

Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2013



PKV
Verband der Privaten
Krankenversicherung



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de

Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2013

Inhalt

Vorwort	3
1. Wirtschaftliche Entwicklung des Verbandes und seiner Mitgliedsunternehmen	7
1.1 Allgemeiner Überblick und Aufbau des Verbandes	9
1.2 Versicherungsbestand	10
1.3 Erträge	18
1.4 Aufwendungen	20
2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit	23
2.1 Politik und Gesetzgebung	25
2.2 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes	34
2.3 Präventions-Engagement der PKV	40
3. Entwicklungen im Leistungsbereich	45
3.1 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	47
3.2 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	57
3.3 Arzneimittel	59
3.4 Patientenrechtegesetz	66
3.5 Mindestleistungen der Tarife	70
3.6 Stationäre Leistungen	70
3.7 Private Pflegepflichtversicherung	78
4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen ...	101
4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen	103
4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft	109
4.3 Rechnungslegung	119
4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement	120
4.5 Steuern	122
4.6 Internationale Zusammenarbeit	124
5. Aktuarielle Schwerpunkte	127
5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2014“	129
5.2 Beitragsanpassungen im Basistarif	132
6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	141

Anhang	147
I. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013) §§ 1-18	149
II. Verbandsorgane	
II.1 Hauptausschuss und Vorstand	160
II.2 Sonderausschüsse	161
II.3 PKV-Vertreter in den Gremien des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	167
II.4 Geschäftsführung	168
II.5 Landesausschüsse	170
II.6 Mitgliedsunternehmen	172
III. Abkürzungsverzeichnis	177
IV. Stichwortverzeichnis	180
V. Publikationen des PKV-Verbandes	182

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2013 hat die Private Krankenversicherung (PKV) vor große Herausforderungen gestellt. Das lag nicht nur am Bundestagswahlkampf, der mit einer Grundsatzdiskussion über die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems einherging und damit viele Menschen verunsicherte. Auch der Auftrag des Gesetzgebers, eine staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung einzuführen, und die Pflicht zur Kalkulation von geschlechtsunabhängigen Tarifen waren für die Branche ein wahrer Kraftakt.

Die Zahlen für das abgelaufene Geschäftsjahr zeigen jedoch, dass die PKV diese Herausforderungen gut meistern konnte. Denn das Neugeschäft hat auch im Jahr 2013 insgesamt deutlich zugenommen: Mit 32,43 Millionen Versicherungen gab es in der Voll- und Zusatzversicherung zusammen rund 400.000 Verträge mehr als im Vorjahr.

Allein die Zahl der Pflegezusatzversicherungen stieg um 24,1 Prozent auf rund 2,7 Millionen Verträge an. Davon entfielen mehr als 350.000 Abschlüsse auf die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung. Das ist vor allem deshalb beachtlich, weil dieses Vorsorgeprodukt erst zu Jahresbeginn eingeführt wurde. Insgesamt verzeichneten die Zusatzversicherungen einen Zuwachs um 2,0 Prozent auf 23,5 Millionen. Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, ist damit ungebrochen. Diese Zahlen belegen, dass die Menschen dem System der PKV vertrauen und die Probleme der demografischen Entwicklung erkannt haben.

In der Krankenvollversicherung verzeichnete die PKV hingegen einen Rückgang um rund 66.000 auf 8,89 Millionen Personen. Das sind 0,7 Prozent weniger Versicherte als Ende 2012. Das verwundert nicht, denn die Diskussion über die Zukunft des Gesundheitssystems im Bundestagswahlkampf – Stichwort „Bürgerversicherung“ – hat viele potenzielle Kunden verunsichert und zu einer abwartenden Haltung geführt.

Zudem sind immer mehr Menschen durch eine Pflichtversicherung an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gebunden, dürfen also gar nicht in eine private Vollversicherung wechseln. So gab es laut Statistischem Bundesamt 2013 gegenüber dem Vorjahr rund 65.000 weniger Selbstständige, die bekanntlich unabhängig von ihrem Gehalt in die PKV wechseln können. Gleichzeitig befanden sich fast 300.000 Menschen mehr in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis – die meisten davon mit einem Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze. Zudem wurde diese Einkommensgrenze in den Jahren 2012 und 2013 mit jeweils rund 2,7 Prozent recht deutlich angehoben: Wer heute als Arbeitnehmer zur PKV wechseln will, muss 2.700 Euro im Jahr mehr verdienen als noch 2012.

