbeitgebers für den Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld wird neu geregelt, indem Unternehmen mit mehr als 30 Beschäftigten auch in den Ausgleich einbezogen werden. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach § 2 Abs. 1 Satz 3 des Aufwen-

**Aufwendungs-
ausgleichsgesetz**

dungsausgleichsgesetzes auch für den Ausgleich der Aufwendungen für Entgeltfortzahlung und Mutterschaftsgeld für privat versicherte Arbeitnehmer zuständig.

2. Gesundheitspolitische Diskussion

Wahlkampf

Das Jahr 2005 war auch gesundheitspolitisch von den Neuwahlen im September geprägt. Im Wahlkampf bestätigten die vier etablierten Parteien ihre Konzepte für eine umfassende Gesundheitsreform. SPD und Bündnis 90/Die Grünen favorisierten nach wie vor die Einführung einer Bürgerversicherung, in der alle Bürger erfasst sind und neben dem Lohn noch weitere Einkunftsarten in die Beitragspflicht zur Krankenversicherung einbezogen werden. Die Union dagegen hielt weiterhin an einer Gesundheitsprämie fest. So sollen die Beiträge zur Krankenversicherung von den Arbeitsentgelten abgekoppelt und die Einkommensumverteilung ausschließlich im Steuersystem organisiert werden. Die FDP schließlich sah in ihrem Wahlprogramm einen privaten Krankenversicherungsschutz mit Versicherungspflicht und sozialer Absicherung für alle vor.

Bundestagswahl

Aufgrund des Ergebnisses der Bundestagswahl und der daraus hervorgehenden Großen Koalition zeichnet sich ab, dass wohl weder das Konzept Bürgerversicherung noch das Konzept Gesundheitspauschale umgesetzt werden wird. Reformen sind vermutlich auf der Basis der jetzigen Systemstrukturen zu erwarten. Der Koalitionsvertrag bestätigt diesen Eindruck. Grundsätzliche Entscheidungen sind zunächst nicht getroffen worden. Frühestens Mitte 2006 sollen in der Großen Koalition Beschlüsse zu einer neuen Gesundheitsreform verabschiedet werden. Dennoch gilt es den Koalitionsvertrag gesundheitspolitisch zu bewerten. Es ergeben sich Chancen und Gefahren.

Koalitionsvertrag

Während der Koalitionsverhandlung war eine Einigung über eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze zunächst strittig, blieb dann aber aus. Damit bleibt die Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV zumindest für den Kreis der freiwillig Versicherten erhalten. Eine Wahlfreiheit, die nicht nur aus Wettbewerbsgesichtspunkten geboten ist. Gerade weil der demographische Wandel unvermittelt voranschreitet, müssen kapitalgedeckte Elemente im deutschen Gesundheitswesen gestärkt werden. Diese gibt es nur in der PKV. Im Systemwettbewerb leisten diese einen wertvollen Beitrag zur Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit.

Kapitaldeckung in der Pflege- versicherung

Die Bedeutung von Kapitaldeckung hat auch die Große Koalition erkannt. Im Koalitionsvertrag ist entsprechend festgelegt worden, dass die soziale Pflegeversicherung aus Gründen der Demographiesicherheit um kapitalgedeckte Elemente ergänzt werden soll. Ein Beschluss, der gesundheits- und sozialpolitisch grundsätzlich zu begrüßen ist. Allerdings gilt es den richtigen Ort für den zu bildenden Kapitalstock zu finden. Der kann letztendlich nur in der privaten Krankenversicherung liegen. Ein

Kapitalstock in den Händen einer öffentlich-rechtlich strukturierten Sozialversicherung würde immer dem Zugriff des Staates ausgeliefert sein. Entsprechende Befürchtungen haben sich in der Rentenversicherung schon bestätigt. Gegen den ausdrücklichen Widerstand der Sozialversicherungsträger ist in der Rentenversicherung die Schwankungsreserve sukzessive abgesenkt worden. Fazit: Die Verlässlichkeit eines Kapitalstocks innerhalb einer Sozialversicherung bleibt eine Illusion.

Neben kapitalgedeckten Elementen sieht die Große Koalition für die Pflegeversicherung einen Finanzausgleich zwischen der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) vor. Begründen ließe sich dieser – so verschiedene Verlautbarungen aus dem Bundesgesundheitsministerium – mit den angeblichen Risikostrukturunterschieden zugunsten der PPV. Ein Argument, das zu kurz greift, wenn man berücksichtigt, dass die Zugänge zur Pflegebedürftigkeit in der PPV schon seit Jahren überproportional über denen in der SPV liegen. Entsprechend schnell werden sich die Risikostrukturen der SPV und PPV aneinander angleichen und ein Finanzierungsausgleich zwischen SPV und PPV würde obsolet oder sich ins Gegenteil von dem, was politisch beabsichtigt ist, umkehren. Über kurz oder lang wird man nämlich registrieren, dass die größte Versichertengruppe der PKV, die Beamtenschaft, eine überdurchschnittliche Lebenserwartung und damit auch eine höhere Wahrscheinlichkeit hat, einmal auf Pflegehilfe angewiesen zu sein. Dass die private Krankenversicherung per se über die „besseren Risiken“ verfügt, lässt sich damit grundsätzlich nicht bestätigen.

Finanzausgleich

Laut Koalitionsvertrag soll auch die Vergütung der Leistungserbringung angepasst und reformiert werden. Würde diese Anpassung gleichbedeutend mit einer Nivellierung der Honorarunterschiede sein, entspräche das einer Einheitsvergütung, die in eine Einheits(Bürger-)versicherung münden würde. Dabei wäre nicht eine Nivellierung, sondern eine maßvolle Absenkung der Honorare durchaus angebracht. Überproportionale Kostensteigerungen in der PKV deuten an, dass sich das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer gegenüber Privatpatienten verändert hat. Die Vermutung liegt nahe, dass hier vermehrt die durch Rationierungen in der GKV entstandenen Einkommensverluste kompensiert werden.

Vergütung

Auch wenn Gesundheitsministerin Ulla Schmidt schon kurz nach Unterzeichnung des Koalitionsvertrages medienwirksam bemerkte, dass es in der Bürgerversicherung keine Nichtversicherten mehr gäbe, soll laut Koalitionsvertrag für alle nicht krankenversicherten Personen – nach Schätzungen leben in Deutschland 80.000 bis 200.000 – eine Rückkehrmöglichkeit zur jeweiligen letzten Versicherung sichergestellt werden. Es handelt sich dabei um eine so genannte Reparaturlösung. Um Risiko-selektion und individuelles Vorteilshopping zu vermeiden, muss diese an Bedingungen, die es noch auszuarbeiten gilt, geknüpft sein. Nur so bleibt die Verantwortung gegenüber dem vom Nichtversicherten verlassenen Versicherungskollektiv gewahrt.

Nichtversicherte
Personen

Damit lässt sich zum Koalitionsvertrag zusammenfassend feststellen:

1. Die Große Koalition hat das durch den demographischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt hervorgerufene Ausgabenproblem insbesondere der GKV nicht erkannt.
2. Es fehlt im Koalitionsvertrag an einem Bekenntnis zur Wahlfreiheit und zum umfassenden Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.
3. Es fehlt im Koalitionsvertrag an einem Bekenntnis zur Senkung der Lohnzusatzkosten. Von einem Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung ist keine Rede mehr.

Problemorientierte Lösungen für das vor gewaltigen gesundheitspolitischen Herausforderungen stehende Gesundheitswesen finden sich im Koalitionsvertrag nicht. Es bedarf anderer Handlungsoptionen, um das deutsche Gesundheitssystem, das in internationalen Vergleichsstudien stets sehr gut abschneidet, leistungsfähig zu organisieren und nachhaltig zu finanzieren. Das PKV-Reformkonzept, das im Juli 2005 in Berlin vorgestellt wurde, zeigt solche Optionen auf.

In Anbetracht der demographischen Entwicklung muss die Umlagefinanzierung der GKV auf ihre Kernaufgaben begrenzt und die Kapitaldeckung gestärkt werden. Dies lässt sich über zwei Wege erreichen, die parallel beschritten werden sollten:

Zum einen muss der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt werden. Zahnmedizin und Krankengeld sind Bereiche, in denen Versicherte selbst über den gewünschten Versicherungsschutz entscheiden können. Sie sollten deshalb kapitalgedeckt in die PKV überführt und obligatorisch oder freiwillig versichert werden. Da Berufsunfälle vollständig vom Arbeitgeber zu finanzieren sind, gehören private Unfälle in die Eigenverantwortung des Einzelnen und sollten ebenfalls kapitalgedeckt privat versichert werden. Darüber hinaus ist zu prüfen, Satzungsleistungen wie Kuren aus dem Leistungskatalog zu streichen und versicherungsfremde Leistungen (u. a. Mutterschaftsgeld) als gesellschaftliche Aufgabe aus Steuern über den allgemeinen Staatshaushalt zu finanzieren. Wenn darüber hinaus noch die im europäischen Vergleich relativ niedrigen Zuzahlungen moderat erhöht würden, könnte die gesetzliche Krankenversicherung um 34,9 Mrd. Euro entlastet werden. Das würde einer Beitragssatzsenkung von 3,6 Prozentpunkten entsprechen.

Der zweite Weg zur Ausweitung der Kapitaldeckung ist die Absenkung der Versicherungspflichtgrenze. Zumindest sollte die außerordentliche Anhebung der Grenze zum 1.1.2003 wieder rückgängig gemacht. Damit würde sich der Wettbewerb zwischen GKV und PKV intensivieren. Im Gegenzug wäre die PKV bereit, jeden freiwillig gesetzlich Versicherten,

der das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ohne Risikozuschlag in einen PKV-einheitlichen Basistarif aufzunehmen. Kein Antragsteller würde wegen Vorerkrankungen abgelehnt. Innerhalb einer vorgegebenen Öffnungsphase könnten zudem auch ältere Personen über 55 Jahre in die PKV wechseln.

Das PKV-Reformkonzept Krankenversicherung stärkt auch den Wettbewerb zwischen den PKV-Unternehmen. Auf der Grundlage des Basis-schutzes erhalten in der neuen PKV-Welt alle neu privat Versicherten ein Recht, zu anderen PKV-Anbietern unter Beibehaltung ihrer Rechte aus den Alterungsrückstellungen zu wechseln. Der Wechsel ist auch für langjährig Versicherte nicht mit Nachteilen verbunden. Denjenigen, die vor Umsetzung des Konzeptes privat versichert gewesen sind, sollen bei einem Unternehmenswechsel die Rechte aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag erhalten bleiben. Eine Übertragung der Alterungsrückstellung ist jedoch nicht möglich.

Wettbewerb
intensivieren

Mit dem Reformkonzept begegnet die private Krankenversicherung dem Vorwurf der „Rosinenpickerei“ und öffnet sich den sozialpolitischen Anforderungen von heute. Allerdings kann das PKV-Konzept nicht ad hoc umgesetzt werden, denn neben PKV-internen Vorbereitungsarbeiten und Abstimmungsprozessen bedarf es noch einiger gesetzgeberischer Änderungen.

Neben einer Ausweitung der Kapitaldeckung und einer Verstärkung des Systemwettbewerbs sind weitere Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen sinnvoll. So sollten gesetzliche und private Krankenversicherung Vertragsfreiheit mit den Leistungserbringern erhalten. Nur auf diesem Wege lassen sich notwendige Wettbewerbsstrukturen aufbauen und Bedingungen gestalten, die im Gesundheitswesen effizienzsteigernd wirken. Darüber hinaus sollte der Arbeitgeberzuschuss festgeschrieben werden. So kann ohne die bürokratische Gesundheitsprämie der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung entlastet werden. Zudem muss die beitragsfreie Familienmitversicherung in der GKV überdacht werden. Eigene Beiträge für Kinder – in der GKV wie PKV – lassen sich über ein erhöhtes Kindergeld finanzieren. Die gesetzliche Krankenversicherung könnte um 11,2 Mrd. Euro oder um 1,2 Prozentpunkte entlastet werden.

Entlastung der GKV

Das PKV-Reformkonzept stellt sich mit den Vorschlägen allen gesundheitspolitischen Herausforderungen, ohne das Gesundheitssystem zu zerschlagen. Die finanziellen Auswirkungen des Konzepts sind erheblich. Zusammengenommen wären Einsparungen von 46,1 Mrd. Euro möglich. Bezogen auf das Jahr 2004 könnte der durchschnittliche Beitragssatz der GKV von 14,2 Prozent auf 9,4 Prozent gesenkt werden. Die erzielten Beitragsentlastungen würden finanziellen Spielraum schaffen, private Vorsorge zu finanzieren. Wie der gesenkte Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufzuteilen ist, muss dabei politisch entschieden werden.

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

Versicherungspflicht

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte im Verfahren B 12 KR 28/03 R über die Frage der Versicherungspflicht zu entscheiden. Der Kläger schloss im Jahr 1994 mit einem Unternehmen, das Laboruntersuchungen für niedergelassene Ärzte durchführt, einen Transportvertrag. Er verpflichtete sich, Untersuchungsmaterial von den Ärzten abzuholen, zum Unternehmen zu bringen und die Befunde wieder zu den Ärzten zurückzubringen. Die Route war ihm von dem Unternehmen vorgegeben. Die Transporte führte der Kläger mit einem eigenen Pkw durch. Bis zum Ende der Vertragsbeziehung im Jahr 1998 entrichtete das Unternehmen keine Beiträge zur Sozialversicherung. Im Jahr 1999 beantragte der Kläger die Überprüfung seiner Vertragsbeziehung. Die Beklagte als zuständige Einzugsstelle stellte fest, dass der Kläger in seiner Tätigkeit als selbständiger Transportunternehmer tätig gewesen sei. Das BSG hat schließlich befunden, dass der Kläger im Rahmen des Transportvertrages bei diesem Unternehmen nicht selbständig tätig war, sondern als abhängig Beschäftigter versicherungspflichtig. Aufgrund der engen Bindungen, die ihm im Rahmen des Transportvertrages auferlegt waren und der fehlenden Möglichkeit, während der Arbeitszeit andere Transportaufträge zu übernehmen, überwiegen hier die Merkmale für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis.

III. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

Gründung

Das WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) ist am 1.1.2005 vom PKV-Verband gegründet worden. Seine Aufgabe ist es, Fragen der gesundheitlichen Versorgung sowie Aspekte im Spannungsfeld zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung wissenschaftlich zu analysieren. Im Jahr 2005 sind unter anderem folgende Projekte veröffentlicht worden:

Einnahmenproblem in der GKV?

Eine im Januar 2005 im Rahmen einer Veranstaltung in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellte Studie des WIP befasste sich mit der Frage, ob die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein Ausgaben- oder ein Einnahmenproblem habe. Es galt die Einnahmensituation der GKV präzise zu analysieren. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird fast überall von der Annahme ausgegangen, die Einnahmenseite der GKV würde über eine Schwäche verfügen, ja geradezu eine Erosion der Finanzierungsseite aufweisen. Folgerichtig finden sich in den gesundheitspolitischen Konzeptpapieren aller Parteien entsprechende Hinweise. Die

Studie zeigt allerdings, dass sich die These von der Einnahmenschwäche der GKV nicht aufrechterhalten lässt. Es gibt nach detaillierten Analysen im relevanten Untersuchungszeitraum zwischen 1991 und 2002 keine Einnahmenerosion. Im Gegenteil sind von 1991 bis 2002 die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten um 35,1 Prozent gestiegen, das Volkseinkommen je Einwohner demgegenüber nur um 30,8 Prozent. Damit hat die GKV überproportional vom volkswirtschaftlichen Wachstum profitiert. Wenn es trotzdem steigende Beitragssätze in der GKV gab, dann ist das vor allen Dingen auf zwei Faktoren zurückzuführen:

Zum einen ist auf den sozialpolitischen Verschiebepfahnen zwischen den Sozialversicherungsträgern hinzuweisen. Ohne politische Entscheidungen zu Lasten der GKV, die das Institut für Gesundheits-System-Forschung (igsf) kumuliert zwischen 1989 und 2004 auf 35,04 Mrd. Euro und ab 2005 auf jährlich 6,13 Mrd. Euro schätzt, hätte der Beitragssatz der GKV 0,86 Beitragssatzpunkte unter dem durchschnittlichen Beitragssatz im Jahr 2004 gelegen.

Zum anderen sind die Ausgaben in der GKV je Versicherten schneller gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten. Während die Leistungsausgaben je Versicherten in der GKV zwischen 1991 und 2002 um fast 52 Prozent stiegen, konnte das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten in der GKV (= Finanzierungsbasis) mit einem Anstieg von 35,1 Prozent nicht annähernd Schritt halten. Damit gibt es im Untersuchungszeitraum ohne Zweifel ein Ausgaben- und Kostenproblem. Von einer Erosion der Finanzierungsbasis der GKV kann nicht die Rede sein.

Kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem in der GKV

Im Mittelpunkt eines weiteren Projekts des WIP stand die Berechnung des überproportionalen Finanzierungsbeitrags der Privatpatienten. Privat versicherte Patienten müssen für die meisten Gesundheitsleistungen mehr Geld bezahlen als die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten. Besonders auffällig ist dies beim Arztbesuch oder auch in der Apotheke, wo nur der gesetzlichen Krankenversicherung Rabatte gewährt werden.

Überproportionaler Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten

Das im August 2005 abgeschlossene Projekt ermittelt erstmalig aus dem Vergleich der altersspezifischen Leistungsausgaben beider Versichertergruppen über alle gesundheitlichen Bereiche hinweg, wie hoch die Differenz ist. Damit wird ein so genannter Mehrumsatz ermittelt, der von knapp zehn Prozent der Bevölkerung, die in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sind, aufgebracht wird. Dieser Mehrumsatz steht dem Gesundheitssystem zusätzlich zur Verfügung. Im Jahr 2003 betrug er 8,531 Mrd. Euro. Dabei ist ein kontinuierlicher Anstieg von Jahr zu Jahr festzustellen. Für die einzelnen Leistungsbereiche ergeben sich ferner deutliche Unterschiede. Von besonderer Bedeutung für den Mehrumsatz sind die Arzthonorare. Der Mehrumsatz bei den Arzthonoraren beträgt 3,66 Mrd. Euro.

Mehrumsatz der Privatversicherten

Mehrumsatz und RSA entsprechen sich

Dass die GKV für ihre Versicherten niedrigere Preise als die PKV-Versicherten bezahlen muss, liegt historisch im für die GKV formulierten Konzept der Schutzbedürftigkeit begründet. Für sozial Schutzbedürftige muss es auch sozial adäquate Preise geben; andere Personengruppen müssen dann naturgemäß höhere Preise bezahlen. Der Mehrumsatz im Gesundheitswesen in Höhe von über 8,5 Mrd. Euro kann deshalb - und auch das ist ein Fazit der Studie - als eine Art Ausgleich zugunsten des Gesundheitswesens in seiner Gesamtheit angesehen werden.

Einbezug von Beamten in die GKV?

Beim im September 2005 veröffentlichten Projekt stand der Krankenversicherungsschutz der Beamten im Mittelpunkt des Interesses. Beamte erhalten im Krankheitsfall Beihilfe, die einen wesentlichen Teil ihrer Krankheitskosten abdeckt. Für die nicht durch die Beihilfe abgedeckten Kostenteile besteht in aller Regel ein privater Krankenversicherungsschutz. Wiederholt wird in diesem Zusammenhang die Forderung nach Abschaffung der Beihilfe zugunsten der Einführung eines Arbeitgeberzuschusses erhoben. Beamte sollen in der Krankenversicherung dann wie Arbeitnehmer behandelt werden. Dahinter steht die Vorstellung, dass sich dadurch die Finanzsituation der GKV verbessern kann.

Erstmals präzise Datenbasis

Die Studie geht in diesem Zusammenhang der Frage nach, ob dies tatsächlich der Fall ist. Die bisher vorliegenden Untersuchungen haben insbesondere bezüglich der Sozialstruktur der Beamten zum Teil auf Annahmen zurückgreifen müssen, die hier erstmalig durch präzise Daten ersetzt werden konnten.

Einbezug der Beamten ohne Entlastungswirkung für die GKV

Die Ergebnisse sind eindeutig: Da Beamte eine überdurchschnittlich hohe Lebenserwartung und überdurchschnittlich viele Kinder haben, ist eine Entlastung der GKV nicht zu erwarten. Das gilt insbesondere mittelfristig, wenn die mit dem steigenden Durchschnittsalter der Beamten zunehmende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen berücksichtigt wird. In Zeiten des demographischen Wandels können Vorschläge nicht überzeugen, die Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheitskosten zumindest zu etwa 40 Prozent kapitalgedeckt in der PKV versichert sind, in die demographieanfällige Umlagefinanzierung überführen wollen.

IV. Telematik

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Die elektronische Gesundheitskarte wird die 1994 eingeführte Krankenversichertenkarte ablösen. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber die Grundlage für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) geschaffen und deren Einführung verbindlich vorgegeben. In mehreren Ausbaustufen wird sie eine Vielzahl zusätzlicher Funktionen bieten, die dem Gesundheitswesen in Deutschland einen erheblichen Fortschritt in der Qualität der medizinischen Versorgung ermöglichen und die Rechte der Patienten stärken.

Vor diesem Hintergrund ist die Beteiligung der privaten Krankenversicherung hinsichtlich der Einführung der eGK überaus wichtig. Bisher ist die gesetzliche Integration der privaten Krankenversicherung noch nicht erfolgt. Alle Aktivitäten werden bislang auf freiwilliger Basis durchgeführt.

Die Anwendungen der eGK teilen sich in verpflichtende und freiwillige. Verpflichtend müssen gemäß § 291a SGB V auf der eGK administrative Daten wie Geburtsdatum, Krankenkasse, Adresse etc. gespeichert werden, die so genannten Versichertenstammdaten. Sie dienen dazu, die Berechtigung einer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nachzuweisen. Daneben muss die elektronische Gesundheitskarte die Verarbeitung von elektronischen Verordnungen (eRezepten) gewährleisten. Der freiwillige Teil der eGK umfasst die Anwendung des Notfalldatensatzes, der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung, des Patientenfiles sowie die Anwendung der elektronischen Patientenakte.

Anwendungen
der eGK

Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Stärkung der Patientenrechte wird die Einführung der eGK strukturelle Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen bewirken und sich nicht zuletzt dadurch als Zentrum und Drehscheibe einer zukünftigen medizinischen Patientenversorgung etablieren.

Im Rahmen seines freiwilligen Engagements ist der Verband der privaten Krankenversicherung Mitgesellschafter der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte GmbH (gematik). Die gematik wurde am 10.1.2005 mit dem Auftrag zur Einführung der eGK gegründet. Weitere Gesellschafter sind die Spitzenverbände der Krankenversicherung (GKV) und die Spitzenorganisationen der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenhäuser. Neben der Entwicklung des Systems „Elektronische Gesundheitskarte“ besteht die Aufgabe der gematik u. a. darin, einen sicheren und störungsfreien Betrieb zu gewährleisten. Hierzu werden die eGK und die notwendige Telematikinfrastruktur umfangreichen Testmaßnahmen unterzogen. Sie reichen von zentralen Labortests über Anwendertests bis hin zu Feldtests, die in mehreren Regionen mit zunächst je 10.000 sowie dann je 100.000 Versicherten durchgeführt werden.

gematik

Hinsichtlich der Testmaßnahmen mit 10.000 Versicherten hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die folgenden acht Testregionen zur Durchführung dieser Testphase ausgewählt: Bochum-Essen (Nordrhein-Westfalen), Bremen, Flensburg (Schleswig-Holstein), Heilbronn (Baden-Württemberg), Ingolstadt (Bayern), Löbau-Zittau (Sachsen), Trier (Rheinland-Pfalz) und Wolfsburg (Niedersachsen). Die zur Durchführung der Testmaßnahmen notwendigen Vereinbarungen werden von den Beteiligten auf vertraglichem Wege festgelegt.

Derzeit ist geplant, die bisherige Beteiligung der privaten Krankenversicherung zur Einführung der eGK fortzuführen und durch ein aktives En-

agement in den Testregionen zu ergänzen. Zur Absicherung der notwendigen Investitionen wird weiterhin eine Integration der privaten Krankenversicherung in die Gesetzgebung angestrebt.

Teil D

Kommunikation

I. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes

Seit dem 1.1.2005 ist die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des PKV-Verbandes in einer eigenen Abteilung organisiert, nachdem sie zuvor jahrelang mit der Abteilung Sozialpolitik zusammengefasst war. Zudem wurde die Abteilung im vergangenen Sommer um zwei Referenten am Standort Berlin erweitert. Dadurch konnte der PKV-Verband die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit intensivieren. Der Schwerpunkt der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wurde mit dem Ziel einer größeren Nähe zu den politischen Entscheidungsträgern, Gesprächspartnern und Berichtserstattern im Wesentlichen nach Berlin verlagert.

Intensivierung der
Pressarbeit

Das Hauptaugenmerk der Öffentlichkeitsarbeit lag im Berichtsjahr darauf, die Position der PKV in der gesundheitspolitischen Diskussion zu stärken und einer breiteren Masse stärker bekannt zu machen. Dies geschah durch regelmäßige Kontakte zu Journalisten, Hintergrundgespräche, Gastkommentare, zahlreiche Pressemitteilungen sowie drei Pressekonferenzen. Die Pressekonferenzen dienten dazu,

Gesundheitspoliti-
sche Positionierung

- das PKV-Reformkonzept für die Krankenversicherung „Reformieren, nicht zerschlagen“ (s. dazu auch Kapitel C I. 2. Gesundheitspolitische Diskussion),
- das PKV-Konzept einer kapitalgedeckten Dynamisierung der Pflegeversicherung (s. dazu auch Kapitel A IV. 2. Gesetzgebung zur Pflegeversicherung) und
- ein Gutachten von Prof. Dr. Otto Depenheuer, Direktor des Seminars für Staatsphilosophie und Rechtspolitik in Köln, zur Mitgabe der Alterungsrückstellungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung – mit dem Ergebnis, dass die Alterungsrückstellungen verfassungs-

rechtlich geschützt sind (s. dazu auch Kapitel A IV. 2. Gesetzgebung zur Pflegeversicherung) –

der Öffentlichkeit vorzustellen.

Anzeigenkampagne Darüber hinaus hat der PKV-Verband die Positionen der PKV durch eine Anzeigenkampagne öffentlichkeitswirksam in den Bundestagswahlkampf eingebracht. Die Anzeige „Deutschland braucht die Privaten“ wurde vom 21.6.2005 bis 16.7.2005 in zwölf großen überregionalen Tages- und Wochenzeitungen (u. a.: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Süddeutsche Zeitung, Handelsblatt, Bild am Sonntag, Die Zeit) sowie in den wichtigsten parteipolitischen Publikationen (Vorwärts, Mittelstandsmagazin, elde – liberale depesche) geschaltet. Zielgruppen waren in erster Linie politische Entscheider und Multiplikatoren. Diesen sollte noch einmal deutlich gemacht werden, dass wesentliche Prinzipien der „sozialen Marktwirtschaft“ – Eigenverantwortung, Wettbewerb, nachhaltiges Finanzieren – auch Prinzipien der PKV sind.

dimap-Umfrage Die Argumentation der PKV – „Reformieren, nicht zerschlagen“ – wurde auch durch eine repräsentative Umfrage des dimap-Institutes gestützt. Diese ergab im August 2005, dass die Mehrzahl der Deutschen gegen einen Systemwechsel im Gesundheitswesen ist und Bürgerversicherung wie Gesundheitsprämie ablehnt. Die Befragten befürworteten vielmehr eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems. Zwei Drittel plädierten für eine Stärkung der privaten Vorsorge, zusätzliche Wahlmöglichkeiten und den Aufbau finanzieller Rücklagen.

Medienpartnerschaft Der PKV-Verband hat im Jahr 2005 eine Medienkooperation mit dem Rheinischen Merkur durchgeführt. Diese beinhaltete zwei dreiseitige Sonderbeilagen „Merkur Plus“ mit gesundheitspolitischen Themen. Am 18.8.2005 erschien die erste Beilage unter dem Titel „Gesundheitspolitik“. In einem Interview äußerte sich der PKV-Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte über notwendige Reformen im Gesundheitswesen und die Reformmodelle der verschiedenen Parteien. Weitere Artikel behandelten u. a. die Gesundheitssysteme im europäischen Ausland, die Unterschiedlichkeit von GKV- und PKV-Schutz und das Internetportal www.derprivatpatient.de des PKV-Verbandes.

In der zweiten Beilage am 27.10.2005 wurden Artikel rund um das Thema „Pflegeversicherung“ veröffentlicht. Diese veranschaulichten den dringenden Reformbedarf der sozialen Pflegeversicherung und dass die Einführung kapitalgedeckter Elemente zwingend erforderlich ist, damit die Pflegeversicherung auch künftig ihren ursprünglichen Zweck erfüllen kann: pflegebedürftige Personen vor der Abhängigkeit von Sozialhilfe zu bewahren. Darüber hinaus befassten sich Beiträge mit praktischen Fragen wie: Was passiert, wenn ein Familienmitglied plötzlich pflegebedürftig wird? Welche Regeln gelten für Pflegeheime? Wie kann man die eigene finanzielle Belastung im Pflegefall reduzieren?

Die Zusammenarbeit mit dem Rheinischen Merkur wird auch im Jahr 2006 fortgesetzt.

Der PKV-Verband und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) haben am 4.8.2005 einen Vertrag zur Kooperation in der HIV-/Aids-Prävention unterzeichnet. Die PKV unterstützt die Aids-Präventionsarbeit der BZgA nun jährlich mit 3,4 Mio. Euro. Damit übernimmt sie ihre gesundheitspolitische Verantwortung auch im Bereich der Primärprävention. Der Bereich der HIV-/Aids-Prävention wurde bewusst gewählt: Für Deutschland ist zum ersten Mal ein Anstieg der HIV-Neuinfektionen festzustellen. Die öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema AIDS ist erkennbar rückläufig. Dafür gibt es verschiedene Gründe – ein Grund ist aber sicherlich die im Präventionsbereich existierende Mittelknappheit. Darüber hinaus ist die PKV selbst in besonderem Maße betroffen: Während nur zehn Prozent der gesamten Bevölkerung einen privaten Krankenversicherungsschutz haben, sind bis zu 25 Prozent der HIV-Infizierten privat krankenversichert.

HIV-/
Aids-Prävention

Für die bundesweite Kampagne „Gib Aids keine Chance“ beginnt durch die finanzielle Unterstützung seitens der PKV ein neuer Abschnitt, wie die Direktorin der BZgA, Dr. Elisabeth Pott, auf der gemeinsamen Pressekonferenz erklärte. Es werde eine intensivere Ansprache der Bevölkerung möglich, die so in den letzten Jahren nicht mehr finanzierbar war. Mit den Mitteln des PKV-Verbandes kann die BZgA neue TV- und Kino-Spots entwickeln und auch die Ausstellung „LIEBESLEBEN“ profitiert von der Unterstützung. Zudem wurde zum Welt-Aids-Tag am 1.12.2005 eine gemeinsame Plakataktion von BZgA, Deutscher AIDS-Stiftung, Deutscher AIDS-Hilfe und einigen Prominenten wie Boris Becker und Christiane Paul durchgeführt. Weitere Werbemaßnahmen wurden ebenfalls vorbereitet. Losgelöst von der Kooperation mit der BZgA wies der PKV-Verband zum Welt-Aids-Tag 2005 mit einem rund 120 Quadratmeter großen Plakat „Aids vergiftet Leben. Benutz' Kondome“ am Berliner „Palast der Republik“ eindringlich auf die Ansteckungsgefahr hin.

(Datenmaterial über die HIV-infizierten Privatversicherten ist in Teil E II. 5. Aids-Statistik aufgeführt.)

II. www.derprivatpatient.de (dpp.de): Das Gesundheitsportal des PKV-Verbandes

Einführung
derprivatpatient.de
Arzt, Krankenhaus,
GOÄ

Seit Juni 2004 ist der PKV-Verband mit dem Gesundheitsportal www.derprivatpatient.de im Internet vertreten. Das Gesundheitsportal bietet dem privat Krankenversicherten eine umfassende Orientierungshilfe in den Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens. Ziel des Portals ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, selbständig und in „Augenhöhe“ mit dem Leistungserbringer zu kommunizieren und damit aktiv an seiner Behandlung mitzuwirken. Im Vordergrund stehen konkrete Hilfestellungen zum verantwortungs- und kostenbewussten Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitssystems. Gestartet wurde das Portal mit den Menüpunkten Arzt und Krankenhaus und einem Fenster „Aktuelle Pressemeldungen aus dem Gesundheitswesen“.

Im Menü „Arzt“ sind Informationen zu Rechten und Pflichten von Arzt und Patient, zu Leistungen in der ambulanten Versorgung, zur Rechnungslegung inklusive Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), ein Rechnungsprüfprogramm GOÄ, eine Suchmaschine für Ärzte und Zahnärzte und allgemeine Tipps rund um den Arztbesuch hinterlegt. Außerdem werden sämtliche Gebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen von (Fach-)Ärzten erläutert. Das Menü „Krankenhaus“ umfasst den Behandlungsvertrag bei Aufnahme in eine Klinik, Besonderheiten, die bei der Auswahl eines Hauses zu berücksichtigen sind, die Allgemeinen Krankenhausleistungen, das Wahlleistungsangebot mit entsprechender Preisgestaltung sowie eine Krankenhaussuchmaschine.

Arzneimittel, Heil-
und Hilfsmittel,
Zahnarzt

Im Berichtszeitraum 2005 wurde das Portal inhaltlich um die Menüpunkte Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnarzt erweitert. Im Menü „Arzneimittel“ sind zunächst verschiedene Medikamentenausprägungen und deren Vertriebsformen beschrieben. Darüber hinaus werden Hinweise zum verantwortungsvollen Umgang mit Arzneimitteln und deren Bezug aus einer Präsenz- oder Internetapotheke gegeben sowie die Preisgestaltung bei Arzneimitteln erklärt. Das Menü „Zahnarzt“ liefert analog dem Menü „Arzt“ Infos zu Rechten und Pflichten, zur Leistung und Rechnungslegung und außerdem zu den Themen Zahnbehandlung, Zahnersatz und Zahntechnik. Unter „Heil- und Hilfsmittel“ sind Definitionen und die Angabe der Leistungspflicht der privaten Krankenversicherung bei entsprechender Verordnung eingestellt. Bestehende Inhalte wurden aktualisiert; so wurde z. B. eine Anpassung der ärztlichen Gebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen an die neue (Muster-) Weiterbildungsordnung ((M-)WBO) der Bundesärztekammer (BÄK) vorgenommen.

An technischen Neuerungen wurde ein „content management system“ zur erleichterten redaktionellen Betreuung des Portals implementiert sowie eine Indexsuche und Druckversion der Inhaltsseiten integriert.

Gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, jeweils im Abstand von zwei Jahren, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Erstmals erfolgte dies im Jahr 2005 für das Jahr 2004. Darüber hinaus ist u. a. der PKV-Verband verpflichtet, diese Qualitätsberichte im Internet zu veröffentlichen. Dieser Verpflichtung kam der Verband mit der Erstellung der Internetseite <http://pkv.g-qb.de> nach.

**Qualitätsberichte
der Krankenhäuser**
Nacherfassung

Da die gelieferten Qualitätsberichte zu einem großen Teil maschinell nicht auswertbar waren und somit auch keine differenzierte Darstellung interessanter Details auf den Seiten des Gesundheitsportals www.derprivatpatient.de möglich war, wurden die Qualitätsberichte nacherfasst. Die Ergebnisse der Nacherfassung werden 2006 in die Krankenhaus-Suchmaschine des Portals eingearbeitet. Außerdem wird mit den nacherfassten Daten die der Krankenhaussuchmaschine zugrunde liegende Krankenhausdatenbank des PKV-Verbands aktualisiert und erweitert.

Im November 2005 fand erstmals eine Sitzung der Arbeitsgruppe derprivatpatient.de statt. Weitere Sitzungen sollen in unsteter Frequenz bei gegebenem Anlass folgen. Die Novembersitzung resultierte in dem Beschluss, eine Zahnlabordatenbank inklusive Suchmaschine mit Informationen zur Preisstruktur der Labore aufzubauen.

Arbeitsgruppe
dpp.de

Die Nutzungsfrequenz des Gesundheitsportals ist von 20.000 auf 70.000 gestiegen, gemessen an so genannten „page impressions“ bzw. „pages“. Darunter wird hier die gesamte (Bildschirm-)Seite verstanden, die nachgefragt wird, und nicht die Einzelteile, aus denen sie aufgebaut ist (Bilder, Graphiken, Text, Videos etc.). Regelmäßig die meisten Zugriffe erfolgten auf das GOÄ-Rechnungsprüfprogramm und die Krankenhaus-Suchmaschine.

Nutzungsfrequenz
"page impressions"

Teil E

Statistik

I. Statistische Berichterstattung an die Aufsichtsbehörde

Seit dem Berichtsjahr 1995 gelten die neuen Vorschriften für die formgebundenen statistischen Nachweisungen an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Sie wurden im Rechenschaftsbericht 1995 (Seite 141 f.) beschrieben. Diese Statistik-Vorschriften sind sowohl für Quartalsmeldungen als auch für Jahresnachweisungen gültig. In Artikel 54 der dritten Schadenrichtlinie war festgelegt worden, dass dann, wenn in einem Mitgliedstaat die substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, nationale Behörden Wahrscheinlichkeitstafeln und andere einschlägige statistische Daten zur Kalkulation zu veröffentlichen haben. Hierzu werden von der Aufsichtsbehörde entsprechende Werte sowohl aus Kostenversicherungen als auch aus Tagegeldversicherungen erhoben. Es handelt sich dabei um Bestände, Rechnungs- und Erstattungsbeträge, Leistungstage, Storno- und Todesfälle je nach betrachtetem Segment. Die Erhebung erfolgte erstmals für das Berichtsjahr 1995. Seitdem werden die Daten jährlich von den Unternehmen an die Aufsichtsbehörde gemeldet.

Meldungen an die
Bundesanstalt für
Finanzdienst-
leistungsaufsicht

II. Verbandsstatistik

1. Allgemeines

Der Verband erhält vom größten Teil der statistischen Berichterstattung der Mitgliedsunternehmen an die Aufsichtsbehörde ebenfalls die Daten für die Verbandsstatistik. Dieses Verfahren ermöglicht eine frühzeitige Unterrichtung der Öffentlichkeit sowie interessierter Organisationen oder Behörden. Weitere relevante Daten werden gesondert durch Umfragen bei den Unternehmen erhoben.

Verbandsstatistik

2. Wahrscheinlichkeitstabeln

Allgemeines

Im Rahmen der Wagnisstatistik des Verbandes werden bereits seit dem Jahr 1970 Daten von den Mitgliedsunternehmen erhoben, die zu Wahrscheinlichkeitstabeln zusammengefasst werden. Begonnen wurde zur damaligen Zeit mit der Erhebung von Rechnungsbeträgen aus Krankheitskostentarifen mit 100-prozentigem Versicherungsschutz. Später kamen weitere Untersuchungen hinzu, welche die Selbstbehalttarife einschlossen und die Abhängigkeiten von der Höhe des Selbstbehaltes auf die Tarife untersuchten. Die Ermittlung von Profilen im Bereich der Krankentagegeldversicherung wurde erst im Beobachtungsjahr 1989 begonnen. Die Erstellung der Wahrscheinlichkeitstabeln durch den Verband wird weiter durchgeführt, trotz der offiziellen Erhebungen durch die Aufsichtsbehörde. Dies liegt daran, dass seitens des Verbandes weit detailliertere Untersuchungen und Auswertungen durchgeführt werden können, die den Unternehmen bei der Kalkulation neuer Tarife wie auch der Beobachtung der Entwicklung in bestehenden Tarifen unabdingbare Werkzeuge sind.

a) Wagnisstatistik

Ermittlung
der Profile

Anhand des von den Mitgliedsunternehmen gelieferten Zahlenmaterials wird der Profilverlauf der Rechnungsbeträge folgender Leistungsarten für männliche und für weibliche Versicherte erstellt:

- 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.

Die Erhebung wird nach Einzelaltern durchgeführt. Die Abgrenzung erfolgt so, dass nur Versicherte, die mindestens drei Jahre die jeweilige Leistungsart versichert haben, berücksichtigt werden.

Seit dem Beobachtungsjahr 1989 werden zusätzliche Profile der Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen mit unterschiedlichen Karenzzeiten ermittelt. Dabei werden Tarife herangezogen, die zum einen für Angestellte und zum anderen für Selbständige repräsentativ sind, also solche mit Karenzzeiten von sechs Wochen bzw. einer Woche.

Seit dem Beobachtungsjahr 1997 werden ausgewählte Ergebnisse dieser Statistik im Zahlenbericht des Verbandes veröffentlicht (vorher im Rechenschaftsbericht). Die Veröffentlichung der Daten des Beobachtungsjahres 2005 erfolgt im Zahlenbericht 2005/2006, der Ende Oktober 2006 erscheinen wird.

b) Auswirkung von Selbstbehalten auf die rechnungsmäßigen Kopfschäden von Krankheitskostentarifen

Seit dem Beobachtungsjahr 1976 wertet der Verband jährlich Datenmaterial aus bestehenden Selbstbehalttarifen aus, das ihm von den Mitgliedsunternehmen gemeldet wird. Die letzte Auswertung wurde für das Beobachtungsjahr 2004 durchgeführt. Ausgewählte Ergebnisse daraus wurden im Zahlenbericht 2004/2005 veröffentlicht. Bei der Auswertung der Selbstbehaltstatistik werden größere Bestände zusammengefasst, so dass kleine Mitgliedsunternehmen, deren Bestände für die Ermittlung repräsentativer eigener Daten noch zu gering sind, für ihre Berechnungen und Planungen diese Statistiken heranziehen können. Auch für die Einführung neuer Selbstbehaltstufen bei größeren Unternehmen wird auf diese Statistik zurückgegriffen.

Selbstbehaltstatistik

c) Ausscheidewahrscheinlichkeiten

Seit dem Jahr 1993 (für das Beobachtungsjahr 1992) erhebt der Verband bei den Mitgliedsunternehmen Zahlen über das Ausscheiden von Versicherungsnehmern durch Stornierung der Verträge. Da in den Stornowahrscheinlichkeiten große Unterschiede zwischen einzelnen Unternehmen und sogar zwischen Tarifen je nach Struktur des Außendienstes und der Kundenzielgruppe zu beobachten sind, dienen diese Daten den Unternehmen nur als Orientierung zur Festlegung ihrer Rechnungsgrundlagen.

Stornostatistik

Seit dem Beobachtungsjahr 1992 werden bei den Mitgliedsunternehmen Daten über Todesfälle von Versicherungsnehmern erhoben. Diese Daten dienen dazu, die für die PKV-Kalkulation gültigen Sterbewahrscheinlichkeiten zu ermitteln und gemäß der Veränderung der Lebenserwartung anzupassen. Aus den Beobachtungsjahren bis 2001 wurde die Sterbetafel „PKV 2004“ unter Verwendung anerkannter Ausgleichsverfahren und einer aus den Daten abgeleiteten Extrapolation erstellt. Diese wird zurzeit bei der Kalkulation und Anpassung von Tarifen von allen Unternehmen eingesetzt. Die Sterbewahrscheinlichkeiten werden jährlich weiter beobachtet.

Sterbewahrscheinlichkeiten

3. Krankheitsartenstatistik

Krankheitsarten-
statistik

An der Krankheitsartenstatistik nehmen nur Mitgliedsunternehmen mit einem Marktanteil von insgesamt 50,3 Prozent teil. Allerdings steigt die Beteiligung. Die Ergebnisse werden im Zahlenbericht veröffentlicht, zuletzt für das Beobachtungsjahr 2004 im Zahlenbericht 2004/2005.