Zugleich dämpfte wie im Vorjahr auch die Abkehr des Großteils der Branche von sogenannten „Billigtarifen“ – also der bewusste Verzicht auf ein ganzes Marktsegment – den Neuzugang verglichen mit früheren Jahren.

Die Beitragseinnahmen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung erhöhten sich 2013 um 0,7 Prozent auf insgesamt 35,9 Milliarden Euro. Ursachen für dieses geringe Wachstum sind unter anderem die moderate Beitragsentwicklung

bei vielen PKV-Unternehmen sowie ein bilanzieller Sondereffekt im Zuge der Einführung des sogenannten Notlagentarifs. Die Versicherungsleistungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen um 4,2 Prozent auf insgesamt 24,3 Milliarden Euro.

Einen Teil der Beiträge ihrer Kunden legt die Private Krankenversicherung auf dem Kapitalmarkt an. Diese Alterungsrückstellungen erhöhten sich bis Ende 2013 auf 190 Milliarden Euro – 164 Milliarden Euro in der Krankenversicherung und 26 Milliarden Euro in der Pflegeversicherung. Das ist ein solider Anstieg um 8,4 Milliarden Euro (plus 4,6 Prozent). Mit diesen Rückstellungen sorgen die Privatversicherten für ihre im Alter steigenden Gesundheitsausgaben vor, sodass sie nicht auf künftige Beiträge der jüngeren Generation angewiesen sind. Damit ist die PKV auf die demografische Entwicklung in Deutschland vorbereitet.

Vor diesem Hintergrund hat es sehr verwundert, mit welcher Intensität die Debatte über die Gesundheits- und Pflegepolitik im Bundestagswahlkampf geführt wurde. Zwar standen diese Themen 2013 nicht an oberster Stelle der politischen Agenda, Forderungen nach Einführung eines Einheitssystems anstelle des Nebeneinanders von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung waren jedoch Bestandteil der Wahlprogramme von drei im Bundestag vertretenen Parteien. Manche Befürworter einer „Bürgerversicherung“ forderten diesen radikalen Schnitt im deutschen Gesundheitswesen dabei so heftig ein, dass man den Eindruck gewinnen konnte, die medizinische Versorgung in unserem Lande liege zerrüttet am Boden. Allzu oft wurde übersehen, dass das deutsche Gesundheitssystem im Gegenteil zu den besten der Welt zählt und jedem Bürger Zugang zu den besten Behandlungsmethoden bietet.

Doch so hitzig die gesundheitspolitischen Diskussionen im Wahlkampf verliefen, so deutlich zeigte sich nach der Wahl, dass sich letztlich die Vernunft durchsetzt. Denn der Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD ist unter dem Strich ein klares Bekenntnis zum gut funktionierenden deutschen Gesundheitssystem mit seinen beiden Säulen aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. Damit schafft der Vertrag eine stabile Grundlage für weitere Detailverbesserungen – ohne unsere hervorragende medizinische Versorgung mit radikalen Einschnitten aufs Spiel zu setzen.

Die Vorteile des Wettbewerbs zwischen einer sozialstaatlichen und einer privatwirtschaftlichen Säule lassen sich exemplarisch an der Entwicklung in der Pflegeversicherung nachweisen. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen profitieren heute von Innovationen und Qualitätsgewinnen, die ohne den Systemwettbewerb niemals entstanden wären. Dazu zählt zum Beispiel die von der Privaten Pflegeversicherung als Alternative zum Konzept der Pflegestützpunkte entwickelte aufsuchende Pflegeberatung des PKV-Tochterunternehmens COMPASS. Der Gesetzgeber hat diese vorbildliche Lösung inzwischen übernommen und den Hausbesuch als Standardangebot im Sozialgesetzbuch verankert. Auch die von der PKV gegründete gemeinnützige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ hat sich in kürzester Zeit zu einem allseits anerkannten nationalen Kompetenzzentrum für Pflegequalität entwickelt. Und der Prüfdienst der Privaten kann sich ebenfalls sehen lassen: Die PKV prüft jährlich rund 2.500 Pflegeheime und ambulante Pflegedienste. Anders als die regional tätigen Medizinischen Dienste der gesetzlichen Pflegekassen, die bei ihren Prüfungen oft unterschiedlich vorgehen, arbeitet der PKV-Dienst nach deutschlandweit einheitlichen Standards. Das gewährleistet eine faire

Bewertung – und erleichtert Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen damit die Auswahl von Heimen und Pflegediensten.

Gerade die Pflegeversicherung ist ein exzellenter Gradmesser für das Funktionieren der Kapitaldeckung. Denn die Leistungen in der Sozialen (SPV) und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sind identisch. Doch während sich die SPV über das Umlageverfahren finanziert und keinerlei Rücklagen bildet, setzt die PPV auf Kapitaldeckung als Vorkehrung für die alternde Gesellschaft. Mit Erfolg: In der SPV wurde der Beitragssatz mehrmals erhöht, in der PPV sind die Beiträge in den letzten Jahren gesunken.

Der PKV-Verband steht bereit, in den kommenden Jahren die Debatte in der Gesundheits- und Pflegepolitik aktiv zu begleiten und mit konstruktiven Vorschlägen anzuregen. Angesichts unserer alternden Bevölkerung gehört dazu eine verstärkte kapitalgedeckte Absicherung der Menschen, um das demografieanfällige System der Umlagefinanzierung zu entlasten. Die starke Nachfrage nach privatem Versicherungsschutz – gerade im Pflegebereich – zeigt, dass die Bürgerinnen und Bürger erkannt haben, wie wichtig eine zusätzliche private Absicherung angesichts der Altersstruktur in Deutschland ist.

Vor diesem Hintergrund stellt die PKV natürlich auch Anforderungen an die eigene Adresse. Die Branche befindet sich mitten in einem Reformprozess: So wurde die Einführung der Unisex-Tarife genutzt, um auf breiter Front Mindestleistungen einzuführen. Sogenannte Billigtarife waren noch nie ein Markenkern der Privaten Krankenversicherung – und die meisten Anbieter haben sie im Versicherteninteresse inzwischen eingestellt. Hinzu kommt, dass die PKV den unternehmensinternen Tarifwechsel, auf den jeder Kunde einen Anspruch hat, weiter erleichtern will, um den Privatversicherten jederzeit einen individuell passenden Versicherungsschutz zu garantieren. Hierzu gehört eine umfassende Transparenz mit einer qualitativ guten Beratung.

All das zeigt, dass die Entscheidung der Großen Koalition, am Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung festzuhalten, richtig ist. Denn der gesunde Wettbewerb stärkt nicht nur das heutige Gesundheitssystem, sondern sichert auch die zukünftige Versorgung. Von den Menschen in Deutschland wird diese wichtige Rolle der PKV anerkannt. Das zeigt ein Blick auf die langfristige Entwicklung: Mit 8,89 Millionen Menschen gab es Ende 2013 rund 780.000 mehr Vollversicherte als 10 Jahre zuvor. Die Private Krankenversicherung ist und bleibt damit eine begehrte Alternative zum Einheitsschutz in der GKV.