4. Rechnungsauswertungen

GOÄ und GOZ

Für das Berichtsjahr 2003 wurden wieder Arztrechnungen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie Zahnarztrechnungen ausgewertet und im Zahlenbericht 2004/2005 (Seite 66 f.) dargestellt. Der Umfang und die Form der Ziehung wurde gegenüber dem im Rechenschaftsbericht 1988, Abschnitt D.II.4, Seite 114, dargestellten Verfahren nicht geändert. Aus diesen Auswertungen ist zu ersehen, dass die von den Ärzten und Zahnärzten angesetzten GOÄ-Multiplikatoren weitgehend stabil bleiben. Der Leistungsanstieg für ambulante Arzt- und Zahnarztbehandlung wird also nicht durch höhere Faktoren verursacht. Er beruht vielmehr auf Mengensteigerungen sowie auf strukturellen Umschichtungen von niederbewerteten zu höherbewerteten Leistungen.

5. AIDS-Statistik

AIDS-Statistik

Seit dem Jahr 1985 werden vom PKV-Verband bei den Mitgliedsunternehmen Daten über die Zahl der HIV-Infektionen erhoben. Dabei wurde auch die Vergangenheit seit Auftreten dieser Krankheit erfasst. Aus dieser Erhebung ergibt sich, dass bis zum 31.12.2005 bei 10.149 privat Vollversicherten eine HIV-Infektion festgestellt wurde. Davon waren 3.123 Personen bis zu diesem Zeitpunkt gestorben. Diese Zahlen sind mit den vom Bundesgesundheitsamt veröffentlichten Daten nicht vergleichbar. Dies liegt an den unterschiedlichen Erfassungsmethoden und Erfassungskriterien. Bei den Sterbefällen ist seit der zweiten Hälfte 1996 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Vorher verstarben pro Jahr bis zu 350 Infizierte. Die Zahl der Verstorbenen sank auf unter 70 in den Jahren 2000 und 2001. In den folgenden drei Jahren war dagegen wieder eine Steigerung auf ca. 90 Verstorbene zu verzeichnen. Im Jahr 2005 sank die Zahl der Verstorbenen mit 62 Personen auf den niedrigsten Stand seit Einführung der Statistik. Die Zahl der Neuinfektionen ist dagegen zum zweiten Mal in Folge stark gestiegen. Hier sind im Jahr 2005 sogar 746 Fälle (von rund 500 in den Jahren 1999 bis 2001) zu verzeichnen.

Kosten

Zusätzlich wird untersucht, welche Kosten durch diese Krankheit verursacht werden. Durch die besseren Behandlungsmöglichkeiten entstehen heute deutlich früher Kosten als noch vor wenigen Jahren.

Die durchschnittlichen Kosten betragen im Jahr 2005 ca. 15.000 Euro für jeden privatversicherten HIV-Infizierten, also auch für diejenigen, bei denen die Krankheit noch nicht ausgebrochen ist.

6. Statistik der Pflegepflichtversicherung

Da der PKV-Verband einerseits die Poolabrechnung zur Pflegepflichtversicherung durchführt und andererseits deren Kalkulation vornimmt, wird bei allen Unternehmen, die die Pflegepflichtversicherung (PPV) anbieten, eine Vollerhebung über die Bestände und Leistungen in der Pflegepflichtversicherung durchgeführt. Die die PPV betreibenden Unternehmen – auch solche, die nicht dem Verband angehören – haben sich dazu im Pool-Vertrag verpflichtet.

Datenerhebung

Der Poolausgleich besteht aus zwei Komponenten: Zum einen werden Beiträge und zum anderen Leistungen ausgeglichen. Der Beitragsausgleich erfolgt, weil die im Gesetz vorgeschriebene Beitragsstruktur (Höchstbeitragsbegrenzung, Geschlechtsunabhängigkeit der Beiträge, Beitragsfreiheit der Kinderversicherung etc.) eine gleichmäßige Risikoverteilung durch Umlagen erfordert. Der Leistungsausgleich garantiert, dass alle Unternehmen gemeinsam für besonders schwere Risiken eintreten. Für die Durchführung des Beitragsausgleichs müssen von den Unternehmen Daten über die Zusammensetzung der Bestände nach Alter und Geschlecht zusammen mit den erhobenen Beiträgen und den eigentlich für diese Versicherten notwendigen Beiträgen – wie sie sich aus der Eintrittsalters- und geschlechtsabhängigen Kalkulation nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren ergeben – an den Verband übermittelt werden. Mit der Erhebung dieser Daten wird der Umlagebedarf, der zwischen den Unternehmen existiert, festgestellt. Insgesamt besteht derzeit in der Pflegepflichtversicherung ein Umlagebedarf von rund 265 Mio. Euro pro Jahr. Der größte Teil dieses Ausgleichs erfolgt innerhalb der Unternehmen selbst. Zwischen den Unternehmen floss nach der vorläufigen Abrechnung für das Jahr 2005 ein Betrag von rund 74 Mio. Euro als Strukturausgleich.

Poolausgleich

Berechnungsbasis für den Leistungsausgleich ist die Leistungsstatistik der PPV. Zur Ermittlung der Rechnungsgrundlagen für die Pflegepflichtversicherung werden die Leistungsausgaben differenziert abgefragt. Hier wird einerseits unterschieden nach ambulanter und stationärer Pflege, andererseits nach den verschiedenen Pflegestufen sowie im ambulanten Bereich nach der Art der Leistung, sei es Kostenerstattung für Fremdleistungen, Pflegegeld, Rentenversicherungsbeiträge, Umbaumaßnahmen und Ähnliches. Aus den nach Alter und Geschlecht differenzierten Leistungen werden für die Kalkulation Kopfschäden ermittelt. Die Differenzierung nach den Leistungsarten dient dazu, bei Gesetzesänderungen, die möglicherweise differenzierte Leistungsanpassungen vorsehen, reagieren zu können.

Leistungsstatistik

Die PKV hat sich gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) 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 die Leistungsausgaben dem BMG aufgliedert nach verschiedenen Leistungsarten übermittelt.

Meldungen an das
Bundesgesundheits-
ministerium

Anhang

Grußwort

**anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten
Krankenversicherung am 15.6.2005 in Berlin**

von
W o l f g a n g Z ö l l e r MdB
Stellvertretender Fraktionsvorsitzender der CDU/CSU

Grüß Gott, meine sehr geehrten Damen und Herren,

zunächst darf ich natürlich die Grüße der Fraktionsvorsitzenden und der Kanzlerkandidatin Frau Dr. Merkel übermitteln und gestatten Sie mir eine Vorbemerkung: Mein Vater hat mir immer gesagt: „Bub, der liebe Gott hat dir zwei Ohren gegeben und einen Mund.“ Das könnte ein Signal sein, dass auch die Politiker öfter einmal zuhören sollten. Wir reden. Also, zumindest hat sich für mich heute das Zuhören bisher sehr rentiert und Sie können davon ausgehen, dass auch die Überlegungen in die Weiterentwicklung mit einfließen werden. Ich freue mich auch deshalb, weil Sie mich eingeladen haben, über die Perspektiven im Gesundheitswesen und natürlich auch im Besonderen der privaten Krankenversicherung zu sprechen. Dass Sie etwas hören wollen, obwohl, wenn man die letzten Äußerungen von Koalitionspolitikern hört, es da ja Skeptiker gibt, Veranstaltungen über die Zukunft von privaten Krankenversicherungen würden sich bald erübrigen, da es für sie keine Perspektiven gäbe. Diese Aussage kann man nur unterstreichen, wenn man den zweiten Halbsatz anführt. Dies wird sein, wenn Rot-Grün weiterregiert, dann muss man das wirklich befürchten. Und wir müssen aufpassen, dass wir mit unserem Gesundheitssystem bzw. Finanzierungssystem nicht ähnliche Wirkungen haben. Unser Ziel ist es nämlich, dass wir für die private Krankenversicherung eintreten, weil wir es für den zukunftsfähigeren Weg halten. Und deshalb müssen unsere Maßnahmen auch dann so geschneidert werden, dass sie nicht kontraproduktiv sind, und dann werden wir auch daran zu tun haben.

Gestatten Sie mir auch eine Vorbemerkung. Man kann sagen, wir können uns in den Sozialsystemen zu Tode reformieren. Wenn es uns nicht gelingt, auf der anderen Seite auf dem Arbeitsmarkt etwas zu bewegen, dann haben wir keine Chance, die Sozialsysteme zu reformieren. Und da bin ich auch der Auffassung, dass manchmal die Ursachen ein bisschen sehr oberflächlich andiskutiert werden. Lassen Sie mich das auch kurz an zwei Beispielen sagen: Zum jetzigen Zeitpunkt wird darüber diskutiert, man müsse in der Sozialversicherung zum Beispiel das Renteneintrittsalter auf 67 Jahre anheben. Versicherungsmathematisch ja, aber wie wollen Sie das der Bevölkerung klarmachen, wenn zum gleichen Zeitpunkt in der Alterskohorte zwischen 55 und 65 gerade einmal 35 Prozent in Deutschland beschäftigt sind. Wie wollen Sie da zum jetzigen Zeitpunkt über 67 reden? Also müssen wir doch vielmehr Anstrengungen unternehmen, wie wir die 55- bis 65-Jährigen wieder in Arbeit bringen können. Und ein zweites Beispiel: Wenn immer gesagt wird, die demographische Entwicklung ist so verheerend für die Sozialsysteme, da gehört

es doch auch dazu, dass man zumindest auch über zwei Punkte diskutiert, die kaum angesprochen werden, die aber mit der demographischen Auswirkung etwas zu tun haben. Warum sprechen wir nicht darüber, warum über die letzten sechs Jahre eine Million junge bestausgebildete Deutsche Deutschland verlassen haben, um sich zum Großteil im Ausland niederzulassen. Da muss man doch einmal an die Ursachen herangehen, warum die das gemacht haben. Wenn wir darüber sprechen, wir haben zu wenig Kinder und gleichzeitig über Krankenkassenbeiträge sieben Millionen Abreibungen in den letzten 25 Jahren bezahlt haben, dann stimmt doch etwas in der Logik nicht. Deshalb müssen wir wieder mehr an die Ursachen herangehen, warum uns auf der Einnahmeseite so viel wegbricht.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, gesetzliche Krankenversicherung und private Krankenversicherung müssten beide erfolgreich bleiben, nämlich: die Krankenversicherungen sind auch für unsere Gesellschaft Teil des Fundaments, auf dem der soziale Frieden bei uns beruht. Für den einzelnen Bürger ist es von existenzieller Bedeutung, eine ausreichende Krankenversicherung zu haben. Sie verhindert nämlich, dass heilbare Krankheiten als dauerhaftes Schicksal erlitten werden müssen, und Krankenversicherung befreit von ökonomischen Überforderungen. Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich bin fest davon überzeugt, dass nach wie vor die Attraktivität der privaten Krankenversicherung nicht gelitten hat und auch nicht diejenige der gesetzlichen Krankenversicherung, es wird auch viel mehr schlecht hineingeredet. Aber wofür ich großes Verständnis habe, ist, dass die Akteure im Gesundheitswesen nach den vielen Reformen der letzten 15 Jahre nun endlich einmal Planungssicherheit erwarten können, damit man endlich einmal eine Reform macht, wo man weiß, es kommt nicht nach sechs Monaten schon die nächste Korrektur dieser Reform. Endlich einmal Planungssicherheit für alle! Und wenn ich diese Planungssicherheit haben will, muss ich natürlich an die Hauptursache herangehen, warum die Einschnitte von Gesundheitsreformen in immer kürzeren Zeitabschnitten stattgefunden haben. Die Hauptursache ist nun einmal die Anbindung der Finanzierung an Löhne und damit die Belastung der Lohnzusatzkosten. Meine sehr geehrten Damen und Herren, nicht Kostendruck, sondern der Wettbewerb um eine bessere Versorgung der Menschen muss künftig der Leitgedanke für Reformen sein.

Ein Weiteres, was ich ansprechen möchte: Die Diskussionen der letzten Jahre haben ja eigentlich gezeigt, dass wir keine Versorgungskrise haben, sondern eben die Finanzierungskrise. Und wenn ich den medizinisch-technischen Fortschritt, die demographische Entwicklung, aber auch die hohe Erwartungshaltung an die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens sehe, muss mit zunehmenden Ausgaben gerechnet werden. Und ich glaube, dass es zumindest jetzt bei den meisten politischen Parteien angekommen ist, dass die bisherige Finanzierung dieser notwendigen Ausgabenzuwächse im Gesundheitswesen über die Arbeitskosten keine Zukunftslösung ist und deshalb geändert werden muss. Die Bevölkerung erwartet von uns, dass für alle Menschen eine hochwertige erstklassige Medizin und Pflege bereitsteht und natürlich dieser soziale Schutz im Falle der Krankheit ein in sich sehr hoher Wert ist, den wir erhalten wollen und auch müssen. Und die Diskussion darüber, ob medizinische Leistungen, ob Dialyse oder Herzoperationen ab einem bestimmten Alter nicht mehr geleistet werden oder ab einem bestimmten Einkommen nicht mehr geleistet werden sollen, halte ich für nicht zielführend. Allerdings muss bei diesem hohen Anspruch an die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens auch klar sein, dass wir künftig ein Stück mehr an Eigenverantwortung haben müssen, aber Eigenverant-

wortung heißt nicht nur Zuzahlung, Eigenverantwortung heißt auch ein Stück Mitverantwortung. Es kann nicht sein, dass sich jeder verhält ohne Rücksicht auf die gesundheitlichen Folgen, und wenn dann Krankheit eintritt, so nach dem Motto handelt, „da Versicherung hast du mich“.

Eigenverantwortung und Mitverantwortung gehören in diesem Zusammenhang genannt. Die Alternativen sind dann nämlich nur entweder Leistungskürzungen oder Rationierung. Und ich glaube, Rationierung wäre das Unsozialste, was wir machen können. Dann lieber die Menschen stärker an den Kosten beteiligen, und das kann man sozialverträglich gestalten. Und auch hier eine ganz klare Aussage: Wenn man dies in diesem System machen will, kann man dies nicht alles staatlich verordnen. Ich bin weit davon entfernt zu glauben, dass man mit Paragraphen, Richtlinien und Erlassen ein so komplexes System wie das deutsche Gesundheitswesen steuern könnte. Wir müssen vielmehr den Beteiligten im Gesundheitswesen grobe Rahmenbedingungen vorgeben. Die kreative Kraft der einzelnen Beteiligten im Gesundheitswesen ist durch keinen Ministerialrat zu ersetzen. Im Gegenteil – zu eng gesetzte gesetzliche Vorgaben könnten diese schöpferische Kraft mehr oder weniger nur ersticken. Wenn jemand in einem Ministerium glaubt, er könnte für ganz Deutschland Regeln für den täglichen Betrieb im Gesundheitswesen aufstellen, dann irrt er sich, dann beschäftigen wir uns mehr mit Verwaltung als mit der Behandlung von Krankheiten.

Und ich glaube, das ist auch ein wesentlicher Punkt: Was zurzeit in den Sozialsystemen an Verwaltungskosten ausgegeben wird, ist nicht mehr vertretbar, weil dies entzogene Mittel für eine sinnvolle Behandlung von Menschen sind. Durch Kostenerstattung kann Wesentliches an Verwaltungskosten eingespart werden. Das sind die richtigen Wege und nicht noch mehr staatliche Reglementierungen, und gestatten Sie mir auch in diesem Zusammenhang eine Anmerkung: Ich habe zurzeit die große Befürchtung, dass wir langsam in Deutschland eine Amerikanisierung in der Gestalt bekommen, dass wir aufgrund des Haftungsrechtes immer mehr medizinische Untersuchungen nur deshalb durchführen, damit sich die Ärzte absichern können. Und es kann nicht angehen, dass wir deshalb wesentlich mehr unnütze Untersuchungen machen können, da muss auch das Anspruchsdenken des ein oder anderen zurückgenommen werden. Sonst werden wir nämlich erleben, dass jeder in einen Computertomograph geschickt wird, nur weil sich der Arzt absichern muss, ob nicht doch etwas sein könnte, das er dann 14 Tage später hätte feststellen können. Also auch hier das Anspruchsdenken etwas zurücknehmen. Das ist natürlich nur daran gekoppelt, dass ich gleichzeitig wieder Vertrauen aufbaue, und da sind wir bei Freiheit. Ich halte freie Arztwahl nach wie vor für ein ganz wichtiges Element. Freie Wahl ist der beste Garant für Qualität. Ich kann nicht Qualität von außen hineinprüfen, Qualität muss aus dem Vertrauen herauswachsen, das ist garantiert der bessere Weg.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, gemessen an Qualität, Versorgungsgrad und Ausmaß der Leistungen stehen wir weltweit mit an vorderer Stelle und dabei soll es auch bleiben. Bleiben sollte auch grundsätzlich das Verhältnis von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung. Das bezieht sich auf die bisherige Friedensgrenze. Auch dazu eine ganz klare Aussage: Eine Änderung der Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie von der Koalition vorgeschlagen, lehnen wir ab, so wahr wir fest davon überzeugt sind. Ordnungspolitisch wäre es viel sinnvoller darüber zu diskutieren, dass diese Grenze gesenkt wird und nicht erhöht wird.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, aus diesem Grund lehnen wir auch die Bürgerversicherung ab. Und zwar meint die Bürgerversicherung, dass sie mit einer Erweiterung

des versicherten Personenkreises das Problem lösen könnte. Ich sage immer, ein Schiff, das untergeht, wird dadurch nicht gerettet, indem ich Leute vom Rettungsboot hole und sage, geht mal mit, wir brauchen ein bisschen mehr Solidarität. Das wird so nicht funktionieren! Und ich sage auch ganz bewusst, diese Bürgerversicherung hat einen großen Vorteil: Das ist der Name. Der klingt wirklich allumfassend, alle beheimatend, der Name ist wirklich gut, aber was drinsteckt, das sollte man schon den Leuten erst klarmachen. Nämlich, ich bin felsenfest davon überzeugt, das Thema Bürgerversicherung wird auch im Wahlkampf nur deshalb gefahren, weil man im Hinterkopf eine Neiddiskussion hat nach dem Motto: Alle Beamten müssen rein, alle Selbständigen müssen rein, alle Abgeordneten müssen rein, dann wird das System wesentlich ehrlicher. So wird dann draußen argumentiert, um Stimmung für die Bürgerversicherung zu machen. Und gleichzeitig, wenn man sich dann allerdings den Inhalt anschaut, wird man sehr schnell feststellen, mit der Gerechtigkeit dieser Bürgerversicherung sieht es ja noch bescheidener aus als sonst irgendwo. Sie wollen ja die Beitragsbemessung verbreitern, allerdings nur für Leute bis grob 3.500 Euro Einkommen. Das heißt, der kleine Mann, der Rentner, der eine niedrige oder mittlere Rente hat oder ein mittleres, niedriges Einkommen, der wird künftig mit seinen Erträgen voll verbeitragt und alle Leute, die über der Beitragsbemessungsgrenze verdienen, lässt man außen vor. Also, wie das ausgerechnet Sozialdemokraten verkaufen wollen . . . Da wird das Wort Bürgerversicherung allein das wohl nicht abdecken können, und das sollte man den Bürgern dann auch draußen sagen; was die Gerechtigkeit angeht, ist die Bürgerversicherung die ungerechteste Lösung.

Und was mich noch am meisten daran stört an dieser Bürgerversicherung, ist, wenn die Bürgerversicherung kommt, müssen wir auch den Leuten klipp und klar sagen: Wer die Bürgerversicherung will, will eine Einheitskasse. Wer eine Einheitskasse will, läuft Gefahr, dass wir sehr schnell eine Staatskasse haben. Dann haben wir Staatsmedizin und überall, wo Staatsmedizin auf der Welt praktiziert wird, sehen sie, dass sie für den Versicherten die schlechteste aller Lösungen ist. Allein aus diesem Grund muss die Bürgerversicherung von uns auch mit abgelehnt werden!

Meine sehr geehrten Damen und Herren, was schlägt die Union vor? Und zwar, wir haben die solidarische Gesundheitsprämie entschieden, da muss man auch als Volkspartei darauf achten, dass es nichts nützt, theoretisch die beste Lösung zu haben, sie brauchen auch Mehrheiten für ein System, das sie vorschlagen. Aber trotzdem sollte man immer bedenken, selbst wenn man jetzt nur kleine Schritte macht, dann müssen die Schritte in die richtige Richtung gehen. Und wir haben uns mit der solidarischen Gesundheitsprämie bestimmte Ziele gesetzt, die wir erreichen wollen. Wir wollen erstmals erreichen, dass die Gesundheitskosten zumindest teilweise von den Arbeitskosten entkoppelt werden. Das hat den Vorteil, dass steigende Gesundheitskosten dann nicht automatisch zu steigenden Arbeitskosten führen und damit natürlich im Umkehrschluss Arbeitsplätze woanders gefährden. Diesen ersten Schritt halte ich für richtig. Ich sage auch, das ist auch ein erster Schritt in die richtige Richtung. Die Finanzierungsbasis, die muss in unserem Gesundheitssystem stabilisiert werden, dass wir nicht – wie gesagt – alle sechs Monate oder jedes Jahr ein neues Kostendämpfungsgesetz bekommen, und wir müssen damit auch das Gesundheitssystem von konjunkturellen Entwicklungen etwas unabhängiger gestalten.

Und die Gestaltung in Höhe der Beiträge, darüber muss diskutiert werden; sie müssen aber auch wesentlich transparenter und langfristig auch kalkulierbarer sein, das wird auch wieder zu mehr Planungssicherheit verhelfen. Die Finanzierung sollte auch dazu führen,

dass mehr Wettbewerb zwischen den Kassen möglich ist, und zwar um eine bessere Effizienz im Gesundheitswesen. Und die Finanzierung soll auch niemanden überfordern, deshalb haben wir einen sozialen Ausgleich für Bezieher niedriger Einkommen vorgesehen. Und – auch das ist der Schritt in die richtige Richtung – Leistungen, die eigentlich mit dem Gesundheitssystem nicht unmittelbar etwas zu tun haben, wie zum Beispiel die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder, sind Leistungen der Allgemeinheit. Dann müssen sie nicht durch Beiträge, sondern über Steuern bezahlt werden, wie langfristig sowieso alle versicherungsfremden Leistungen aus dem Gesundheitsbereich herausgenommen werden. Versicherungsfremde Leistungen haben nichts damit zu tun, dass sie über die Beiträge und über Lohnzusatzkosten finanziert werden. Und wir sind der Meinung, dass wir diese Ziele am ehesten mit dieser solidarischen Gesundheitsprämie erreichen können. Und auch die überwiegenden Wissenschaftler sagen, dass der Weg zur Prämie der richtige Weg ist.