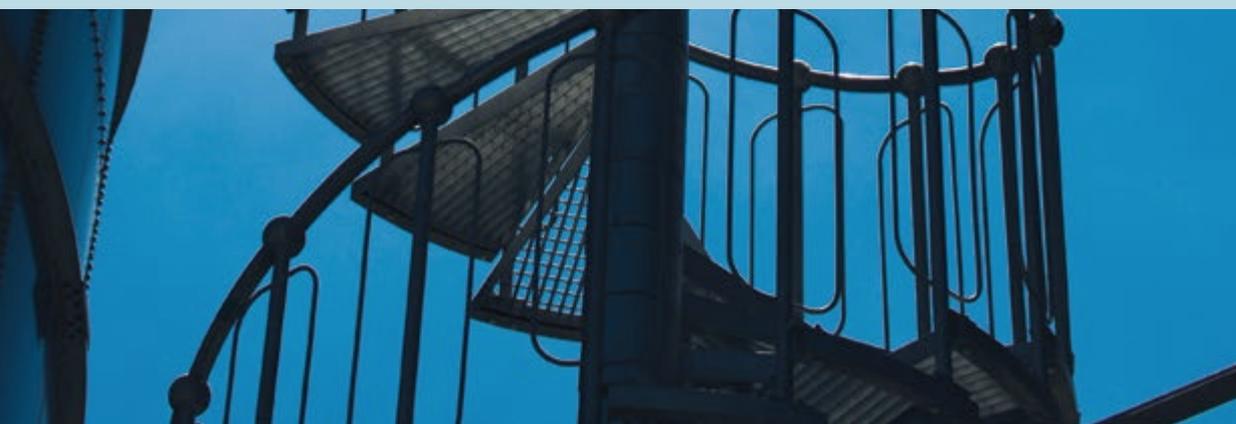
Köln, im Mai 2014

Uwe Laue
Vorsitzender

Dr. Volker Leienbach
Verbandsdirektor



1. Wirtschaftliche Entwicklung des Verbandes und seiner Mitgliedsunternehmen



1.1 Allgemeiner Überblick und Aufbau des Verbandes

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

Die Ausführungen in diesem Kapitel geben das vorläufige Geschäftsergebnis der 43 ordentlichen Mitgliedsunternehmen des Verbandes für das Jahr 2013 wieder. Es konnte anhand der Angaben aus den Quartalsberichten von Unternehmen, die über 99 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aller Mitgliedsunternehmen verfügen, ermittelt werden. Aus zusätzlichen statistischen Erhebungen bei den Mitgliedsunternehmen werden weitere Daten gewonnen. Nichtsdestotrotz liegen für den Rechenschaftsbericht teilweise nur geschätzte Angaben der Unternehmen vor. Die folgenden Zahlen sind daher nur vorläufig und als gerundete Werte zu verstehen. Die endgültigen Zahlen, die erfahrungsgemäß Differenzen gegenüber den vorläufigen Werten aufweisen, werden als Ergänzung zu dieser Veröffentlichung im Zahlenbericht 2013 bekannt gegeben. Die zurzeit neuesten exakten Zahlen sind im Zahlenbericht 2012 veröffentlicht, der auf www.pkv.de zu finden ist.

Der Verband hatte Ende 2013 43 ordentliche und sieben außerordentliche Mitglieder; zwei Unternehmen stellten verbundene Einrichtungen dar.

43 Mitgliedsunternehmen

- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 24 Aktiengesellschaften

7 außerordentliche Mitgliedsunternehmen

Diese Versicherungsunternehmen sind keine ordentlichen Mitglieder, da sie die Krankenversicherung zusammen mit einem anderen Versicherungszweig betreiben.

2 verbundene Einrichtungen

- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
- Postbeamtenkrankenkasse

R13/1101

Zweck des PKV-Verbandes

Vorläufige Zahlen

Mitgliedsunternehmen

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

	Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit		Aktiengesellschaften	
	2013	2012	2013	2012
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	19	19	24	24
Anzahl der Vollversicherten	4.575.300	4.558.500	4.314.800	4.397.800
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	51,47	50,90	48,53	49,10
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	15.237,6	15.211,3	20.597	20.416,3
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	42,52	42,70	57,48	57,30

R13/1102 – Werte für 2013 vorläufig

10 Aktiengesellschaften waren Tochterunternehmen von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 3.834 Mio. Euro machten 10,7 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 10,9 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

1.2 Versicherungsbestand

Krankheitsvollversicherung

Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 35.835 Mio. Euro beträgt 71,9 Prozent. Der Marktanteil der Privaten Krankenversicherung im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung liegt bei 11,3 Prozent.

Im Jahr 2013 hat sich der Bestand in der Vollversicherung um 66.200 Personen bzw. 0,7 Prozent verringert. Diese Entwicklung ist auf mehrere Sondereffekte zurückzuführen: Zum einen wirkte sich die weiterhin gute Lage am Arbeitsmarkt aus. Während die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten deutlich zunahm, sank die Zahl der Selbstständigen, die eine PKV abschließen können. Zum anderen verzichteten mehrere PKV-Unternehmen bewusst auf Neuzugang, indem sie ihre sogenannten Einsteigertarife vom Markt nahmen. Darüber hinaus dürften viele potenzielle Kunden infolge der Diskussionen über die Zukunft des Gesundheitswesens im Bundestagswahlkampf nicht in die PKV gewechselt sein.

	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.890.100	8.956.300	- 66.200	- 0,7

R13/1201 – Werte für 2013 vorläufig

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

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

Wanderungsbewegung	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	123.800	159.900	- 36.100	- 22,6
Abgänge zur GKV	160.900	162.400	- 1.500	- 0,9
Differenz	-37.100	-2.500	-34.600	+ 1.384,0

R13/1202 – Werte für 2013 vorläufig

Im Bruttoneuzugang werden alle Personen gezählt, die eine Krankheitsvollversicherung neu abgeschlossen haben. Im Gegensatz zur Wanderungsbewegung sind hier deshalb auch die Zugänge durch Geburten und Wechsel aus anderen PKV-Unternehmen enthalten. Die Abgänge aus der PKV durch Kündigung des Versicherungsschutzes oder Tod werden jedoch nicht berücksichtigt.