Wir als Union wollen ein neues zukunftsfähiges System der Krankenversicherung, weil wir auch langfristig eine qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen sichern wollen und gleichzeitig auch im Gesundheitsmarkt – das ist ja auch ein Gesundheitsmarkt – Entwicklungen nicht staatlicherseits behindern. Warum soll nicht der Gesundheitsmarkt mit seinen 4,2 Millionen Beschäftigten noch weiter wachsen können? Wir gehen aber jetzt mit staatlichen Vorschriften her und begrenzen diesen Wachstumsmarkt. Und, meine sehr geehrten Damen und Herren, in diesem Modell behält dann auch die private Krankenversicherung nicht nur ihren Platz, sondern sie wird auch Teilnehmer und soll auch Teilnehmer am Wettbewerb sein und dabei sogar eine zunehmende Bedeutung erhalten.

In diesem Sinne möchte ich Sie eigentlich alle ermutigen, bei Ihrem Engagement für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung unserer Bürger nicht nachzulassen, und wir werden versuchen nicht beratungsresistent zu sein. Recht herzlichen Dank!

Grußwort

**anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten
Krankenversicherung am 15.6.2005 in Berlin**

von

Dr. Guido Westerwelle MdB
Vorsitzender der FDP

Sehr geehrter Herr Präsident Schulte, lieber Herr Leienbach, meine sehr geehrten Damen und Herren, sehr geehrter Herr Kollege Zöller,

ich begrüße Sie alle sehr herzlich. Ich möchte Ihnen zunächst einmal danken, dass Sie auch mich als Vertreter einer vorübergehend kleineren Partei zu sich eingeladen haben. Ich bin Ihrer Einladung an die Parteivorsitzenden der im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien außerordentlich gern gefolgt. Ich bin nicht das erste Mal bei Ihnen zu Gast und habe auch die Absicht, wenn Sie mich noch einmal einladen, wiederzukommen, dann allerdings nicht als Vorsitzender einer Oppositionspartei, meine sehr geehrten Damen und Herren. Ich gebe mir Mühe.

Wir haben, und das wollen wir an dieser Stelle vorab erst einmal festhalten, in den letzten 30 Jahren eine Verdopplung des Beitrages für die gesetzliche Krankenversicherung erlebt. Während der durchschnittliche Beitrag vor 30 Jahren bei etwa 7 Prozent lag, ist er heute auf 14 Prozent gestiegen – obwohl im System hunderte von Korrekturen erfolgt sind. Es hat insgesamt 200 gesetzliche Korrekturen des bestehenden Systems gegeben. Das heißt, das System, wie wir es heute haben, ist von Jahrhundertreform zu Jahrhundertreform geeilt. Und die Halbwertszeit der Jahrhundertreformen wurde immer kürzer. Ich erinnere mich noch an die Jahrhundertreform, als die Ministerin Schmidt, die heute nicht hier sein kann oder nicht hier sein möchte – wie auch immer –, mit Herrn Kollegen Seehofer eine Verhandlungsnacht in einem Sommer durchmachen durfte und anschließend standen die beiden nachts vor der Presse, vor den Fernsehkameras, und Herr Kollege Seehofer meinte, das sei eine der schönsten Nächte seines Lebens gewesen, was die Frage aufwirft, welche Maßstäbe man im Leben hat. Aber, meine sehr geehrten Damen und Herren, Tatsache ist, dass das, was damals als große, und zwar als rot-grün-schwarze Jahrhundertreform angekündigt worden ist, wiederum längst Makulatur wurde. Es erfolgt eben nicht die Beitragssenkung, sondern in aller Regel ist es so, dass montags eine gesetzliche Kasse Beitragserhöhungen bis zum Jahresende ankündigt, dienstags verspricht die zuständige Ministerin Beitragssenkungen und mittwochs sollen dann die Mehreinnahmen zum Schuldenabbau der Kassen dienen. Das ist die Realität, an die wir uns mittlerweile mehr oder weniger mit Grimm gewöhnt haben. Und deswegen sind wir inhaltlich sehr ähnlich aufgestellt, was das angeht, wir haben ja nicht zum ersten Mal miteinander Gespräche geführt. Ich sage hier ganz klar, die sozialen Sicherungssysteme, das Gesundheitssystem, wie wir es haben, mit hoher Qualität, werden auf Dauer für alle Bürger in Deutschland nur funktionieren, wenn wir jetzt den Mut zum wirklichen Systemwechsel haben, meine sehr geehrten Damen und Herren.

Wenn dieser Mut unterbleibt, dann wird weiter an den Symptomen herumgedoktert, aber die eigentliche Frage wird nicht beantwortet. Nämlich, wie reagieren wir auf die veränderte Altersstruktur in unserer Bevölkerung? Und das ist mittlerweile nicht nur in den informierten Kreisen, sondern auch Gott sei Dank in ganz breiten Kreisen der Bevölkerung, auch für diejenigen, die sich nicht als Spezialisten der Gesundheitspolitik verstehen, eine durchgängige Auffassung. Die Bürgerinnen und Bürger wissen, dass sich die Altersstruktur in unserer Gesellschaft verändert hat. Und das, was wir bei der Rente jahrelang diskutiert haben, was jetzt in den letzten beiden Jahren besonders intensiv in der Gesundheit öffentlich diskutiert wird, steht uns ja noch bei der Pflegeversicherung genauso als Diskussionsstoff vor der Haustür. Genau dasselbe werden wir dort auch erleben, und zwar spätestens dann, wenn die Überschüsse im nächsten Jahr vollständig aufgebraucht sind oder sagen wir, ganz großzügig und konservativ geschätzt, im übernächsten Jahr. Und dementsprechend müssen wir an die Ursache dieser Entwicklung herangehen. Und die Ursache ist, dass wir eines der schönsten Probleme lösen dürfen, das es überhaupt gibt. Die Menschen können in Deutschland gesund älter werden. Und wir alle wollen gesund älter werden. Es kommen aber weniger Junge nach und dementsprechend funktioniert das bestehende System, wie es in den letzten 30 Jahren immer wieder hundertfach korrigiert worden ist, in dieser Richtung nicht mehr. Ich will hier keine Eulen nach Athen tragen, aber, weil auch jenseits der Experten Öffentlichkeit zuhört, die Zahlen auch einmal aufmerken dürfen. Wir haben heute 23 Prozent der Bundesbürger über 60 Jahre. 350.000 sind davon sogar mindestens 90 Jahre alt. Bis zum Jahr 2050 wird der Anteil der über 60-Jährigen auf mehr als ein Drittel unserer Gesamtbevölkerung angestiegen sein. Und da muss man sich folgendes Bild vorstellen: Für das Jahr 2030 wohnen in ganz Köln nur noch 90-Jährige. Das ist plastisch ausgedrückt das Ergebnis der demographischen Entwicklung. In der größten Stadt von Nordrhein-Westfalen wohnen nur noch 90-Jährige – also schon über die ganze Republik verteilt, meine Damen und Herren.

Aber das ist die Größenordnung, über die wir hier reden müssen. Und das Jahr 2030 – in aller Bescheidenheit – ist dann ungefähr das Jahr, in dem ich dann langsam daran denke, das Amt des Parteivorsitzenden der FDP abzugeben. Das ist, meine sehr geehrten Damen und Herren, eine überschaubare Zeitperspektive. Das ist ja nicht irgendwann einmal in einer fernen Zeit, sondern das ist das, was wir uns vornehmen zu erleben, was mindestens aber unsere Kinder garantiert, und zwar dann, wenn es so weitergeht, als bitter zahlende Beitragsleister aufzubringen haben. Und das ist etwas, was bei uns mit einem Kulturpessimismus diskutiert wird, den ich persönlich nicht verstehe. Warum haben wir Angst davor? Warum freuen wir uns nicht darauf? An sich entsteht ein riesiger großer Markt. Seit wann hat eine soziale Marktwirtschaft Angst vor neuen Märkten? Es entsteht ein riesiger großer neuer Markt. Nämlich Menschen, denen das gesunde Älterwerden auch etwas wert ist, die wissen, dass das eine Frage der Lebensqualität ist jenseits der Grundversorgung, die für alle selbstverständlich sein muss. Das Problem ist nur, solange wir diese riesige Chance eines neuen Marktes mit neuen Arbeitsplätzen koppeln an die Lohnkosten über die so genannten Beitragszahlungen, solange produziert der neue Markt Arbeitslosigkeit. Der Gesundheitsmarkt, der an die Arbeitskosten gekoppelt ist, schafft nicht Arbeitsplätze, sondern kostet Arbeitsplätze, weil eben die Arbeit teurer wird. Das ist der entscheidende Grund, warum aus unserer Sicht eine Entkopplung zwischen den Arbeitskosten und dem, was wir uns als Gesundheit alle wünschen und was bezahlbar sein und ausgegeben werden muss, stattfinden muss, meine sehr geehrten Damen und Herren.

Und dann werden wir uns übrigens auf eine völlig veränderte Gesellschaft einstellen müssen. Und auch das sollen wir hier wissen. Das wird ja unser gesamtes Leben verändern, die Kultur, die Kunst, wie wir uns in der Werbung widerspiegeln, wer angesprochen wird, welche Märkte dort entstehen, das wird sich alles verändern. Und dieser Pessimismus von Altersfalle und Generationskriegen, der ist meines Erachtens unangebracht, wenn man jetzt die richtigen Weichen stellt und einfach die sozialen Sicherungssysteme auch zukunftsfest macht. Und das wird, meine Damen und Herren, eine Generation von Älteren sein, die sich wesentlich jünger fühlt, als jede Generation vor uns. Das werden Menschen sein, die sich jünger fühlen dürfen, als jede Generation, die vor uns gelebt hat. Da gilt das Wort von dem spanischen Cellisten Pablo Casals. Er hat einmal auf die Frage geantwortet, warum er als 92-Jähriger immer noch täglich Cello übe: „Ich glaube, ich mache Fortschritte.“

Und wir werden uns an ein neues Denken gewöhnen müssen, meine sehr geehrten Damen und Herren. Und deswegen will ich hier an dieser Stelle ganz klar sagen: Das bestehende Gesundheitssystem – und das ist wohlgerne nur Teil der Diskussion über die sozialen Sicherungssysteme, aber es ist eben der Aspekt, der Sie naturgemäß am meisten interessiert – ist auch durch die immer schnellere Abfolge von so genannten Jahrhundertreformen nicht mehr zu retten, wir brauchen eine Neugründung unseres Gesundheitssystems und dafür wollen wir eintreten. Damit meine ich nicht die Variante, die unter dem Stichwort Bürgerversicherung diskutiert und vorgeschlagen wird. Ich habe Ihnen hier vor einem Jahr gesagt, sollte die scheidende Bundesregierung die Bürgerversicherung noch vor der Bundestagswahl einführen, werden wir sie unmittelbar nach einer gewonnenen Wahl auch wieder aufheben. Dazu wird es nicht mehr kommen. Als Sie die Einladung an mein Büro ausgesprochen haben, hat ja von Ihnen auch nicht sofort jeder daran geglaubt, dass die Neuwahl noch dieses Jahr stattfinden kann. Ich erinnere mich daran, dass ich für diese These, wenn die Wahlen in Nordrhein-Westfalen und in Kiel die entsprechenden Mehrheitsergebnisse bringen, ja auch ein wenig belächelt worden bin.

Jetzt aber, meine sehr geehrten Damen und Herren, sind wir in einer Situation, wo wir auch in dieser Auseinandersetzung der nächsten Monate über die unterschiedlichen Varianten reden müssen. Diese Bürgerversicherung ist aus unserer Sicht keine Neugründung des Gesundheitssystems, sondern es ist die Ausweitung des alten Systems, das sich in einer veränderten Altersstruktur nicht mehr rechnet, nicht mehr funktioniert, das letzten Endes gerade die Älteren und Kranken durchs Rost fallen lässt. Mit der Forderung nach einer Bürgerversicherung werden eben nur noch mehr Menschen in ein altes System gezwungen, die bisher in einem besseren System, nämlich der PKV, aufgehoben sind. Man kann ein nicht mehr funktionierendes System nicht dadurch verbessern, dass man noch mehr Menschen hineinzwingt. Man kann kein Fass ohne Boden füllen, indem man noch mehr Menschen zwingt, oben etwas hineinzuschütten. Man muss das Gefäß dicht kriegen und das Gefäß neu zimmern. Und das ist der eigentliche Punkt. Oder mit anderen Worten ausgedrückt, die Bürgerversicherung bedeutet ja nichts anderes, als dass noch mehr gezwungen werden, aus bisher vernünftigen funktionierenden Strukturen hineinzukommen in Strukturen, die sich in den letzten 30 Jahren immer mehr von der Realität verabschiedet haben. Bildlich formuliert: Das ist so, als hätte man ein leckgeschlagenes Schiff, das auch noch einen falschen Kurs hat, und die Antwort des Kapitäns ist: „Bringt mir noch mehr an Bord, damit wir mehr Leute zum Pumpen haben.“ Das funktioniert so nicht mehr, und es wird so nicht funktionieren, und deswegen wird es so nicht kommen, meine sehr geehrten Damen und Herren.

Das ist aus meiner Sicht keine Bürgerversicherung. Das Intelligenteste an der Bürgerversicherung ist das Wort „Bürgerversicherung“. In Wahrheit ist es nichts anderes als eine Zwangsversicherung. Ich persönlich erkenne eine starke Parallele zu sozialistischen Zwangsversicherungen. Mit den entsprechenden Neidreflexen wird ja in der Gesundheitspolitik mittlerweile geradezu schamlos argumentiert, meine sehr geehrten Damen und Herren. Dieses gegenwärtige Gesundheitssystem, das ja eben nur in seinem Nichtfunktionieren durch die Bürgerversicherung ausgeweitet wird, ist geprägt von Budgetierung, es ist geprägt von Rationierung, und es ist geprägt von fortlaufender Kürzung von Leistungen. Statt sich also darüber zu freuen, dass die Menschen die Chance haben, älter zu werden, werden die Jüngeren gegen die Älteren ausgespielt, weil das gegenwärtige Umlagesystem keine Antwort auf den Altersaufbau unserer Gesellschaft liefert. Und ich möchte keine Gesellschaft haben – wenn man das bestehende System so fortschreibt, wird es genau so kommen –, in der sich Ältere, die Zeit ihres Lebens Beiträge in das System eingezahlt haben, eines Tages dafür entschuldigen müssen, wenn sie später im Alter Gesundheitsleistungen in naturgemäß höherem Maße in Anspruch nehmen müssen. Wenn der alte Mensch ein Leben lang eingezahlt hat und vermutlich oder möglicherweise das System überhaupt gar nicht in Anspruch genommen hat, am Schluss seines Lebens, wenn dann das Risiko der Krankheit besonders groß ist, durch das Rost von Budgetierung und Rationierung fällt, dann ist das die unmenschliche Gesellschaft, in der ich jedenfalls nicht leben möchte, meine sehr geehrten Damen und Herren.

Dementsprechend möchte ich Sie dafür gewinnen und dafür werben, dass der medizinisch-technische Fortschritt für die Menschheit keine Last ist, sondern ein großer Gewinn. Wenn wir die Systeme entsprechend verändern, dann ist es übrigens auch ordnungspolitisch ein großer Gewinn. Und dann ist es nicht nur für den Einzelnen vernünftig, sondern auch für die Volkswirtschaft und für die soziale Marktwirtschaft ein großer Gewinn. Und dementsprechend setzen wir diesem Konzept der Bürgerversicherung klare Alternativen entgegen. Wenn wir auf der einen Seite die Diskussion haben, Einheitsversicherung nach sozialistischem Vorbild, genannt Bürgerversicherung, um eine zweckgebundene Sondersteuer zu Lasten der kleinen und mittleren Einkommensbezieher zu ermöglichen, dann setzen wir auf der anderen Seite auf eine wettbewerbliche Struktur. Die Überschrift unserer Haltung ist dabei „Wahlfreiheit statt Zwangsversicherung“. Mehr Entscheidungsfreiheit des Einzelnen und wieder weniger kollektivistische Systeme, in denen die Menschen in Wahrheit gar nicht mehr richtig entscheiden können.

Wir haben – und ich kenne das System der Kolleginnen und Kollegen von der Union – natürlich auch auf der anderen Seite ein entsprechendes Konzept auf Seiten der Unionsparteien. Ich möchte zunächst einmal vorab die Gemeinsamkeit betonen. Richtig an dem Konzept der Unionsparteien ist aus unserer Sicht, dass es eine Richtung signalisiert, die auch das Ziel hat, sich vom bisherigen System ein Stück zu verabschieden. Falsch ist, dass es auf halber Strecke stehen bleibt. Falsch ist, dass aus unserer Sicht – jedenfalls als Liberale – jedes pauschale System, jedes System, das auf Einheitstarife, Einheitsstrukturen setzt, den Wettbewerb ausschaltet und damit auch die Effizienzchancen von Wettbewerb ausschaltet. Und das ist auch der Grund, warum – sollten wir gemeinsam einen Regierungsauftrag bekommen – mit Sicherheit in diesem Bereich sehr interessante Koalitionsverhandlungen kommen werden. Die Union hält an den Strukturen des bestehenden Systems eben doch zu sehr fest, sie wird das demographische Problem nicht ausreichend lösen und drittens schränkt sie den Wettbewerb und die Wahlmöglichkeiten der Bürger ein. Das ist hier nicht nur meine Meinung, sondern das ist auch eine Meinung, die innerhalb

der Unionsfraktionen deutlich und laut vertreten wird. Als CDU/CSU sich auf diesen aus unserer Sicht sehr bürokratischen Kompromiss geeinigt haben, sprach Friedrich Merz das Wort: Das Ganze sei eine gute und eine schlechte Nachricht. Die gute Nachricht sei, die Kuh ist vom Eis und man habe einen Kompromiss gefunden, und die schlechte Nachricht ist, er sei zu bürokratisch. Und dann fügte er noch eine weitere gute Nachricht hinzu: „Das Ding wird so nicht kommen, das verhindert schon die FDP.“ Ich zitiere nur Herrn Kollegen Merz.

Eine ausreichende und bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle, die gibt es in Zukunft nur mit einem freiheitlichen privaten Versicherungsmodell, das auf den Prinzipien des Wettbewerbs und der sozialen Verantwortung beruht. Dieses Modell geht den Weg des notwendigen Systemwechsels konsequent und ohne faule Kompromisse. Es schreibt eben in aller Deutlichkeit nicht systematische Fehlentwicklungen fort, sondern es versucht und wirkt als Neuanfang, als echter Systemwechsel. Deswegen will ich Ihnen präzise auch die Anforderungen an ein solches Gesundheitssystem nennen.

Erstens: Wir wollen ein Gesundheitssystem, das allen Bürgerinnen und Bürgern einen dauerhaft bezahlbaren individuellen Gesundheitsschutz bietet. Unsere besondere Solidarität gilt dabei den Kindern sowie selbstverständlich den Schwächsten in unserer Gesellschaft. Die Vorstellung, dass man den Schwachen nur über kollektive Zwangssysteme helfen könne, ist von gestern. Und mit wettbewerblichen Systemen, mit Wahlfreiheit kann man den Schwächsten und Schwachen am allerbesten helfen – anstatt dass man sie entmündigt und letzten Endes in marode Systeme hineinzwingt, die wegen der veränderten Altersstruktur unserer Bevölkerung nicht aufrecht zu erhalten sind.

Zweitens: Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das den Patienten in den Mittelpunkt rückt. Er, der Patient, sie, die Patientin, sie müssen freie Wahl haben, wie sie sich versichern, von wem sie sich mit welcher Therapie behandeln lassen wollen. Nur durch mehr Eigenverantwortung erwächst für den Einzelnen die Bereitschaft, verantwortlich mit seiner Gesundheit und der Solidargemeinschaft insgesamt umzugehen.

Drittens: Wir wollen weg von der derzeitigen Zweiklassenmedizin, die gesetzlich Versicherte oft genug auch gegenüber Privatversicherten diskriminiert. Hierzu brauchen wir einen echten Wettbewerb zwischen den Kassen, indem wir sie privatrechtlich organisieren und ihnen die Freiheit für die Gestaltung ihrer Tarife geben. Auf den klaren ordnungspolitischen Punkt gebracht: Wir Liberale wollen keine gesetzliche Pflichtversicherung, sondern wir wollen eine Pflicht zur Versicherung im Umfang der Regelleistungen mit echter Wahlfreiheit und weniger Monopolkassenstruktur, meine sehr geehrten Damen und Herren.

Dabei muss natürlich von jedem Versicherungsunternehmen ein Pauschaltarif unabhängig vom Alter und Risiko der Versicherten angeboten werden. Darüber hinaus kann der Einzelne sich gegen zusätzliche Risiken in beliebiger Höhe versichern, mit oder ohne Selbstbeteiligung, so wie das bereits bei allen Arten von Versicherung derzeit möglich ist.

Wir brauchen viertens ein Gesundheitssystem, welches der besonderen demographischen Herausforderung standhält. Das jetzige Umlagesystem, in dem immer weniger junge für immer mehr ältere Menschen aufkommen, muss in ein kapitalgedecktes System mit entsprechenden Altersrückstellungen umgewandelt werden. Diese Altersrückstellungen

müssen zwischen den Kassen in vollem Umfang übertragbar sein; ich weiß, dass das ein heikler Punkt ist. Ich begrüße aber in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass die privaten Krankenkassen jetzt angekündigt haben, die Portabilität für Neuverträge auch vorzusehen. Aus unserer Sicht muss das auch für die bestehenden Tarife möglich werden, und das garantiert einen echten Wettbewerb. Wir sind dazu nicht seit heute im Gespräch.

Fünftens: Wir brauchen ein Gesundheitssystem, welches von Konjunktur- und Beschäftigungslage unabhängig ist. Nur wenn wir die Lohnnebenkosten nachhaltig senken, können wir verhindern, dass immer mehr Arbeit ins Ausland und in die Schattenwirtschaft abwandert und sich die Arbeitslosigkeit weiter erhöht. An einer Abkopplung der Gesundheitskosten vom Lohn führt aus Sicht der Freien Demokraten kein Weg vorbei. Mit unserem freiheitlichen Versicherungsmodell setzen wir dementsprechend klar auf die Leitlinien: „Wahlfreiheit statt Zwangsversicherung“, „soziale Marktwirtschaft statt bürokratischer Staatswirtschaft“, „Eigenverantwortung statt Bevormundung“. Das ist die Möglichkeit, die gewissermaßen den dritten Weg aufzeigt. Das ist der Weg, den wir durchsetzen wollen, wenn wir einen entsprechenden Auftrag bekommen. Da wird in manchem Detail noch zu reden sein, wie sich das immer so gehört, dafür gibt es ja auch ein entsprechendes gesetzgeberisches Verfahren mit Anhörungen und Ähnlichem mehr, das wissen wir wohl. Aber ich will Ihnen klar sagen, es ist ein Fehler, wenn in Deutschland die Gesundheitspolitik nur diskutiert wird als Alternative zwischen einer Kopfpauschale und auf der anderen Seite einer Bürgerversicherung, was nichts anderes ist als eine Zwangskasse. Wir brauchen einen dritten Weg. Und für diesen Mut zum dritten Weg werbe ich hier. Ein Weg, der auf Eigenverantwortung setzt, auf Freiheit setzt, der dem Einzelnen die Möglichkeit gibt, sich in einer wirklich wettbewerblich aufgestellten Versicherungslandschaft nach eigenen Bedürfnissen auch zu versichern, und der nicht länger in irgendwelche Zwangssysteme gezwungen wird, wo der Wettbewerb letzten Endes zu Lasten der Verbraucher, zu Lasten der Kranken ausgeschaltet wird. Das ist unser Weg. Das ist der liberale Weg und für den werbe ich um Unterstützung.

Vielen Dank.

Grußwort

anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 15.6.2005 in Berlin

von

Birgitt Bender MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin der
Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen

Sehr verehrte Damen und Herren,

ich will gerne die Gelegenheit nutzen, im Namen von Bündnis 90/Die Grünen etwas zu unseren Zukunftsvorstellungen für die Reform der Krankenversicherung zu sagen, und das Stichwort Bürgerversicherung ist ja bereits gefallen. Ich habe mich sehr gefreut, dass Herr Westerwelle sich damit ausführlich auseinandergesetzt hat. Denn das zeigt doch, dass nicht nur der Begriff Karriere gemacht hat – dass er gut ist, haben Sie uns ausdrücklich attestiert –, sondern dass es ein Projekt ist, an dem man in der Tat in der gesellschaftlichen Debatte um die Zukunft der Gesundheitsversorgung nicht vorbeikommt. Und genau dieses ist auch unser Ziel.

Ich glaube, ich darf für die Grünen in Anspruch nehmen, dass wir sowohl den Begriff Bürgerversicherung als auch das, was als Idee dahinter steht, erfunden haben. Was treibt uns dabei? Das möchte ich Ihnen heute schon erläutern und ich will mich durchaus auch mit einigen Gegenargumenten auseinandersetzen. „Bürgerversicherung“ – wir kommen zu der Idee, weil wir mehr Gerechtigkeit wollen und weil wir an einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens interessiert sind. Wir setzen uns dafür ein, dass Personen mit gleich hohem Einkommen – gleichgültig aus welcher Quelle – auch gleich hohe Beiträge zahlen. Wir haben jetzt innerhalb des gesetzlichen Systems die Umverteilung von Einkommensstarken zu Einkommenschwachen, von Kinderlosen zu Kinderhabenden und von Jung zu Alt. Es gibt, meine Damen und Herren, aus unserer Sicht keinen Grund, warum sich ausgerechnet zahlungskräftige Bürgerinnen und Bürger dieser Solidarität entziehen sollten. Wir sehen hier eine Gerechtigkeitslücke, die wir schließen wollen. Das ausschließliche Anknüpfen der gesetzlichen Krankenversicherung an Arbeit und Arbeits-einkommen ist historisch verständlich, aber nicht mehr zukunftsfähig. Die Beitragsbasis der Krankenversicherung muss deshalb auf eine breitere Basis gestellt werden. Und um Gerüchten gleich vorzubeugen: Wir sind weder für die Einführung des Sozialismus – wenn das so wäre, müsste eigentlich die Mehrheit der europäischen Staaten sozialistisch genannt werden; ich glaube, das behauptet niemand –, noch streben wir eine Einheitsversicherung an, und, nein, auch Staatsmedizin ist nicht unser Ziel.

Die zentralen Eckpunkte des grünen Bürgerversicherungskonzeptes sind: Alle Bürgerinnen und Bürger werden versicherungspflichtig. Die Beiträge zur Bürgerversicherung sind einkommensbezogen. Damit findet innerhalb des Krankenversicherungssystems ein Soli-

darausgleich statt. Zur Beitragsermittlung werden alle Einkunftsarten, also auch Mieten, Zinsen, Kapitaleinkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen. Weiterhin entsteht dadurch eine einheitliche Wettbewerbsordnung. Künftig konkurrieren alle gesetzlichen und alle privaten Krankenversicherer unter gleichen Spielregeln, und alle Bürgerinnen und Bürger haben mithin die freie Wahl zwischen diesen Kassen. Kinder bleiben beitragsfrei mitversichert. Beitragsfreiheit gilt auch für Ehegatten und Lebenspartner, die Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen, für alle anderen Ehepaare und eingetragenen Lebensgemeinschaften wollen wir ein Beitragsplitting einführen. Die Bürgerversicherung deckt wie bisher die gesetzliche Krankenversicherung alle medizinisch notwendigen Leistungen ab, weitere Leistungen können über private Zusatzversicherungen vereinbart werden. Und zusätzliche Leistungsansprüche bisher Privatversicherter bleiben ihnen erhalten. Mir ist bewusst, dass mich hier und heute mit einem solchem Konzept kein Heimspiel erwartet. Deswegen will ich auf einige der gängigen Argumente gegen unser Modell eingehen.

Ich habe letzten Freitag im Tagesspiegel das Interview von Herrn Dibbern in seiner Funktion als DKV-Chef gelesen. Sie sagten dort, die Modelle von SPD und Grünen haben eines gemeinsam, die Abschaffung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Da muss ich sagen, wir scheinen sehr verschiedene Vorstellungen davon zu haben, welcher Wettbewerb im Gesundheitssystem notwendig ist und welche Voraussetzungen dafür benötigt werden. Unser Ziel ist der Wettbewerb um die beste Versorgung von Patientinnen und Patienten und nicht die Konkurrenz um die gesunden, jungen Einkommensstarken. Deswegen setzen wir uns auch in der gesetzlichen Krankenversicherung dafür ein, dass der Risikoausgleich entsprechend dem Krankheitsvorkommen weiterentwickelt wird – sie kennen das Stichwort: „Morbi-RSA“ – und etwa für die integrierte Versorgung. Der Wettbewerb um die beste Versorgung ist auch ein Leitmotiv in der grünen Bürgerversicherung. Wettbewerb sollte übrigens auch heißen, dass Versicherte ohne bedeutende finanzielle Mehrbelastungen ihren Versicherer wechseln können. Eine Selbstverständlichkeit des bisherigen gesetzlichen Systems, für ältere Versicherte in der PKV praktisch unmöglich. Nun gibt es ja Leute, auch unter ihnen viele Experten, die das auch als Problem erkannt haben, und deswegen gab es eine Kommission, die sich mit Möglichkeiten der Reform des Versicherungsvertragsrechts beim Bundesjustizministerium befasst hat. Ich will Sie an einige der Vorschläge erinnern, die dort erarbeitet wurden:

1. bei Unternehmenswechseln auf eine erneute Risikoprüfung zu verzichten,
2. bei Unternehmenswechseln das höhere Eintrittsalter bei der Beitragsbemessung unberücksichtigt zu lassen und schließlich
3. ein unternehmensübergreifendes Schadenausgleichssystem einzurichten.

Weiterhin wurden dort als Problem der PKV die fehlenden Steuerungsmöglichkeiten erkannt. Die vorgeschlagene Lösung: Abkehr vom Kostenerstattungsprinzip zugunsten einer direkten Abrechnung mit den Leistungserbringern. Wenn man sich das mal „sine ira et studio“ anschaut, dann laufen diese genannten Vorschläge doch eigentlich auf eine Konvergenz der Systeme hinaus, denn was verbirgt sich hinter diesen Empfehlungen anderes als Kontrahierungspflicht, Risikostrukturausgleich und Sachleistungsprinzip? Warum, so frage ich Sie, meine Damen und Herren, damit nicht gleich die Bürgerversicherung, bei der dies alles bereits enthalten ist?

Weiter habe ich bei Herrn Dibbern gelesen, wer die Bürgerversicherung fordert, der will die staatliche Einheitskasse. Wenn diese Aussage zutreffen würde, meine Damen und Herren, dann wäre es um die Gesundheitsversorgung im gesamten EU-Bereich schlecht bestellt, denn in Kürze wird Deutschland das einzige europäische Land sein, das keine Einwohner- oder Bürgerversicherung im Bereich der Krankenversicherung besitzt. Das letzte Land, das noch eine solche Zweiteilung kannte, die Niederlande, ist im Moment dabei, das bestehende duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung abzuschaffen. Diese Überführung wird begründet, man höre, mit der notwendigen Weiterentwicklung des Wettbewerbs. Die Niederländer sind zu der Überzeugung gekommen, dass es für den Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen eines gemeinsamen Wettbewerbsrahmens bedarf, weil es anderenfalls zu Reibungsverlusten und Wettbewerbsverzerrungen komme. Ich denke, diese Argumentation gilt, auch wenn die privaten Krankenversicherungen in den Niederlanden nach einem Umlagesystem arbeiten, auch für Deutschland und verdeutlicht, dass der Vorwurf, die Bürgerversicherung führe zur Einheitskasse, ins Leere läuft. Ich würde sogar sagen, umgekehrt wird ein Schuh daraus. Herr Dibbern lobt das Kopfpauschalenmodell der CDU. Jetzt weiß ich nicht, was Herr Zöllner für die CSU eigentlich dazu gesagt hat, wie es um die Zukunft dieses Modells bestellt ist, aber das klären Sie sicherlich untereinander. Herr Dibbern sagt, das Modell erkenne die Systemgrenzen zwischen gesetzlicher und privater Versicherungen an, unsere Funktion als Vollversicherung würde also ebenso erhalten bleiben, wie die Rücklagen unserer Versicherten.

Meine Damen und Herren, ich bin davon zutiefst überzeugt, diese Zweiteilung der Vollversicherung im Gesundheitswesen wird perspektivisch keinen Bestand haben. Ihre Überwindung ist, und zwar unabhängig von der Couleur der künftigen Regierung, nur eine Frage der Zeit, das können Sie an der gerade dargestellten internationalen Situation sehr deutlich ablesen. Und im Übrigen, die Bürgerversicherung schafft die PKV in ihrer Funktion als Vollversicherer eben nicht ab, im Gegenteil, wir sind daran interessiert, dass die privaten Krankenversicherer das Produkt Bürgerversicherung anbieten. Ein Wettbewerb bei gleichen Rahmenbedingungen mit den gesetzlichen Kassen ist nicht nur möglich, sondern ausdrücklich erwünscht. Wir plädieren für eine möglichst rasche Einbeziehung aller in die grüne Bürgerversicherung. Nur dann kommt es schnell zu diesem Wettbewerb, nur dann lassen sich Beitragssatzsenkungen auch schnell realisieren und schließlich ist es auch für die öffentliche Haushalte interessant, hier zu einem schnellen Übergang zu kommen, weil dann Entlastungen bei der Beihilfe entstehen. Und ich nehme auch an, dass die PKV kein Interesse hat, einen abnehmenden und älter werdenden Versichertenbestand nach den alten Regeln fortzuführen.

Nun gehören zum Meinungsstreit auch verfassungsrechtliche Argumente und gerade von Seiten der PKV kann man immer wieder hören, dass entweder Sie als Unternehmen oder Ihre Versicherten durch eine Bürgerversicherung in ihren Grundrechten verletzt würden. Nun bin ich selber Juristin und weiß, dass man gerne das Grundgesetz bemüht, wenn man eigentlich eine politische Debatte führt, dennoch nehmen wir das natürlich ernst. Aber dann lese ich zum Beispiel bei Herrn Professor Dr. Karl-Jürgen Bieback, der im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung eine Studie zu den sozial- und verfassungsrechtlichen Aspekten der Bürgerversicherung vorgelegt hat, Folgendes: Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung werden durch die Erweiterung der Versicherungspflicht und Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze in ihrer Freiheit der Berufsausübung, Artikel 12 Grundgesetz, beschränkt. Die Freiheit der Berufswahl ist nicht tangiert, da es nicht um die

Wahl eines selbständigen Berufs des Vollversicherers, sondern nur um ein allerdings wichtiges Feld der Tätigkeit als Krankenversicherer geht. Die zukünftige Einschränkung der Berufsausübung ist durch die Ziele der Bürgerversicherung legitimiert. Noch unbedenklicher, so Herr Professor Bieback weiter, ist der Eingriff, wenn die PKV-Unternehmen selbst Leistungen der Bürgerversicherung anbieten dürfen. Hier wird ihre Geschäftstätigkeit zwar inhaltlich verändert, aber das Geschäftsfeld erheblich erweitert. Für verfassungsrechtlich anspruchsvoller hält Herr Professor Bieback die Gewährleistung der Ansprüche der bisher Privatversicherten. Dazu heißt es: Aus Gründen des grundrechtlichen Schutzes bestehender Vertragsverhältnisse und Ansprüche, Artikel 14, Artikel 2 Grundgesetz, wie aus dem rechtsstaatlich gebotenen Vertrauensschutz, ist den Versicherten, die neu in die Sozialversicherung einbezogen werden, die Fortführung der bisherigen Privatversicherungsverhältnisse zu ermöglichen. Er ergänzt dazu, das Übergangsrecht muss zumindest eine individuell zurechenbare Überführung der Altersrückstellungen ermöglichen. Danach gedenken wir uns zu richten. Wir Grünen werden die Diskussion um die Bürgerversicherung weiter vorantreiben. Ihnen als PKV, ich habe den Beifall für Herrn Westerwelle gehört, stehen dabei, glaube ich, zwei Strategien zur Verfügung.

Einmal, Sie können hoffen, dass Rot-Grün abgewählt wird und alles beim Alten bleibt. Aber ich erinnere daran, nicht jede Wahl geht so aus, wie man es wenige Wochen vorher erwartet, ich habe das ja hautnah erlebt bei der Wahl 2002, und zum anderen kommt auch eine Regierung anderer Couleur nicht an den bestehenden Problemen, die ich dargestellt habe, vorbei, und sie wird auch dafür Lösungen finden müssen. Deswegen könnte es auch eine zweite Strategie geben. Ich möchte Sie einladen, darüber nachzudenken, dass Sie nämlich die Diskussion um die Bürgerversicherung nutzen und sich konstruktiv einmischen. Denn Innovationsstrategien, die auf Probleme der Zukunft eine Antwort geben, sind gefragt. Und ich empfehle Ihnen zu überlegen, ob im Projekt Bürgerversicherung nicht langfristig gute Chancen für Ihre Unternehmen liegen, als Vollversicherer auf einem viel größeren Markt mitzuspielen. Rahmenbedingungen mitzugestalten, statt auf Fundamentalopposition zu beharren, erscheint mir in diesem Falle Erfolg versprechender, und das möchte ich Ihnen gerne ans Herz legen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Vortrag

anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten
Krankenversicherung am 15.6.2005 in Berlin

von
Generaldirektor Reinhold Schulte
Verbandsvorsitzender

„Reformieren, nicht zerschlagen“

Konzept und Beitrag der privaten Krankenkassen zur Neuausrichtung des Gesundheitssystems in Deutschland

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

zu unserer diesjährigen Mitgliederversammlung treffen wir uns heute in einem aktuellen politischen Umfeld, das nicht nur klare Worte, sondern auch eine **klare, verlässliche Richtungsentscheidung** verlangt. Dies gilt für viele Politikbereiche, auch und gerade besonders für das Gesundheitswesen. Nun ist diese Richtungsentscheidung unter den Beschleunigungsdruck einer vorgezogenen Bundestagswahl geraten.

Die **privaten Krankenkassen** haben in dieser Situation nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, mit ihrer Erfahrung und Sachkompetenz in die Debatte um die beste Zukunftslösung einzugreifen. Wir haben in der nun entstandenen Phase des Entscheidungsdrucks auch gute Chancen, unsere Vorstellungen **zu politischer Wirkung** zu bringen. Denn keine Bundesregierung, ganz gleich wie auch immer sie aussehen mag, wird nach dem Wahltermin im Herbst die Reform der Gesundheitssysteme auf die lange Bank schieben können.

Doch vor der Therapie steht die Diagnose.

Wo stehen wir heute im Gesundheitswesen? Noch haben wir ein sehr gutes Gesundheitssystem, mit qualitativ hochwertiger Breitenversorgung, ohne Warteschlangen und Rationierungen. Doch die umlagefinanzierte gesetzliche Krankenversicherung droht an den Zukunftsherausforderungen zu scheitern. Die GKV hat keine Antwort auf die demographische Herausforderung, ihre Finanzierungssystematik belastet die Lohnkosten und damit die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands. Zu erwartende Beitragssätze von weit über 20 Prozent in den nächsten Jahren und Jahrzehnten sind unausweichlich, wenn nicht jetzt gehandelt wird – und es wird keine Gesellschaft verkraften können.

Die Antworten, die die großen Parteien auf diese und weitere Herausforderungen bis heute gefunden haben, sind jedoch unbefriedigend, ja untauglich. Weder die Bürgerversiche-

rung noch die Gesundheitspauschale wirken nachhaltig. Sie lösen kein Zukunftsproblem. Wer genau hinschaut, erkennt, dass es sich um bloße Umfinanzierungen handelt.

Beide Modelle stehen in der ungunstigen Tradition, dass neue Geldströme über immer weiter **ausufernde Umlagesysteme** generiert werden sollen, ohne ein einziges strukturelles Problem zu lösen.

In beiden Reformrichtungen ist die **Abschaffung des dualen Systems** aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung programmiert. Nichts wäre damit gewonnen. Ganz im Gegenteil: Der innovations- und effizienzfördernde Wettbewerb würde beseitigt, und unsere Kinder und nachwachsende Generationen würden zusätzlich belastet; sie wären die Hauptverlierer einer solchen Zerschlagung.

Es geht aber darum, eine nachhaltige, generationengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens zu erreichen, die sowohl den **Wettbewerb wie das konstruktive Miteinander** zwischen der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung und der kapitalgedeckten privaten Krankenversicherung optimiert und den Bürgern echte **Wahlmöglichkeiten** lässt.

Genau das ist der Ansatz, und das ist die durchgängige Linie unseres Reformkonzeptes, das wir in der privaten Krankenversicherung in großer Geschlossenheit in den letzten Jahren entwickelt haben.

Was wir brauchen, sind keine radikalen Schnellschüsse, sondern Lösungen, die an den wirklichen Problemen ansetzen.

Ich werde Ihnen heute ein Konzept für ein zukunftsfähiges, arbeitsteiliges, auf der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung basierendes Reformmodell vorstellen, das von praktischer Markterfahrung getragen ist und die wirklichen Probleme auch angeht und in den Fokus stellt.

Und dieses Konzept stellt – erstens – den Weg zu mehr Kapitaldeckung in den Vordergrund und bietet – zweitens – mehr Wahlmöglichkeiten für jeden Einzelnen und sichert weiterhin den hohen medizinischen Standard und Weiterentwicklung und mindert die Lohnzusatzkosten und die Belastung der nächsten Generation.

Warum braucht unser Gesundheitssystem mehr Kapitaldeckung?

Wir haben in Deutschland die niedrigste Geburtenrate in Europa. Und die Bevölkerung wird immer älter. Wir sind das Land mit der viertältesten Bevölkerung der Welt. Wir stehen deshalb vor einem durchgreifenden demographischen Wandel. Jeder weiß dies. Ob es in das ideologische Konzept jeder Partei passt, ist eine andere Frage.

Die Umlagefinanzierung verlagert die Kostenlasten der höheren Lebenserwartung immer mehr auf die jüngeren Generationen. Die **Unterdeckung der Krankenversicherung der Rentner**, für die die jüngere Generation – und die Arbeitgeber – schon heute einspringen müssen, beträgt derzeit in der GKV etwa 36 Milliarden Euro, Jahr für Jahr. Tendenz stei-

gend. Rentner zahlen heute nur noch gut 41 Prozent ihrer Gesundheitsausgaben durch eigene Beiträge!

Damit ist die Geschäftsgrundlage der Umlagefinanzierung stark ins Wanken geraten. Also müssen wir umdenken. Nicht Ausweitung der Umlagefinanzierung, sondern deren Begrenzung ist das Gebot der Stunde und der nächsten Jahre. Die Verlässlichkeit sozialpolitischer Sicherungssysteme ist heute nur durch **mehr Kapitaldeckung** zu erreichen. Das ist – zugegeben – eine schmerzliche, aber wichtige Wahrheit.

Dass Kapitaldeckung gegenüber dem wirtschaftlich und politisch anfälligen Umlageverfahren erheblich an Bedeutung gewinnen muss, ist theoretisch bestens belegt und in der Praxis vielfach bewährt.

Die **Pflegeversicherung** – von der zuständigen Ministerin kürzlich in einem Spiegel-Interview wahltaktisch thematisiert – ist dafür ein überzeugendes Beispiel.

Die **soziale** Pflegeversicherung ist zehn Jahre nach ihrer Einführung mit ihrer ausschließlichen Umlagefinanzierung sichtbar an ihre Grenzen gestoßen. Dagegen ist die private Pflegeversicherung solide finanziert. Ihre Beiträge sind realistisch und risikogerecht mit Alterungsrückstellungen kalkuliert.