	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	316.400	413.200	- 96.800	- 23,4

R13/1203 – Werte für 2013 vorläufig

Im Jahr 2013 waren fast 48 Prozent der Vollversicherten beihilfeberechtigt. Frauen haben am Vollversichertenbestand einen geringeren Anteil als Männer. Worauf dies zurückzuführen ist, lässt sich im Einzelnen nicht feststellen. Ein Grund dürfte sein, dass Arbeitnehmerinnen im Durchschnitt ein geringeres Einkommen haben und deshalb seltener die Versicherungspflichtgrenze überschreiten.

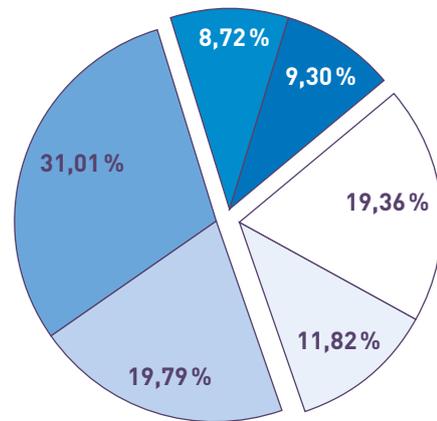
Wanderungsbewegung

Bruttoneuzugang

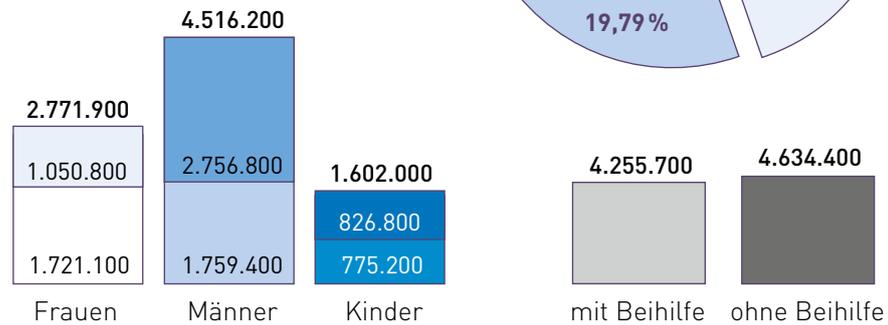
Zusammensetzung des Bestands

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2013

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



absolut



R13/1204 – Werte für 2013 vorläufig

Wahlleistungen im Krankenhaus

Knapp 82 Prozent der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chefarztbehandlung im Krankenhaus umfasst.

	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.250.200	7.304.100	-53.900	-0,7

R13/1205 – Werte für 2013 vorläufig

Krankentagegeld

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

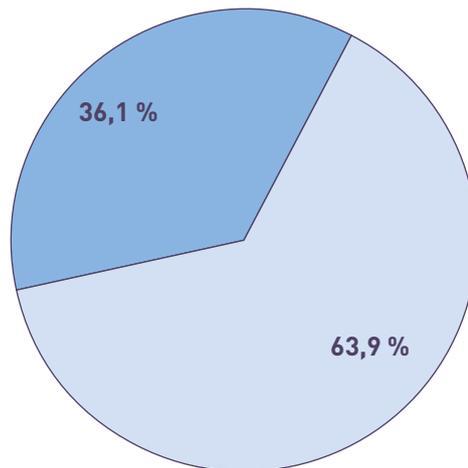
	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	1.972.600	2.027.000	-54.400	-2,7

R13/1206 – Werte für 2013 vorläufig

Die Krankentagegeldversicherung umfasst zwei Bereiche: zum einen die Tagegeldversicherung für Freiberufler und Selbstständige, die das Risiko des Einkommensausfalls bereits vom 4. oder 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit an abdeckt, und zum anderen die Tagegeldversicherung für Arbeitnehmer, die zumeist von der 7. Krankheitswoche an ein Tagegeld benötigen.

Versichertenstruktur in der Krankentagegeldversicherung für vollversicherte Personen 2013

- Arbeitnehmer
- Selbstständige



R13/1207 – Werte für 2013 vorläufig

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

Standardtarif

versicherte Personen im Standardtarif ¹	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.500	6.400	+ 100	+ 1,6
ohne Beihilfe	39.000	37.100	+ 1.900	+ 5,1
insgesamt	45.500	43.500	+ 2.000	+ 4,6
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	445	546	- 101	- 18,5