Niemand würde gewinnen, wenn die gesunde private Pflegeversicherung in die reformbedürftige soziale Pflegeversicherung überführt würde. Ein solcher Vorschlag ist ordnungspolitisch verfehlt, er ist wirtschaftlich unsinnig und trifft auf verfassungsrechtlich unüberwindbare Hürden. Und er bedeutet eine Vorsorgefalle für die neun Millionen Menschen, die sich mit ihren Beiträgen in dem demographiefesten System der privaten Pflegeversicherung verlässlich abgesichert haben und bereits 14 Mrd. Euro für das „Älter werden“ getroffen haben.

Meine Damen und Herren, wir kommen an einem Ausbau der Kapitaldeckung weder in der Pflegeversicherung noch in der Krankenversicherung – und die ist unser Hauptthema heute – vorbei.

Was Not tut, ist aber **nicht nur** mehr Kapitaldeckung, sondern auch eine Konzentration auf das Wesentliche, was eine gesetzliche Krankenversicherung wirklich zu leisten hat. Ohnehin ist in einer Pflichtversicherung jede Leistung begründungspflichtig. Und hier ist die Politik zu Ehrlichkeit aufgerufen. Die Zeiten neuer Wohltaten sind endgültig vorbei. Im Gegenteil, man muss den Menschen ehrlich sagen, dass die gesetzliche Krankenversicherung ihre wichtige, unverzichtbare sozialpolitische Aufgabe nur dann erfüllen kann, wenn ihre Leistungen auf den notwendigen Kern konzentriert werden.

Demnach gilt: Wer die GKV erhalten will – und wir alle sollten das wollen –, der muss ihre Aufgaben **heute** auf das notwendige Maß fokussieren. Nur wenn der Beitragssatz **heute** gesenkt wird, besteht überhaupt eine Chance, den vor uns liegenden demographischen Berg zu bewältigen.

Wir brauchen also eine Reform, die **nachhaltig** wirkt und – anders als die umlagefinanzierte GKV – das Erfordernis der Generationengerechtigkeit erfüllt. Und hier ist die PKV gefordert.

Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit: Die Herausforderungen der demografischen Entwicklung

Die in der PKV praktizierte und über Jahrzehnte hin **ausgereifte Kapitaldeckung** ist vor dem demographischen Hintergrund ohne Alternative. Wer das Wort „Kapital“ nicht mag, sollte sich des fachtechnischen Begriffs „**Anwartschaftsdeckungsverfahren**“ bedienen. Denn darum geht es: Für jede Generation wird eine Rückstellung für die altersbedingt wachsende Inanspruchnahme von Gesundheits**leistungen** gebildet. Damit werden die vermehrten Leistungen im Alter immer von der Generation finanziert, die sie in Anspruch nimmt. Diesen Ausstieg aus der impliziten Verschuldungsspirale, den nenne ich **generationengerecht** und den nenne ich **solidarisch**, meine Damen und Herren.

Für die unumgängliche Richtungsänderung von einem Weniger an Umlagefinanzierung zu einem Mehr an Kapitaldeckung gibt es zwei Grundwege:

- Erstens: Mehr Versicherte werden in der kapitalgedeckt finanzierten privaten Krankenversicherung abgesichert. Die Pflichtgrenze muss nach unten korrigiert werden.
- Zweitens: Leistungen aus der umlagefinanzierten GKV werden in die kapitalgedeckt finanzierte PKV überführt.

Idealerweise sollten beide Wege beschritten werden:

- Es muss mehr Menschen als heute die **Wahlfreiheit** gegeben werden, eine kapitalgedeckte Versicherung abzuschließen. Die extreme Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2003 war deshalb der falsche Weg. Auch der GKV hatte es keinerlei Vorteile gebracht. Wir fordern, die Versicherungspflichtgrenze zu senken, mindestens auf das Niveau vor ihrer außerordentlichen Erhöhung. **Erstens!**
- **Zweitens:** Bestimmte **Leistungen** sollten aus der GKV **ausgegliedert** und – soweit eine Absicherung notwendig ist – in eine kapitalgedeckte private Krankenversicherung überführt werden.

Insbesondere drei Leistungsarten bieten sich für eine solche Überführung in die PKV an:

- **Zum einen: private Unfälle**
Die GKV-Entlastung nach heutigem Stand liegt bei etwa 10,4 Mrd. Euro;
- **Zum zweiten: Zahnersatz und Zahnbehandlung**
Hier beträgt die GKV-Entlastung ca. 11,3 Mrd. Euro;
- **Und drittens: Krankengeld**
GKV-Entlastung rund 6,4 Mrd. Euro.

Natürlich wird bei Ausgliederung dieser drei Leistungsarten an gewachsenen Besitzständen gerührt. Aber die **soziale Balance** wird durchaus gewahrt – wenn wir es denn intelligent anstellen. Dazu gehört, nicht alles obligatorisch abzusichern. Dazu gehört, manches, was gewollt ist, aber keinen Bezug zur Krankenversicherung hat, über Steuern zu finan-

zieren. Und dazu gehört schließlich, das, was wirklich notwendig ist, auf seinen Kern zu konzentrieren.

Zunächst zu den Unfällen. **Berufsunfälle** werden heute allein von den Arbeitgebern über die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert und bezahlt. **Private** Unfälle gehören demgegenüber zum persönlichen Lebensrisiko.

Wir sind bereit und in der Lage, die Versicherung der privaten Unfälle zu sozialverträglichen Bedingungen zu übernehmen. Hier kann man – aber das muss politisch entschieden werden – in Zeitetappen denken. Danach können die Generationen nach und nach in die vollständige Kapitaldeckung **hineinwachsen**. Zum Zeitpunkt der Umstellung sind Belastungsgrenzen, d.h. Höchstbeiträge, für die älteren Generationen vorstellbar. Oder aber – auch hier ist eine politische Entscheidung notwendig – man kalkuliert mit pro Erwachsenen einheitlichen Beiträgen.

Ein weiterer Reformbeitrag unserer Branche kann darin bestehen, dass wir – wie in der Pflegeversicherung – eine **Annahmeverpflichtung** für die Versicherung privater Unfälle eingehen.

Nach analogen Kriterien ist eine Versicherung des **Krankengeldes** durch die PKV möglich. Hier allerdings sollte die Pflicht zur Versicherung auf ein Mindestabsicherungs-niveau begrenzt bleiben. Dies würde zugleich die Wahlfreiheit der Versicherten verstärken, oberhalb dieses Mindestniveaus über die Höhe und den Eintrittszeitpunkt der Krankengeldzahlung nach individuellen Präferenzen entscheiden zu können, da es auch heute schon Arbeitnehmer gibt, die eine Lohnfortzahlung über sechs Wochen hinaus bekommen.

Bereits vor rund zwei Jahren haben wir der Politik ein Angebot zur privaten Absicherung des Krankengeldes gemacht. Das Angebot ist immer noch aktuell. Es sieht so aus, dass alle Altersgruppen sofort in die PKV wechseln können. Wie seinerzeit bei der Einführung der Pflegeversicherung war im Beitrag für jüngere Versicherte zunächst ein Umlageelement enthalten, um die Beitragsbelastung für ältere Versicherte abzufedern. Selbstverständlich unterwirft sich die PKV auch hier einem Annahmewang und verzichtet auf Risikozuschläge. Nach einer Generation hätten wir so das Krankengeld vollständig in der kapitalgedeckten privaten Krankenversicherung abgesichert.

Ein weiterer großer Leistungskomplex, der für eine Ausgliederung aus der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht kommt, ist der **zahnmedizinische Bereich**. Dieser Sektor überschreitet in Deutschland bei weitem jeden internationalen Vergleichsstandard. Die Finanzierung des **Zahnersatzes** im Rahmen des gesetzlichen Versicherungsschutzes ist schon deshalb fraglich, weil er von der selbstverantwortlichen Pflege der **Zahngesundheit** abhängt. Darüber hinaus spielen auch ästhetische Nachfragemotive eine große Rolle. Die Versicherung des Zahnersatzes sollte deshalb der individuellen Selbstverantwortung unterliegen. Wer dieses Risiko jedoch absichern möchte, sollte dies in der PKV tun. Dies funktioniert bereits in vielen Ländern.

Die **Zahnbehandlung** hängt ebenfalls stark vom individuellen Verhalten ab. Hier ist deshalb eine Ausgliederung aus der GKV und letztlich eine **vollständige Überführung** in die

private Verantwortung angemessen. Dabei ist zu prüfen, ob die Zahnbehandlung fakultativ in der PKV oder obligatorisch in der GKV abzuschließen ist.

Auch hier steht dann die politische Entscheidung an, ob eine Kalkulation nach Alter erfolgen oder ob ein einheitlicher Beitrag für jeden Erwachsenen erhoben werden soll.

Machen wir eine Zwischenrechnung auf: Die Ausgliederung der drei genannten Leistungsarten würde die GKV sofort **um rund 28 Mrd. Euro entlasten**. Damit wäre eine Senkung des Beitragssatzes von rund 2,9 **Beitragspunkten** in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht.

Bezahlbare Beiträge: Die GKV auf den notwendigen Leistungsschutz begrenzen

Das sollte der **erste Schritt** sein.

Im **zweiten Schritt** muss der Leistungskatalog der GKV **vollständig** auf den Prüfstand. Es gilt eine einfache Wahrheit:

Der **Leistungskatalog** in der GKV kann nur so umfassend sein, wie Finanzierungsmittel zur Verfügung stehen. Da der Leistungskatalog aus Pflichtbeiträgen finanziert wird, bedarf jede von der GKV bezahlte Leistung einer **gesundheitspolitischen** Begründung. Nicht zuletzt die durch Staatseingriff veranlassten Leistungskürzungen in der GKV dokumentieren, dass eine **neue Definition des Schutzzumfangs** immer wieder nötig und eine Anpassung auch ohne gesundheitspolitische Verwerfungen möglich ist.

Mehrere Leistungsarten verdienen eine kritische Durchleuchtung. Dass beispielsweise **Kuren** immer noch von der GKV finanziert werden, ist keineswegs mehr zeitgemäß. Daneben gehört das weite Spektrum der **Massagen** ebenso auf den Prüfstand wie die Behandlung von **Bagatell-Erkrankungen**. Mit der Herausnahme der rezeptfreien Medikamente aus dem Erstattungskatalog der GKV ist hier ein Schritt in die richtige Richtung erfolgt.

Ebenfalls existiert für **Satzungsleistungen** in einer Pflichtversicherung – ehrlich analysiert – kein Platz. Wer sich als Ausdruck seiner Konsumentensouveränität für Leistungen freiwillig entscheidet, muss diese privat finanzieren. Freiwillige Leistungen in einer Pflichtversicherung – nichts anderes sind Satzungsleistungen – sind ein Widerspruch in sich. Und wo Satzungsleistungen unverzichtbar sind – wie das Impfen –, da gehören sie in den Pflichtkatalog.

Kommen wir zu einer weiteren Leistungsart: den versicherungsfremden Leistungen.

Die so genannten **versicherungsfremden Leistungen** sind meist edlen politischen Motiven entsprungen, aber sie entsprechen nicht dem Prinzip des Versicherens. Folgerichtig sind sie auch im Versicherungsschutz der PKV **nicht enthalten**. Sie sollten auch aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen und entweder gestrichen oder, so sie denn notwendig sind, aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden. Die GKV-Aufwendungen für Mutterschaft und hauswirtschaftliche Versorgung werden ja z. B.

schon teilweise aus der staatlichen Tabaksteuer rückerstattet. Warum dieser Umweg? Konsequenz wäre eine vollständige Herausnahme aus der GKV und eine **direkte Finanzierung aus öffentlichen Haushalten**.

Die Liste der Maßnahmen für eine neue **Balance** zwischen tatsächlich vorhandenem Finanzierungsvolumen und Leistungsausgaben ist lang. Auf dieser Liste stehen auch die Zuzahlungen. **Zuzahlungen** sind ebenso ein wichtiges einnahmen- und ausgabenrelevantes Thema wie die vielen **Befreiungen** von bereits bestehenden Zuzahlungsregelungen. Es wird unumgänglich sein, Versicherte mehr als bisher zur **Eigenbeteiligung** heranzuziehen. Die Selbstbeteiligung in der GKV ist im internationalen Vergleich immer noch außerordentlich niedrig. Hier besteht politischer Handlungsbedarf.

Wenn Sie diese genannten Schritte **zusammenfassen**, dann ergibt sich ein weiteres **Einsparpotential in Höhe von rund 6,9 Mrd. Euro** bzw. ein Beitragssatzsenkungsspielraum von ca. **0,7 Beitragspunkten**.

Korrekturen auf der Einnahmenseite

Es gibt weitere Vorschläge, wie die Finanzsituation der GKV verbessert werden kann. Und das ist der **dritte Schritt**.

Allem voran steht eine **Neuausrichtung** unserer Familienpolitik. **Kinderförderung** kann keine Aufgabe der Sozialversicherung sein. Hierbei handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Entsprechend gehört die Kinderversicherung über die Steuer finanziert – dies gilt für die Kinder in der GKV gleichermaßen wie für die Kinder in der PKV.

Ein weiterer Punkt – von uns immer wieder gefordert, aber auch immer noch aktuell: Es gibt keine Rechtfertigung für die **beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehepartnern**, die weder Kinder noch Pflegebedürftige betreuen. Hier sollte zumindest ein Mindestbeitrag eingefordert werden.

Aus beiden Maßnahmen ergibt sich eine Beitragssatzsenkung von etwa **1,2 Beitragspunkten**.

Darüber hinaus fordern wir, die Politik der Verschiebebahnhöfe, die die GKV zugunsten anderer Sozialversicherungsweige mit hohen Eurobeträgen belastet hat und weiter belastet, endlich zu beenden.

Das Ergebnis insgesamt

Zu welchem Ergebnis führt unser Reformkonzept?

Die von uns vorgeschlagenen Maßnahmen bewirken nach Berechnungen auf der Basis der Leistungsausgaben des Jahres 2004 eine **Verringerung des Ausgaberahmens** von knapp 140 Mrd. Euro auf knapp 105 Mrd. Euro jährlich. Das sind rund 35 Mrd. Euro. Da-

bei entfallen rund 28 Mrd. Euro auf die Ausgliederung von Krankengeld, Zahnersatz, Zahnbehandlung und private Unfälle aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Streichungen versicherungsfremder Leistungen und von Satzungsleistungen bringen ein **Einsparvolumen von rund 5,4 Mrd. Euro**. Die Ausweitung von Zuzahlungen zieht Mehreinnahmen von ca. 1,5 Mrd. Euro nach sich.

Berücksichtigt man dann noch die Finanzierung der Kinderversicherung über Steuern sowie die zusätzlichen Beitragseinnahmen durch Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern, blieben knapp 94 Mrd. Euro beitragsrelevant. Damit würde der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung, ausgehend von einem durchschnittlichen Beitragssatz heute von 14,25 Prozent, nach Verwirklichung aller Reformen **bei 9,44 Prozent** liegen.

Damit ist eine Ausgangsposition erreicht, die den notwendigen finanziellen Spielraum für den demographischen Wandel gibt. In der Spitze der demographischen Belastung wird nämlich der Beitragssatz dann kaum höher als heute sein.

Nun bin ich mir darüber im Klaren, dass diese Reformen nicht auf einmal, nicht alle und auch nur über eine Zeitstrecke hinweg erfolgen können. Auch weiß ich – dies wird ein Einwand sein –, dass trotz dieser Entlastungen der GKV auf die Versicherten andererseits wieder Belastungen zukommen werden, weil der private Versicherungsschutz ja bezahlt werden muss. Und je nach Absicherungsumfang können die Entlastungen in der Tat zum Teil kompensiert, aber auch überkompensiert werden.

Dies auszusprechen, gehört zur politischen Redlichkeit. Wir werden auch in Zukunft für Gesundheit viel ausgeben, aller Voraussicht nach mehr als heute. Doch dabei wird es wichtig sein, über Zwangsbeiträge nur das medizinisch Notwendige abzusichern und im Übrigen dem Bürger die Freiheit zu belassen, ob und in welchem Umfang er sich zusätzlich absichern will. Ist eine zusätzliche Absicherung entweder notwendig oder aber individuell gewünscht, muss sie in dem demographiefesten, kapitalgedeckten System der privaten Krankenversicherung erfolgen. Dies wird für den Bürger nicht immer billiger sein, gegebenenfalls wird er auch mehr als heute zahlen müssen. **Doch Generationengerechtigkeit und eine deutlich höhere Lebenserwartung, meine Damen und Herren, gibt es nicht zum Nulltarif!**

Wir schaffen aber eine deutliche Erleichterung, indem wir den **Arbeitgeberzuschuss** auf der heutigen Höhe **festschreiben** wollen und damit – angesichts der deutlichen Senkung des GKV-Beitragssatzes – Spielraum für die private, demographiefeste Absicherung geben.

In jedem Fall aber wird uns die Reduktion des Beitragssatzes in der GKV dem volkswirtschaftlich dringend gebotenen Ziel höherer internationaler Wettbewerbsfähigkeit entschieden näher bringen. Zugleich haben wir mit Verwirklichung unseres Vorschlages die Grundlage für eine **zukunftsichere, nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland** gelegt.

Wahlfreiheit und Wettbewerb

Meine Damen und Herren, unser Vorschlag ist nicht nur ein **Finanzierungsvorschlag**. Er beinhaltet auch die Forderung nach mehr **Wahlfreiheit und Wettbewerb**. Aus der GKV ausgegrenzte Leistungen werden in einen echten Wettbewerbsmarkt mit Wahlfreiheiten und Konsumentensouveränität überführt. Der Bürger kann und soll künftig mehr entscheiden als heute.

Wahlfreiheit beim Abschluss einer Versicherung hat im heutigen Krankenversicherungsmarkt mehrere Seiten:

- Da wird schon von Wahlfreiheit gesprochen, wenn zwischen gesetzlichen Krankenkassen mit temporär unterschiedlichen Beitragssätzen entschieden werden kann. Ich nenne das Wahlfreiheit zwischen einem dunkelgrauen und einem dunkel- bis mittelgrauen Anzug.
- Die nächste Stufe der Wahlfreiheit besteht zwischen einem Versicherungsschutz in der PKV **oder** in der GKV, zu den jeweiligen Systembedingungen. Was nur dort funktionieren kann, **wo die Versicherungspflicht der GKV dafür Platz lässt**.
- Und schließlich ist echte Wahlfreiheit der Versicherten zwischen unterschiedlichen Versicherungsprodukten mit unterschiedlichem Leistungsumfang nur auf Basis einer risikogerechten Beitragsgestaltung vertretbar und damit nur in der PKV möglich.

Meine Damen und Herren, wir wollen mehr Wahlfreiheit und damit mehr Wettbewerb,

- indem **mehr Menschen** sich für einen PKV-Schutz entscheiden können und dann auch über den Umfang des Versicherungsschutzes selbst bestimmen können und
- indem **mehr Leistungen** in die PKV und damit in die Eigenverantwortung überführt werden.

Dabei belassen wir es nicht bei der Forderung nach mehr Wettbewerb. Die PKV ist auch **mit Taten** bereit, sich diesem Gebot zu stellen. Im letzten Jahr hatte ich Gelegenheit, anlässlich unserer Mitgliederversammlung unser Zukunftskonzept ausführlich vorzustellen. Wir haben dieses Konzept seitdem bei unterschiedlichsten Anlässen der Politik, den Medien, der Öffentlichkeit erläutert. Ich beschränke mich daher heute auf die Eckpunkte dieses Konzepts:

Jeder freiwillig GKV-Versicherte soll die Möglichkeit haben, bis zum 55. Lebensjahr **in einen Basisschutz der PKV wechseln** zu können, der mindestens vergleichbar mit dem Leistungsrahmen der GKV ist. Wir erklären unsere Bereitschaft zur **Annahmeverpflichtung aller Wechselwilligen**, auch der mit erheblichen Vorerkrankungen – und zwar ohne Risikozuschlag.

Wir gehen noch weiter: Zugleich mit der Umsetzung dieses Vorschlags soll auch allen freiwillig GKV-Versicherten **über 55 Jahre** für eine Dauer von 12 Monaten angeboten werden, ohne Risikozuschlag in den Basisschutz der PKV zu wechseln. Mit beiden **Öff-**

nungsaktionen wird ein uneingeschränkter Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV bei den freiwillig Versicherten möglich. Damit erfolgt die Weichenstellung **zu mehr Kapitaldeckung** im Krankenversicherungsmarkt.

Wir bieten eine weitere Perspektive. Allen denjenigen, die erstmals den Status der freiwilligen Versicherung erwerben, bieten wir in einem Zeitraum von sechs Monaten die Möglichkeit, auch in den **höherwertigen Versicherungsschutz** der PKV zu wechseln. Auch hier verpflichten wir uns zu einem Annahmeweg und begrenzen einen eventuell notwendigen Risikozuschlag auf 30 Prozent.

Warum tun wir das? Wir tun das – **erstens** –, um endgültig den Vorwurf unsolidarischen Verhaltens auszuräumen. Unser Angebot ist, **jeden** freiwillig Versicherten abzusichern. Wenn es denn jemals ein Solidaritätsdefizit an der Grenze GKV zu PKV gegeben hat, ist dies damit beseitigt.

Aber was uns – **zweitens** – noch wichtiger ist: Je mehr Menschen sich für einen PKV-Schutz entscheiden, je mehr Menschen also in einer kapitalgedeckten Krankenversicherung demographiefest versorgt sind, desto weniger belastet eine ausufernde Umlagefinanzierung unsere Kinder und nachwachsende Generationen. Dieser Vorschlag stärkt also die Nachhaltigkeit des **Gesundheitssystems insgesamt**.

Zum Wettbewerb **innerhalb der PKV** selbst: Jeder neue PKV-Versicherte soll künftig das Recht haben, jederzeit unter Einhaltung der üblichen Kündigungsfristen von einem Unternehmen zu einem anderen **wechseln** zu können – und dies nachteilsfrei. Dieses Recht gilt im Umfang eines kontrahierten Basisschutzes, der mindestens dem GKV-Niveau entspricht.

Zur Umsetzung dieser beiden Vorschläge – unser Angebot an alle freiwillig Versicherten und die Einräumung des Wechselrechts auf der Grundlage des Basisschutzes – sind noch Vorarbeiten zu leisten und – hier ist die Politik gefordert – bedarf es einer Reihe von Gesetzesänderungen. Die notwendigen Gesetzesänderungen liegen der Gesundheitsministerin Schmidt im Entwurf vor.