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

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

R13/1208 – Werte für 2013 vorläufig

Seit dem 1. Januar 2009 bieten die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung einen brancheneinheitlichen Basistarif an. Für diesen gilt ein gesetzlich vorgeschriebener Kontrahierungszwang, Risikozuschläge dürfen nicht erhoben werden. Zudem ist der Beitrag auf den Höchstbeitrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt und muss bei Hilfebedürftigkeit des Versicherten halbiert werden.

versicherte Personen im Basistarif ¹	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	26.700	30.200	- 3.500	- 11,6
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif	3.200	3.700	- 500	- 13,5
aus der Nichtversiche- rung (seit 2009)	10.200	9.900	+ 300	+ 3,0
aus der GKV ²	500	500	0	0,0
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	11.400	15.000	- 3.600	- 24,0
Wechsel zwischen den Unternehmen	900	700	+ 200	+ 28,6
sonstiger Zugang	500	400	+ 100	+ 25,0
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit³	13.900	11.900	+ 2.000	+ 16,8

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

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

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

R13/1209 – Werte für 2013 vorläufig

Seit dem 1. August 2013 werden Versicherte, die ihre Beiträge trotz zweifacher Mahnung nicht zahlen, in den Notlagentarif umgestuft. Dieser bietet einen eingeschränkten Versicherungsschutz, während der ursprüngliche Vertrag ruht. Sobald der Versicherte seine Schulden gegenüber dem Versicherer beglichen hat, ist er automatisch wieder in seinem alten Tarif versichert.

versicherte Personen im Notlagentarif ¹	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.400	0	+ 6.400	-
ohne Beihilfe	91.000	0	+ 91.000	-
insgesamt	97.400	0	+ 97.400	-

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

R13/1210 – Werte für 2013 vorläufig

Pflegeversicherung

Der Bestand in der Pflegeversicherung weicht von der Krankheitsvollversicherung ab, da auch einige freiwillig gesetzlich Versicherte sowie die Versicherten der verbundenen Einrichtungen Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten privat pflegeversichert sind.

Personen mit Pflegeversicherung	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.058.900	3.077.800	- 18.900	- 0,6
Männer	4.852.000	4.900.300	- 48.300	- 1,0
Kinder	1.626.500	1.641.500	- 15.000	- 0,9
insgesamt	9.537.400	9.619.600	- 82.200	- 0,9

R13/1210 – Werte für 2013 vorläufig

Zusatzversicherungen

Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, hält seit Jahren an. So erhöhte sich der Bestand auch 2013 wieder in fast allen Zusatzversicherungsarten.

	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Zusatzversicherungen¹	23.540.500	23.070.900	+469.600	+2,0

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

R13/1211 – Werte für 2013 vorläufig

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2013	2012	Veränderung	
				absolut	in Prozent
ambulante Tarife	Frauen	3.547.000	3.513.000	+34.000	+1,0
	Männer	2.773.200	2.744.100	+29.100	+1,1
	Kinder	1.428.200	1.483.100	-54.900	-3,7
	insgesamt	7.748.400	7.740.200	+8.200	+0,1
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.598.300	2.588.900	+9.400	+0,4
	Männer	1.808.900	1.796.500	+12.400	+0,7
	Kinder	1.396.200	1.391.200	+5.000	+0,4
	insgesamt	5.803.400	5.776.600	+26.800	+0,5
Zahntarife	Frauen	6.822.200	6.641.700	+180.500	+2,7
	Männer	5.186.600	5.071.500	+115.100	+2,3
	Kinder	1.813.200	1.861.200	-48.000	-2,6
	insgesamt	13.822.000	13.574.400	+247.600	+1,8
insgesamt¹	Frauen	8.652.500	8.513.900	+138.600	+1,6
	Männer	6.557.500	6.456.300	+101.200	+1,6
	Kinder	2.514.500	2.578.200	-63.700	-2,5
	insgesamt	17.724.500	17.548.400	+176.100	+1,0

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

R13/1212 – Werte für 2013 vorläufig

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

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

Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankentagegeldversicherung¹	3.605.000	3.627.600	- 22.600	- 0,6
Krankenhaustagegeldversicherung	8.027.800	8.153.500	- 125.700	- 1,5
Pflegezusatzversicherung²	2.362.300	2.186.700	+ 175.600	+ 8,0
davon				
Pflegetagegeldversicherung	2.150.300	1.984.700	+ 165.600	+ 8,3
Pflegekostenversicherung	344.900	332.900	+ 12.000	+ 3,6
geförderte Pflegezusatzversicherung	353.400	0	+ 353.400	-

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

R13/1213 – Werte für 2013 vorläufig

Besondere Versicherungsformen

Neben der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung bieten private Krankenversicherungsunternehmen auch besondere Versicherungsformen an, die sich keiner der zuerst genannten Versicherungsarten zuordnen lassen. Zu diesem Zeitpunkt liegen von diesen nur Angaben über die Versichertenzahl in der Auslandsreisekrankenversicherung vor.

	2013	2012	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekrankenversicherung	22.212.200	24.705.800	- 2.493.600	- 10,1

R13/1214 – Werte für 2013 vorläufig

Auslandsreisekrankenversicherung

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

1.3 Erträge

Beitragseinnahmen

Die Versicherten zahlen für ihren Versicherungsschutz Beiträge. Die hier behandelten Beitragseinnahmen der Unternehmen resultieren aus selbst abgeschlossenem deutschem Geschäft. Einnahmen aus Rückversicherungsverträgen oder Tätigkeiten im Ausland sind also nicht enthalten.

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	2013	2012	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	25.755	25.862,9	- 110	- 0,4
Pflegeversicherung	2.045	2.010,7	+ 35	+ 1,7
Zusatzversicherungen	7.350	7.028,4	+ 320	+ 4,6
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.965	4.756,6	+ 210	+ 4,4
Krankentagegeldversicherung	1.120	1.123,1	- 5	- 0,4
Krankenhaustagegeldversicherung	565	572,7	- 10	- 1,7
Pflegezusatzversicherung	700	576,0	+ 125	+ 21,7
geförderte Pflegezusatzversicherung	45	0,0	+ 45	-
Besondere Versicherungsformen	685	725,6	- 40	- 5,5
davon				
Auslandsreisekrankenversicherung	320	369,0	- 50	- 13,6
Spezielle Ausschnittversicherungen	120	115,1	+ 5	+ 4,3
Beihilfeablöseversicherung	235	233,6	0	0,0
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	10	7,9	0	0,0
insgesamt	35.835	35.627,6	+ 205	+ 0,7
insgesamt ohne Pflegeversicherung	33.790	33.616,9	+ 175	+ 0,5

* Werte gerundet

R13/1301 – Werte für 2013 vorläufig

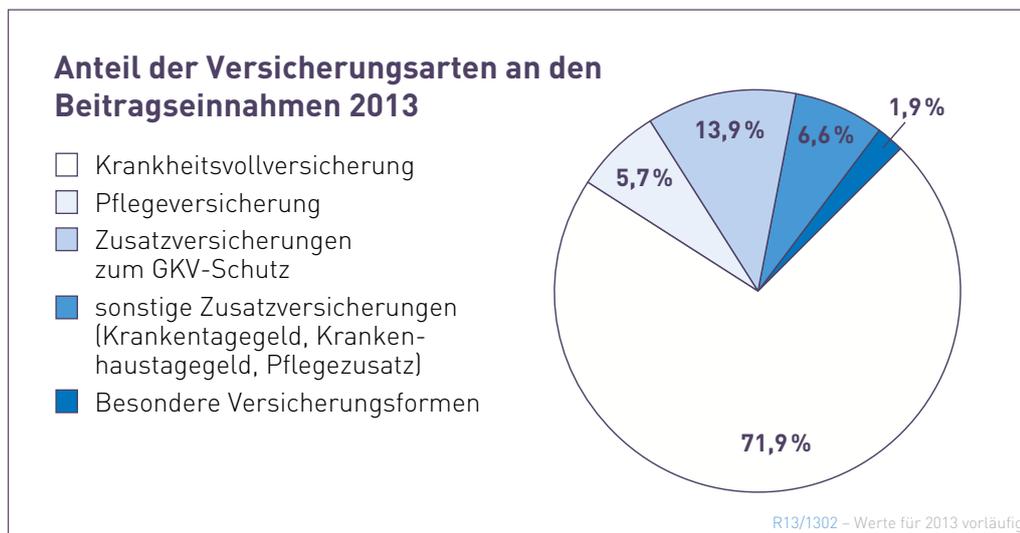
Bei den Beitragseinnahmen wird zwischen abgegrenzten und unabgegrenzten Werten unterschieden. Die unabgegrenzten Beitragseinnahmen umfassen alle innerhalb eines Jahres von den Versicherten geleisteten Zahlungen an die Unternehmen, und zwar unabhängig davon, welchem Geschäftsjahr sie wirtschaftlich zuzuordnen sind. Abgestellt wird allein auf den Zahlungszeitpunkt. Die abgegrenzten Beitragseinnahmen werden hingegen periodengerecht genau dem Geschäftsjahr zugeordnet, für das sie gezahlt wurden.