Meine Damen und Herren, bereits heute trägt die PKV Verantwortung für mehr als 8 Mio. Versicherte im Bereich der Vollversicherung, für rund 9 Mio. Versicherte in der privaten Pflegeversicherung und für mehr als 16 Mio. Zusatzversicherte. Insgesamt mit ca. 100 Mrd. Euro Alterungsrückstellungen. Diese Verantwortung wird mit dem von uns favorisierten, von mir heute vorgestellten Reformweg gestärkt. Dieser wachsenden Verantwortung müssen auch wachsende Einflussmöglichkeiten entsprechen. Wir brauchen als private Krankenversicherer mehr Möglichkeiten als heute, auf das Leistungsgeschehen – ich spreche hier von Qualität, Menge und Preis – Einfluss nehmen zu können.

Sie sehen, wir, die Mitgliedsunternehmen der PKV, bewegen uns also nicht nur ein bisschen, sondern in mutigen Schritten. Denn wir verstehen uns als integrierter Bestandteil unseres Gesundheitswesens und der sozialen Marktwirtschaft.

Natürlich muss bei der **Komplexität des deutschen Gesundheitswesens** dazu noch nachgedacht, gerechnet und Überzeugungsarbeit geleistet werden. Aber auch in dieser Detailarbeit sind wir schon **weit gediehen**, wie sich jeder überzeugen kann, der sich mit

unserem Konzept auseinandersetzt. Wir haben eine Chance auf eine sinnvolle Weiterentwicklung unseres bewährten, dualen Systems der Krankenversicherung. Wir sollten diese Chance nutzen und auf Radikalkonzepte verzichten, die nicht durchdacht sind, die wirtschaftliche, rechtliche und administrative Hürden kaum zu nehmen in der Lage sein werden, die die Bevölkerung nicht überzeugen und die ihre Praxistauglichkeit noch nirgendwo in der Welt unter Beweis gestellt haben und die flächendeckende Versorgung gefährden.

Meine Damen und Herren, die Bürger wollen **keine Radikalreformen**. Sie wollen Reformen auf Basis bestehender Strukturen. Reformen, die durchaus mutig sind, die Umstellungen und auch ein neues Denken erfordern. Die aber insgesamt zu meistern sind. Und vor allem den Vorsorge suchenden Bürgern am meisten nutzen, weil sie zur **langfristigen Stabilisierung unseres Gesundheitswesens** beitragen. Und zwar auf einem Niveau, das im internationalen Vergleich an herausragender Stelle steht.

Wir, die privaten Krankenversicherer, müssen es schaffen, zumindest dazu beizutragen, dass in dem Eifer dieser vorgezogenen Bundestagswahl nicht die Weichen unkorrigierbar in eine falsche Richtung gestellt werden. Mit der Entscheidung zu einer vorgezogenen Bundestagswahl hat sich ein Zeitfenster aufgetan, um von nicht schlüssigen und vor allem nicht zukunftssicheren, grob gestrickten Programmen wegzukommen, die auf einen Systemwechsel nach dem Motto zielen: Augen zu und durch. Eventuell geht es zwei Jahre gut – bis dann das nächste Reformgesetz ansteht.

Mit unserem Reformkonzept einer mutigen Weiterentwicklung **bestehender** Systemstrukturen bieten wir allen politischen Lagern eine Basis für einen **Konsens der Mitte**. Wir glauben an die Macht der Argumente und nicht an den Erfolg von theoretischen Idealkonzepten auf der grünen Wiese oder an ideologische Monokulturen.

Und weil in letzter Zeit so viel von **Patriotismus** die Rede ist: Wir privaten Krankenversicherer tragen **seit vielen Jahrzehnten** sozialpolitische Verantwortung in diesem Land. Wir beschäftigen Zehntausende von Menschen in Deutschland, wir zahlen Steuern in diesem Land – ca. 400 Mio. Euro im Jahr. Wir, das heißt unsere Versicherten, finanzieren zu einem großen Teil – und zwar deutlich überproportional mit über 8,5 Mio. Euro mehr als es unserem Anteil entspricht – ein hochwertiges Gesundheitswesen, das allen zugute kommt – gerade auch den gesetzlich Versicherten. Wir haben unsere Sache all die Zeit **gut gemacht**. Weil wir **Spezialisten** sind und trainiert sind, Probleme zu lösen. Und dabei lange Zeithorizonte im Blick haben.

Deshalb: **Reformieren statt Zerschlagung!**

Vielen 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: April 2006)

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

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Reinhold Schulte
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund, | Vorsitzender |
| 2. Josef Beutelmann
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal, | stellvertr.
Vorsitzender |
| 3. Günter Dibern
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und
der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf, | stellvertr.
Vorsitzender |
| 4. Uwe Laue
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz, | stellvertr.
Vorsitzender |
| 5. Dr. Ulrich Rum
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz
Private Krankenversicherungs-AG, München, | stellvertr.
Vorsitzender |
| 6. Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg, | stellvertr.
Vorsitzender |
| 7. Willi Alfter
Vorsitzender des Vorstandes der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln, | |
| 8. Robert Baresel
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische
Beamtenkrankenkasse AG, München, und der
UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken, | |
| 9. Dr. Günther Bauer
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München, | |
| 10. Rolf Bauer
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, | |

11. Wolfgang F a u t e r
Vorsitzender des Vorstandes des DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg,
12. Klaus H e n k e l seit 1.1.2006
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
13. Christian H o f e r
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzustän-
digkeit für das Geschäftsfeld „Krankenversicherung“,
14. 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,
15. Hans-Joachim K r a u ß
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit
Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld
„Krankenversicherung“,
16. Fritz Horst M e l s h e i m e r seit 15.6.2005
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur
Krankenversicherung aG, Hamburg,
17. Gernot S c h l ö s s e r
Vorsitzender des Vorstandes der AXA
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
18. Dr. Herbert S c h m i t z
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,

... und kooptiertem Mitglied

19. Dr. Christoph H e l m i c h
Vorstandsmitglied der Württembergische
Krankenversicherung AG, Stuttgart,
mit Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld
„Krankenversicherung“.

Ausgeschiedene Mitglieder:

Volker A l t e n ä h r bis 31.12.2005
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,

Gerhard B i l s i n g bis 20.10.2005
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

Axel M e d e r bis 31.12.2005
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg.

Vorstand

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

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

Günter D i b b e r n stellvertr.
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und
der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,
Vorsitzender

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

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

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

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

2. Sonderausschüsse

a) Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg, Vorsitzender
seit 14.6.2005
2. Christian H o f e r
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzustän-
digkeit für das Geschäftsfeld "Krankenversicherung", stellvertr.
Vorsitzender
3. Volker A l t e n ä h r
Vorstandsmitglied der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
4. Dr. Günther B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München,
5. Rolf B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
6. Dr. Karl-Josef B i e r t h
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
7. 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. Dr. Helmut H o f m e i e r seit 14.6.2005
Vorstandsmitglied der Gothaer
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
9. 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. Wilfried J o h a n n ß e n
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,

11. Hans-Joachim K r a u ß
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit
Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld
„Krankenversicherung“;
12. Klaus M i c h e l
Vorstandsmitglied der LVM
Krankenversicherungs-AG, Münster,
13. Wiltrud P e k a r e k
Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,
14. Dr. Hans Josef P i c k seit 14.6.2005
stellvertr. Vorstandmitglied der DKV Deutsche Krankenver-
sicherung Aktiengesellschaft, Köln, und stellvertr. Vorstands-
mitglied der VICTORIA Krankenversicherung AG,
Düsseldorf,
15. Heinz-Werner R i c h t e r
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,
16. Dr. Joachim v o n R i e t h seit 9.3.2006
stellvertr. Vorsitzender des Vorstandes der CENTRAL
KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT,
Köln,
17. Alfons S c h ö n
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER
KRANKENVERSICHERUNG AG, Nürnberg,
18. Roland W e b e r
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz.

Ausgeschiedene Mitglieder:

- Dr. Harald B e n z i n g bis 31.10.2005
Vorstandsmitglied der Bayerischen Beamtenkranken-
kasse AG, München, und der UNION KRANKENVER-
SICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
- 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,

Dr. Wolfgang H a v e n i t h bis 30.9.2005
Vorstandsmitglied der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT,
Köln, und Vorstandsmitglied der ENVIVAS
Krankenversicherung AG, Köln,

Dr. Joachim v o n R i e t h bis 30.9.2005
Vorstandsmitglied der AXA Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln.

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht
(ehemals: Ausschuss für Leistungsfragen und Ausschuss für
Krankenhaus- und Pflegeverhandlungen)

1. Günter D i b b e r n Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und
der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf, seit 14.6.2005
2. Wilfried J o h a n n b e n stellvertr.
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München, Vorsitzender
3. Dr. Karl-Josef B i e r t h
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
4. Jörg B o r k
Vorstandsmitglied der R + V
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,
5. Dr. Andreas E u r i c h seit 14.6.2005
stellvertr. Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,
6. Gerhard G l a t z seit 14.6.2005
Sprecher des Vorstandes der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg,
7. Dr. Christoph H e l m i c h seit 9.3.2006
Vorstandsmitglied der Württembergische Kranken-
versicherung AG, Stuttgart, mit Gesamtzuständigkeit für
das Geschäftsfeld "Krankenversicherung",
8. Marlies H i r s c h b e r g - T a f e l
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg,

9. Dr. Ulrich K n e m e y e r
Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung
Hannover AG, Hannover,
10. Hans-Joachim K r a u ß
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit
Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld
„Krankenversicherung“,
11. Michael K u r t e n b a c h
stellvertr. Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
12. Thomas L i s t
Direktor der INTER Krankenversicherung aG,
Mannheim,
13. Dr. Jochen M e s s e m e r
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und
der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,
14. Wiltrud P e k a r e k seit 9.3.2006
Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,
15. Wolfgang R e i f
Vorstandsmitglied der Bayerische
Beamtenkrankenkasse AG, München, und der
UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
16. Ulrich S t e n g e r
Vorstandsmitglied der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
17. Heinz Wilhelm T e u s c h e r seit 9.3.2006
Vorstandsmitglied der CENTRAL KRANKENVER-
SICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln,
18. Karl-Bernd T e l g e r
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München,
19. Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w
Vorsitzender des Vorstandes der
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg.

Ausgeschiedene Mitglieder:

- Otmar A b e l bis 9.3.2006
stellvertr. Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,
- Dr. Wolfgang H a v e n i t h bis 30.9.2005
Vorstandsmitglied der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT,
Köln, und Vorstandsmitglied der ENVIVAS
Krankenversicherung AG, Köln,
- Manfred K l o s bis 31.12.2005
Vorstandsmitglied der Württembergische
Krankenversicherung AG, Stuttgart,
- Norbert L e s s m a n n bis 14.6.2005
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal.

c) Ausschuss Private Pflegepflichtversicherung

1. 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. Hans-Joachim K r a u ß stellvertr.
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden, mit
Gesamtzuständigkeit für das Geschäftsfeld
„Krankenversicherung“, Vorsitzender
3. Klaus A b t
Chefmathematiker der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,
4. Volker A l t e n ä h r
Vorstandsmitglied der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
5. Helfried B e e r
Prokurist der Bayerische Beamtenkrankenkasse AG,
München, und der UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,

6. Dr. Karl-Josef B i e r t h
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
7. Martin H e h l
Abteilungsleiter der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln,
8. Christian H o f e r
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzustän-
digkeit für das Geschäftsfeld "Krankenversicherung",
9. Michael K u r t e n b a c h
stellvertr. Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
10. Karl-Josef M a i w a l d
Abteilungsleiter der Debeka Krankenversicherungs-
verein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,
11. Thomas M i c h e l s seit 9.3.2006
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
12. Wiltrud P e k a r e k
Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,
13. Dr. Hans Josef P i c k seit 14.6.2005
stellvertr. Vorstandmitglied der DKV Deutsche Krankenver-
sicherung Aktiengesellschaft, Köln, und stellvertr. Vorstandsmit-
glied der VICTORIA Krankenversicherung AG,
Düsseldorf,
14. Heinz-Werner R i c h t e r
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal.

Ausgeschiedene Mitglieder:

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,

Hermann-Josef G e i g e r bis 30.6.2005
Vorsitzender des Vorstandes der PAX-FAMILIEN-
FÜRSORGE Krankenversicherung AG, Düsseldorf,

Dr. Joachim v o n R i e t h bis 30.9.2005
Vorstandsmitglied der AXA Kranken-
versicherung Aktiengesellschaft, Köln.

d) Rechtsausschuss der PKV

1. Wolfgang R e i f Vorsitzender
Vorstandsmitglied der Bayerische
Beamtenkrankenkasse AG, München, und der
UNION KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,
2. Dr. Horst A y a s s e
Prokurist der HALLESCHE Krankenversicherung auf
Gegenseitigkeit, Stuttgart,
3. Erik C l o p p e n b u r g
Prokurist der uniVersa Krankenversicherung a.G.,
Nürnberg,
4. Christina F e l d h a u s
Prokuristin der AXA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
5. Ursula G r a m u l l a
Prokuristin der Gothaer Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,
6. Bernhard K a l i s
Abteilungsleiter der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
7. Diethelm L a h n s t e i n
stellvertr. Direktor der SIGNAL Krankenversicherung a.G.,
Dortmund,
8. Dr. Volker M a r k o
Prokurist der Allianz Private Krankenversicherungs-AG,
München,
9. Georg R o t t
Abteilungsleiter der Debeka Krankenversicherungsverein
auf Gegenseitigkeit, Koblenz,

10. Dr. Andreas S c h a a f
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,
11. Heinz-Walter S t i n t m a n n
Prokurist der CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT, Köln,
12. Gerhard W. S t r y
Abteilungsleiter der Continentale Krankenversiche-
rung a.G., Dortmund,
13. Karl-Bernd T e l g e r
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München.

Ausgeschiedenes Mitglied:

Wolfgang V o o s e n
Prokurist der Barmenia Krankenversicherung a.G.,
Wuppertal.

bis 31.12.2005

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. Rolf B a u e r Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der
EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
2. Dr. Günther B a u e r
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER
VEREIN Krankenversicherung a.G., München,
3. Alexander B r a m s
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER
KRANKENVERSICHERUNG AG, Nürnberg,
4. Gerhard G l a t z
Sprecher des Vorstandes der uniVersa
Krankenversicherung a.G., Nürnberg,
5. Georg H a k e
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit, Vechta,

6. Klaus H e n k e l seit 23.9.2005
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,

7. Dr. Hans Olav H e r ø y seit 9.3.2006
stellvertr. Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkranken-
kasse AG, München, und der UNION KRANKENVER-
SICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Saarbrücken,

8. Christian H o f e r
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg, mit Gesamtzustän-
digkeit für das Geschäftsfeld "Krankenversicherung",

9. 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. Wilfried J o h a n n ß e n seit 9.3.2006
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München,

11. Dr. Walter K l e i n
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg,

12. Thomas M i c h e l s seit 9.3.2006
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft, Köln,

13. Wiltrud P e k a r e k
Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,

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

15. Dr. Hans Josef P i c k seit 14.6.2005
stellvertr. Vorstandmitglied der DKV Deutsche Krankenver-
sicherung Aktiengesellschaft, Köln, und stellvertr. Vorstandsmit-
glied der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,

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

f) Haushaltsausschuss

1. Dr. Karl-Josef B i e r t h
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
2. Klaus H e n k e l
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach, seit 23.9.2005
3. Wiltrud P e k a r e k
Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart, seit 9.3.2006
4. Dr. Ulrich R u m m
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz
Private Krankenversicherungs-AG, München.

Ausgeschiedene Mitglieder:

- Volker A l t e n ä h r
Vorstandsmitglied der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach, bis 31.12.2005
- Gerhard B i l s i n g
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart, bis 20.10.2005
- Hermann-Josef G e i g e r
Vorsitzender des Vorstandes der PAX-FAMILIEN-
FÜRSORGE Krankenversicherung AG, Düsseldorf, bis 30.06.2005

g) Vertriebsausschuss der PKV

1. Josef B e u t e l m a n n
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal, Vorsitzender
2. Reiner D i t t r i c h
Vorstandsmitglied der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach, seit 23.9.2005
3. Wolfgang H a n s s m a n n
Vorstandsmitglied der DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG, Wiesbaden,

4. Werner H e i n r i c h s
Vorstandsmitglied der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
5. Klaus J o h n
Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart,
6. Michael J o h n i g k
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
7. Johannes K r e u t z
Vorstandsmitglied der ARAG
Krankenversicherungs-AG, München,
8. Jürgen L a n g
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln,
9. Uwe L a u e
Vorsitzender des Vorstandes der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,
10. Peter L u d w i g
Vorstandsmitglied der HanseMercur
Krankenversicherung aG, Hamburg,
11. Alexander M a n t e
Vorstandsmitglied der CENTRAL KRANKEN-
VERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT, Köln, und
Vorstandsmitglied der ENVIVAS Krankenversicherung AG,
Köln,
12. Hartmut M e l l i n g e r
Vorstandsmitglied des DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg,
13. Martin R i s s e
Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,
14. Dieter W a g n e r
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherung a.G., München,

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

Ausgeschiedene Mitglieder:

Volker A l t e n ä h r bis 23.9.2005
Vorstandsmitglied der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,

Michael R. B a r t h o l m é bis 31.8.2005
Vorstandsmitglied der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München.

**h) Ausschuss „Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern“
(neu gegründet am 14.6.2005)**

1. Dr. Ulrich R u m m Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der Allianz
Private Krankenversicherungs-AG, München,
2. Stephan B e i f u ß
Direktor der Allianz Private Krankenversicherungs-AG,
München,
3. Dr. Andreas E u r i c h
stellvertr. Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,
4. Thomas F l e m m i n g
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische
Krankenversicherungs-AG, Hannover,
5. Rolf F l o r i a n
Vorstandsmitglied der Debeka Kranken-
versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Koblenz,
6. Klaus H e n k e l
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach,
7. Dr. Ulrich K n e m e y e r
Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung
Hannover AG, Hannover,

8. Ulrich L e i t e r m a n n
Vorstandsmitglied der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund,
9. Jürgen M e i s c h
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG,
Köln,
10. Fritz Horst M e l s h e i m e r
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur
Krankenversicherung aG, Hamburg,
11. Ulrich M ü l l e r
Versicherungskammer Bayern,
München,
12. Dr. Hans Josef P i c k
stellvertr. Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenver-
sicherung Aktiengesellschaft, Köln, stellvertr. Vorstandsmit-
glied der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,
13. Alf N. S c h l e g e l
Vorstandsmitglied der INTER
Krankenversicherung a.G., Mannheim.

i) Rechnungsprüfer

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

Gerhard G l a t z
Sprecher des Vorstandes 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.

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.*

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

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

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

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

(Wahlmitglied)

Günter D i b b e r n
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Köln, und
der VICTORIA Krankenversicherung AG, Düsseldorf,

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,

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

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

(Wahlmitglied)

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

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

(Mitglied des
Präsidiums)

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

Weiteres Mitglied:

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

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

a) Rechnungslegungsausschuss der Versicherungswirtschaft

Dr. Andreas E u r i c h
stellvertr. Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,

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

b) Steuerausschuss

Dr. Andreas E u r i c h
stellvertr. Vorstandsmitglied der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal,

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

c) Vertriebsausschuss der Versicherungswirtschaft

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

Sprecher der PKV

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

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

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

d) Ausschuss Betriebswirtschaft und Informationstechnologie

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

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,

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

e) Kapitalanlagenausschuss

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

f) Rechtsausschuss der Versicherungswirtschaft

Bernhard K a l i s
Abteilungsleiter der 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 – Zentrale Dienste	Dipl.-Volkswirt Klaus Detlef D i e t z	
Geschäftsführer – Leistung	Dr. Joachim P a t t	
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	
Referatsleiter	Dipl.-Ökonom Christof A n g e l e Dipl.-Math. Jürgen M n i c h Dr. Stefan M ü l l e r - B e r g f o r t 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 Bayern und Baden-Württemberg) (Büro Berlin)
Referenten	Assessorin Annabritta B i e d e r b i c k Stephan C a s p a r y Dipl.-Kfm. Matthias D o n d r u p Holger E i c h Dipl.-Russ. Sabine E r b a r M. A. Timm G e n e t t Dipl.-Päd. Anke G l a s m a c h e r	(Büro Berlin – Pressereferent) (Pressereferentin) (Büro Berlin) (Büro Berlin – Pressereferentin)

	Dipl.-Betriebswirt (FH) Markus H e s s e l	
	Assessor Arne H u n e k e	(Büro Ombudsmann)
	Assessorin Maïke L a m p i n g , LL.M.	(Büro Ombudsmann)
	Assessor René N e u m a n n	
	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)
	Dr. 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)
	Dipl.-Betriebswirtin (BA) Jutta W i l m s	
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) Jörg G e e n e n	
	Assessor Jan G r o o t	
	Dipl.-Kfm. Frank H e r o l d	
	Assessorin Silvia S c h w e g m a n n	

Verbandsbüro

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

Büro Berlin

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

Büro Bayern und Baden-Württemberg

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

5. Landesausschüsse

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Baden-Württemberg

Raiffeisenplatz 5 (Süddeutsche)

70736 Fellbach

Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach

Vorstand: Ulrich S t e n g e r

(ordentl. Vorstandsmitglied der Süddeutsche)

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

(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: Robert B a r e s e l

(Vorstandsvorsitzender der Bayerische Beamtenkrankenkasse + UNION)

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

– zuständig für Krankenhaus-Fragen –

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

* Herbert K n e p s , Prokurist

– zuständig für Arzt-Fragen –

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

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Berlin

Stresemannstraße 111 (DKV)

10963 Berlin

Vorstand: Henner L a s s i g (Abteilungsleiter der DKV)

* Reinhard L e b e n , Prokurist

(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

* Reinhard L e b e n , Prokurist

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

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Bremen

Remberti-Ring 11a (Landeskrankenhilfe)

28195 Bremen

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w

(Vorstandsvorsitzender der Landeskrankenhilfe)

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

(Landeskrankenhilfe, Telefon: 04131 / 7 25-2 07, Telefax: 40 34 02)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Hamburg

Kapstadtring 5 - 8 (SIGNAL)

22297 Hamburg

Postanschrift: 22289 Hamburg

Vorstand: Dr. Karl-Josef B i e r t h

(ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL)

* Monika M ö h l i g - D o e t s c h , 1. Handlungsbevollmächtigte

(SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Hessen

Frankfurter Straße 50 (DBV)

65189 Wiesbaden

Postanschrift: 65178 Wiesbaden

Vorstand: Hans-Joachim K r a u ß

(ordentl. Vorstandsmitglied der DBV)

** Dr. Achim K r a m e r , Prokurist

(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
* Christiane R a b e , Bereichsleiterin
(DEUTSCHER RING, Telefon: 040 / 35 99-0, Telefax: -22 81)

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

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Z a c h o w
(Vorstandsvorsitzender der Landeskrankenhilfe)
* Gottfried G l a s e r - G a l l i o n , Prokurist
(Landeskrankenhilfe, Telefon: 04131 / 7 25-2 07, Telefax: 40 34 02)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Landesausschuss Nordrhein-Westfalen
Aachener Straße 300 (DKV)
50933 Köln
Postanschrift: Postfach 10 80 65, 50448 Köln

Vorstand: Axel F o r t m a n n
(Prokurist der DKV)
* Helmut H i l l e r , Handlungsbevollmächtigter
– zuständig für Krankenhaus-Fragen –
(DKV, Telefon: 0221 / 5 78-44 31, Telefax: -46 56)

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Rheinland-Pfalz

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18 (Debeka)

56073 Koblenz

Postanschrift: 56058 Koblenz

Vorstand: Roland Weber

(ordentl. Vorstandsmitglied der Debeka)

Reinhard Wüstenberg, Abteilungsleiter

– zuständig für Krankenhaus-Fragen –

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

* Monika Möhlig - Doetsch, 1. Handlungsbevollmächtigte

– zuständig für Heilbehandler-Fragen –

(SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Saarland

Peter-Zimmer-Straße 2 (UKV)

66123 Saarbrücken

Postanschrift: Postfach 10 31 52, 66031 Saarbrücken

Vorstand: N.N.

* Hans-Günter Treib

(UKV, Telefon: 0681 / 8 44-22 00, Telefax: -21 09)

* Hans-Georg Stritter

(UKV, Telefon: 0681 / 8 44-22 00)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen

Schützenhöhe 16 (INTER)

01099 Dresden

Korrespondenzanschrift: Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim

E-Mail: la.sachsen@inter.de

Vorstand: Wolfgang Lohmann

* Thomas List (Direktor der INTER)

* Hans Stumpf, Ltd. Handlungsbevollmächtigter

(INTER, Telefon: 0621 / 4 27-3 48, Telefax: -9 44)

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen-Anhalt

Ruhrallee 92 – 94 (Continentale)

44139 Dortmund

Vorstand: Wolfgang L o h m a n n

* Klaus B ö c k e r , Handlungsbevollmächtigter

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

(ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL)

* Monika M ö h l i g - D o e t s c h , 1. Handlungsbevollmächtigte

(SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

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

Herbert K n e p s , Prokurist

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

*) Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Mitgliederverzeichnis

(Stand: April 2006)

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.: (0180) 3 55 66 22 / 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. DÜSSELDORFER VERSICHERUNG Krankenversicherungsverein a.G.
Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Tel.: (0211) 35 59 00-0 / Fax: (0211) 35 59 00-20
<http://www.duesseldorfer-versicherung.de>
E-Mail: service@duesseldorfer-versicherung.de
18. 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
19. 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
20. 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

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. HanseMercur 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. HanseMercur Spezial 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: 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
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
Taanusstraße 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
<http://www.sonoag.de>
E-Mail: info@sonoag.de
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](mailto: 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](mailto: service@ukv.de)
45. uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1 - 7, 90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg
Tel.: (0911) 53 07-0 / Fax: (0911) 53 07-15 74
<http://www.universa.de>
E-Mail: [info@universa.de](mailto: info@universa.de)
46. VICTORIA Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Victoriaplatz 2, Eingang Fischerstraße 2, 40477 Düsseldorf
Postanschrift: 40198 Düsseldorf
Tel.: (0211) 4 77-0 / Fax: (0211) 4 77-43 56
<http://www.victoria.de>
E-Mail: [krankenversicherung@victoria.de](mailto: krankenversicherung@victoria.de)
47. Volksfürsorge Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Besenbinderhof 43, 20097 Hamburg
Postanschrift: 20084 Hamburg
Tel.: (040) 28 65-0 / Fax: (040) 28 65-25 15
<http://www.volksfuersorge.de>
E-Mail: [info@volksfuersorge.de](mailto: info@volksfuersorge.de)
48. Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Postanschrift: 70163 Stuttgart
Tel.: (0711) 6 62-0 / Fax: (0711) 6 62 - 25 20
<http://www.wuerttembergische.de>
E-Mail: [krankenversicherung@wuerttembergische.de](mailto: krankenversicherung@wuerttembergische.de)

Verbundene Einrichtungen:

1. 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
2. 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

a. a. O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
aG; a.G.	auf Gegenseitigkeit
AG	Aktiengesellschaft
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
ASM	Available Solvency Margin
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAT	Bundesangestelltenvertrag
BDA	Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen in der GKV
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BhV	Beihilfavorschriften (des Bundes)
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMI	Bundesministerium des Innern
BpflV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung)
BRi	Begutachtungsrichtlinien der gesetzlichen Pflegekassen
BSG	Bundessozialgericht
BSGH	Bundessozialhilfegesetz
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise

ca.	cirka
CDU	Christlich-Demokratische Union
CEA	Comité Européen des Assurances
CEIOPS	Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors
CSU	Christlich-Soziale Union
CVZ	College voor zorgverzekeringen
de	deutsch, Ländercode
d. h.	das heißt
DIRM	Deutsches Institut für rationale Medizin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
DRS	Deutscher Rechnungslegungs Standard
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen in der GKV
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EG	Europäische Gemeinschaft
eGK	elektronische Gesundheitskarte
einschl.	einschließlich
en	englisch, Ländercode im Internet
ESTG	Einkommensteuergesetz
ESTR	Einkommensteuer-Richtlinie
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
f.	folgende (Seite)
F.D.P.	Freie Demokratische Partei
ff.	folgende (Seiten)
FFSA	Fédération Française de Sociétés d' Assurances
FPÄndG	Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz

G1-Risiko	Kapitalanlagerisiko
G2-Risiko	Operatives Risiko
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte GmbH
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GPV	Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung nach dem PflegeVG vom 26. März 1994 für die Mitglieder der Postbeamten-Krankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
HDR-Brachytherapie	High-Dose-Brachytherapie
HGB	Handelsgesetzbuch
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAA	International Actuarial Association
IAS	International Accounting Standards
IASB	International Accounting Standards Board
IASC	International Accounting Standards Committee
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICSI	intracytoplasmatische Spermieninjektion
i. d. R.	in der Regel
IFRS	International Financial Reporting Standards
igsf	Institut für Gesundheits-System-Forschung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
i.S.	im Sinne
IVF	In-vitro-Fertilisation
i.V.m.	in Verbindung mit
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz

KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KiBG	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
Knie-TEP	Kniegelenk-Totalendoprothese
KOM	EU-Kommission; Kennzeichnung veröffentlichter Schriftstücke
KonTraG	Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich
KPMG	Klynveld Peat Marwick Goerdeler
KStG	Körperschaftsteuergesetz
KVLG	Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
LBFW	Landesbasisfallwert
LDR-Brachytherapie	Low-Dose-Brachytherapie
LG	Landgericht
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 Pflegepflichtversicherung
MCR	Minimum Capital Requirement
MdB	Mitglied des Bundestages
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Mio.	Millionen
ml	Milliliter
MLC	Multileaf-Kollimatoren
Mrd.	Milliarden
(M-)WBO	(Muster-)Weiterbildungsordnung
ng	Nanogramm
Nr(n).	Nummer(n)
NRW/NW	Nordrhein-Westfalen
o. g.	oben genannte/n
OLG	Oberlandesgericht
org	Internet-Adresse für Organisationen
p.	page

pdf	Portable Document Format
PfIEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
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
PSA	prostataspezifisches Antigen
PSE	Sozialdemokratische Fraktion im Europäischen Parlament
PSI	Prostata-Seed-Implantation
PSKV	Private Studentische Krankenversicherung
PVB	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen mit Beihilfeberechtigung im Pflegefall
PVN	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen ohne Beihilfeberechtigung
QIS	Quantitative Impact Studies
QIS 1	Erste quantitative Auswirkungsstudie
QIS 2	Zweite quantitative Auswirkungsstudie
R	Rundschreiben
rd.	rund
RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
RSA	Risikostrukturausgleich
RVorgG	Rentenversicherungsorganisationsgesetz
S.	Seite(n)
s.	siehe
SARS	Severe Acute Respiration Syndrome
SCR	Solvency Capital Requirement
SGB IV	Sozialgesetzbuch, Viertes Buch
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB VI	Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch
SGB XII	Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch

s. o.	siehe oben
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPV	Soziale Pflegeversicherung
ThürKHG	thüringisches Krankenhausgesetz
TvöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
TÜV	Technischer Überwachungsverein
u. a.	unter anderem
US GAAP	United States Generally Accepted Accounting Principles
usw.	und so weiter
VA	Versicherungsaufsicht
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
vgl.	vergleiche
v.H.	vom Hundert
VO	Verordnung
VVaG; V.V.a.G.	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
www	World Wide Web
z. B.	zum Beispiel
ZNS	Zentrales Nervensystem

Stichwortverzeichnis

	Seite
A	
Abschlusskosten	22
Abzinsung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung	96 f.
Aids-Prävention	117
AIDS-Statistik	124
Alterungsrückstellung	21
Ambulante Zusatzversicherung	14
Antidiskriminierungsgesetz	23 ff.
Anzeigenkampagne des PKV-Verbandes	116
Arbeitgeberzuschuss	104
Aufklärungspflicht über günstige Tarifalternativen u. a.	33
Aufstockung des Versicherungsschutzes, zu berücksichtigendes Alter	30 ff.
Aufwendungsausgleichsgesetz	105 f.
Ausbildungskosten	57 f.
Auslandsreisekrankenversicherung	14
B	
BaFin	95, 121
Basisfallwerte 2005	54 ff., 63 ff.
Beamte, Einbeziehung in die GKV	112
Beihilfevorschriften	36 ff.
Beitragseinnahmen	14 ff.
Anteil der Versicherungsarten	16
Aufgliederung nach Versicherungsarten	15 ff.
Einmalbeiträge aus der RfB	16
Prozentuale Veränderung	16
Steigerungssätze	21
Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen	21
Beitragsrückerstattung	19, 21
Beitragssatz der GKV	102
Beitrags- und Kostenentwicklung	9, 14 f., 18 f.

Bestandsentwicklung	9, 10
Bezugsgröße	101 f.
Brachytherapie der Prostata mittels Seed-Implantation	45 ff.
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)	95, 121
Bundesärztekammer, Beschlüsse des Konsultationsausschusses ...	42 ff.
Bundestagswahl	106

C

Carotischirurgie	44
CEA (Comité Européen des Assurances)	99 f.

D

Depenheuer, Gutachten von Prof. Dr.	70 f.
Deutsches Institut für rationale Medizin (DIRM)	53 f.
DRG	55 f.
Dimap-Umfrage	116

E

Ehrenmitglieder des Verbandes	157
Einbettzimmerzuschläge im Jahresdurchschnitt 2005	67
Einkommensteuer-Richtlinien 2005	97
Einnahmenproblem in der GKV?	110 f.
Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	112 f.

G

Gebührenordnung für Ärzte	41 ff., 124
Weiterentwicklung der –	41 f.
Gebührenordnung für Zahnärzte	49 ff., 124
gematik	113 f.
Gerichtsurteile	
BGH: Kostenerstattung von künstlicher Befruchtung für ein 2. Kind.	27 ff.
BGH: Unfallhaftung in Pflegeheimen	83

BSG: Beitrittsrecht zur sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung	76
BSG: Durchsetzung einer höheren Vergütungsklasse durch den Heimträger	81
BSG: Eigenbedienbarer Elektrorollstuhl kein Pflegehilfsmittel	81 f.
BSG: Versicherungspflicht	110
OLG Hamburg: Aufstockung des Versicherungsschutzes	30 ff.
OLG München: Aufklärungspflicht	33
Geringfügige Beschäftigung	102
Gesamtaufwendungen	21
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft	98, 175 ff.
Geschäftsführung	178 f.
Gesundheitspolitische Positionierung der PKV	115 f.
Gleichbehandlungsrichtlinie	23 ff.
Grußworte	129 ff.

H

Hauptausschuss	158 ff.
HIV-/Aids-Prävention	117

I

IAS 39	87 ff.
IFRS 4, 7	88 f.

K

Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung	106 f.
Kapselendoskopie	42
Koalitionsvertrag	69 f., 106 ff.
Kommission KRANKENVERSICHERUNG des CEA	99 ff.
Krankenhausplanung	59 f.
– in den neuen Bundesländern und Berlin	60 f.
Krankentagegeldversicherung	12

Krankheitsartenstatistik	124
Künstliche Befruchtung	27 ff.

L

Landesbasisfallwerte	54 ff., 63 ff.
Landesausschüsse	180 ff.
Lauterbach, Prof. Dr.	72

M

Mammographie-Screening	33 ff.
Medicproof	77 ff.
Medienpartnerschaft	116 f.
Mehrumsatz der Privatversicherten	111 f.
Mindestmengenvereinbarungen	58 f.
Mitgliedsunternehmen	10, 185 ff.

N

Niederlande, Krankenversicherung seit 1.1.2006	104 f.
Nichtversicherte Personen	107

P

Pflegeversicherung	
Finanzausgleich	107
Kapitaldeckung in der -	106 f.
Modelle und Initiativen	84
Pflegerische Versorgungsstrukturen, Rahmenplanung	85
Rahmenverträge Personalrichtwerte	83 f.
Reformmodelle	72 ff.
Rentenversicherung der Pflegepersonen	82 f.
Spruchpraxis der NRW-Schiedsstelle	85 f.
Vergütung	107
Wohngemeinschaften	85
Pflegezusatzversicherung	12

PKV-Konzept zur Reformierung der Pflegeversicherung.	72 ff.
PKV-Reformkonzept Krankenversicherung.	108 f.
Pressearbeit des PKV-Verbandes	115
Private Pflegepflichtversicherung	10, 69 ff.
Änderung der Musterbedingungen (MB/PPV)	76
Anwartschaftsversicherung	69
Begutachtungsdauer	77
Begutachtungsergebnisse	78 f.
Begutachtungsrichtlinien	78
Bestand.	10 f.
Gutachter	77
Härtefälle	79 f.
Höchstbeiträge 2005.	69
Leistungsstatistik	125
Medicproof.	77 ff.
Meldungen an das Bundesgesundheitsministerium	125
Pflegebegründende Diagnosen	80
Poolausgleich	125
Statistik.	125
Studentenbeitrag	69
Vergütungsklasse	81
Versicherungsbestand.	10 f.
Versicherungsleistungen	19
Private Studentische Krankenversicherung – PSKV.	35 f.

Q

Qualitätsberichte der Krankenhäuser	58, 119
---	---------

R

Rechengrößen für 2006.	103
Rechnungslegung, internationale	87 ff.
Rechtsform der PKV-Unternehmen	10
Rückstellung für Beitragsrückerstattung, Abzinsung	96
Runder Tisch Pflege	75 f.

S

Seed-Implantation, Brachytherapie der Prostata	45 ff.
Selbstbehaltstatistik	123
Solvabilität	89 f.
Solvency II	90 ff.
Sonderausschüsse	161 ff.
Standardtarif	11
Sterbewahrscheinlichkeiten	123
Steuergesetze	97 f.
Stornostatistik	123
Strahlentherapie	42 ff.

T

TvöD – Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst	39 f.
---	-------

U

Überproportionaler Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten . . .	111 f.
Überschussverordnung	95

V

Verbandsorgane	158 ff.
Verbandsstatistik	121 ff.
Versicherung für Krankenhaus-Wahlleistungen	11 f., 14
Versicherung gegen Einmalbeitrag	14
Versicherungsbestand	10 ff.
Versicherungsgrenzen in der Renten- und Krankenversicherung . . .	101
Versicherungsleistungen	18 ff.
Aufgliederung der Versicherungsleistungen	20
Beitragsrückerstattung	19, 21
Gesamtaufwendungen	21
Leistungen je Tag und Monat	21
Steigerungssätze	21

Vergleich zwischen Beitragseinnahmen und Versicherungsleistungen	21
Versicherungspflicht	110
Verwaltungskosten	22
Vorwort	7 f.
W	
Wagnisstatistik	122 f.
Wahlkampf	106
Wahlleistung Unterkunft	61 f.
Wahrscheinlichkeitstafeln	122 f.
Wechsel zwischen PKV und GKV	10
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV	110 ff.
www.derprivatpatient.de	118 f.
Z	
Zusammengefasste Angaben im Bundesgebiet	22
Zusatzversicherungen	12
Zweibettzimmerzuschläge im Jahresdurchschnitt 2005	68

„ PKV Publik“

Verbandszeitschrift; erscheint neunmal jährlich

„Die private Krankenversicherung“

Rechenschaftsbericht; erscheint jährlich im Juni

„Die private Krankenversicherung“

Zahlenbericht; erscheint jährlich im Oktober

Kennzahlenkatalog der privaten Krankenversicherung

„Reformieren, nicht zerschlagen“

PKV-Reformkonzept Krankenversicherung

„Eine kritische Auseinandersetzung mit der Bürgerversicherung“

mit Fallbeispielen zur Be- und Entlastung durch eine Bürgerversicherung

„Eine kritische Auseinandersetzung mit der Gesundheitsprämie“

„Die niederländische Gesundheitsreform 2006 aus deutscher Sicht“

„ PKV-Info“

Broschürenreihe zu aktuellen Themen:

- Private Zusatzversicherung - Ergänzung zum gesetzlichen Versicherungsschutz
 - Lohnt der Wechsel innerhalb der PKV?
 - Auslandsreise-Krankenversicherung
 - Bleibt Ihre Krankenversicherung im Alter bezahlbar?
 - Die Card für Privatversicherte
 - Die Gebührenordnung für Ärzte – Ein kleiner Leitfaden
 - Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?
 - Die Entscheidung: Privat oder gesetzlich?
 - Private Krankenversicherung als Alternative für Studenten
 - Aktiv gegen die Kostenspirale
 - GKV-versicherte Beamte: Erleichterter Wechsel in die PKV
 - Dauernde Öffnung der privaten Krankenversicherung für Beamtenanfänger
 - Der Standardtarif
 - Sicherheit im Pflegefall - Die private Pflegepflichtversicherung
 - Sicherheit im Pflegefall - Die private Zusatzversicherung
-

„Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht“

PKV-Dokumentationsreihe

Heft 1: „Zur Krankenversicherung der Studenten“

von Prof. Dr. Rupert Scholz / Prof. Dr. Josef Isensee, März 1973 (vergriffen)

- Heft 2: „Zur Reform des Krankenhauswesens“
von Dipl.-Volkswirt Karl Brandecker, Januar 1974 (vergriffen)
- Heft 3: „Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Walter Leisner, Oktober 1974 (vergriffen)
- Heft 4: „Zum Privatliquidationsrecht der leitenden Krankenhausärzte“
von Prof. Dr. Wolfgang Gitter, Mai 1975
- Heft 5: „Zum Beitragszuschuß“
von Bundesrichter Dr. Helmut Heinze, November 1976 (vergriffen)
- Heft 6: „Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung“
von Prof. Dr. Isensee, Oktober 1980
- Heft 7: „Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Bernd von Maydell, März 1982
- Heft 8: „Zur Selbstbeteiligung der Versicherten“
von Dipl.-Volkswirt Thomas Ruf, Dezember 1982
- Heft 9: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“
von Direktor a. D. Hans Töns, November 1983
- Heft 10: „Gedanken zur privaten Krankenversicherung“
von Dr. Heinz Bach, Dezember 1984
- Heft 11: „Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht“
von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, November 1985
- Heft 12: „Teilkostenerstattung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse“
von Direktor a. D. Hans Töns, April 1987
- Heft 13: „Zur Reform des Krankenversicherungssystems“
von Heinrich Frommknecht, August 1990
- Heft 14: „Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“
von Prof. Dr. Rupert Scholz, April 1991
- Heft 15: „Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems durch eine Organisationsreform“
von Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg, Januar 1992
- Heft 16: „Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV“
von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, Oktober 1992
- Heft 17: „Möglichkeiten zum Ausbau der sozialrechtlichen Qualitätskontrolle des die gesetzliche Krankenversicherung substituierenden privaten Krankenversicherungsschutzes im Hinblick auf die Liberalisierung des europäischen Versicherungsmarktes“
von Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter, Juli 1993
- Heft 18: „Zum Umgang mit Knappheit in der medizinischen Versorgung“
von Prof. Dr. Michael Arnold, Juli 1995
- Heft 19: „Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten“
Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission, März 1997
- Heft 20: „Herausforderungen – Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges von den Anfängen bis zur Gegenwart“
von Prof. Dr. Peter Koch/Dr. Christoph Uleer, Juni 1997
- Heft 21: „Die Zukunft der Krankenversicherung“, November 1997
- Heft 22: „Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung“
von Dr. Jan Boetius/Dr. Hans-Olaf Wiesemann, September 1998
- Heft 23: „Perspektiven der PKV in Europa“, April 1999

Heft 24: „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“
von Prof. Dr. Bernd Hof, Januar 2001

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

„Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“
28-seitige Kurzfassung

„Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)“
6-seitige Kurzfassung

„Beihilfavorschriften des Bundes nebst Durchführungshinweisen“

Musterbedingungen

- für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (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 Dr. Frank Schulze Ehring, Dezember 2004.

„Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung“
von Dr. Frank Wild, August 2005.

„Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen“
von Dr. Frank Niehaus und Christian Weber, September 2005.

Soweit nicht vergriffen, erhalten Sie die Publikationen beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Postfach 51 10 40, 50946 Köln.