Der Unterschied zwischen den abgegrenzten und den unabgegrenzten Beitrags-einnahmen ist gering, weil in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung überwiegend Monatsbeiträge gezahlt werden und deshalb die Beitragsüberhänge von einem Jahr zum anderen relativ niedrig ausfallen. Im Rechenschaftsbericht werden die unabgegrenzten Beitragseinnahmen dargestellt, da nur so eine Gliederung nach Versicherungsarten möglich ist.

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

Unabgegrenzte
und abgegrenzte
Beitragseinnahmen

Anteil der Versicherungs-
arten an den
Beitragseinnahmen



Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung

Die Mittel aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) werden entweder an die Versicherten ausgezahlt oder bei Beitragsanpassungen als Einmalbeitrag eingesetzt. Beim Einsatz als Einmalbeitrag werden Alterungsrückstellungen aufgefüllt oder die Mittel werden mit Beitragsforderungen verrechnet. Dadurch werden Beitragserhöhungen gemindert oder verhindert, manchmal sogar Beitragssenkungen ermöglicht.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung auf die einzelnen Versicherungsarten:

Einmalbeiträge aus den RfB nach Versicherungsarten	2013	2012	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.735	1.270,1	+460	+36,2
Pflegeversicherung	80	283,5	-200	-70,5
Zusatzversicherungen	200	129,5	+70	+54,1
Besondere Versicherungsformen	0	0,1	0	0,0
insgesamt	2.015	1.683,2	+330	+19,6

* Werte gerundet

R13/1303 – Werte für 2013 vorläufig

1.4 Aufwendungen

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Sie betragen im Jahr 2013 insgesamt 24.280 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 97,1 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2012 betrug dieser Wert 93,1 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 2.023,3 Mio. Euro – 82,7 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Leistungen an Versicherte	2013	2012	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	23.435	22.507,7	+925	+4,1
Pflegeversicherung	845	779,3	+65	+8,3
insgesamt	24.280	23.287,0	+995	+4,2

* Werte gerundet

R13/1401 – Werte für 2013 vorläufig

Die Kosten je Versicherten sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich stärker gestiegen (2012: plus 1,9 Prozent).

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

Veränderung der Versicherungsleistungen 2012 / 2013 je Versicherten	Veränderung in Prozent
ambulante Leistungen	+5,1
davon	
Arztbehandlung	+4,5
Heilpraktikerbehandlung	+5,4
Arzneien und Verbandmittel	+6,0
Heilmittel	+4,5
Hilfsmittel	+5,7
stationäre Leistungen	+4,6
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+6,4
Wahlleistung Chefarzt	+0,9
Wahlleistung Unterkunft	+2,2
Ersatz-Krankenhaustagegeld	+6,1
Zahnleistungen	+6,1
davon	
Zahnbehandlung	+4,0
Zahnersatz	+7,5
Kieferorthopädie	+5,6
Versicherungsleistungen für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+5,1

R13/1402 – Werte für 2013 vorläufig

Veränderung der
Versicherungsleistungen

Alterungsrückstellungen

Die Private Krankenversicherung bildet Alterungsrückstellungen, um den höheren Krankheitskosten aufgrund des steigenden Lebensalters der Versicherten entgegenzuwirken. Auf diese Weise wird garantiert, dass die Beiträge nicht steigen, weil der Versicherte älter wird. Die folgende Tabelle zeigt die Summe der Alterungsrückstellungen sowie die Zuführung im Jahr 2013:

Alterungs- rückstellungen	2013	2012	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	164.000	155.907,4	+ 8.095	+ 5,2
Pflegeversicherung	26.000	25.708,3	+ 290	+ 1,1
insgesamt	190.000	181.615,7	+ 8.385	+ 4,6

* Werte gerundet

R13/1403 – Werte für 2013 vorläufig

Verwaltungs- und
Abschlussaufwendungen

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

	2013	2012	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.385	2.588,3	- 205	- 7,9
Verwaltungsaufwendungen	860	879,2	- 20	- 2,3
insgesamt	3.245	3.467,5	- 225	- 6,5

* Werte gerundet

R13/1404 – Werte für 2013 vorläufig



2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit



2.1 Politik und Gesetzgebung

2013 war für die Private Krankenversicherung das erste Jahr, in dem sie ihren Neukunden ausnahmslos Unisex-Tarife angeboten hat, und das erste Jahr der neuen staatlich geförderten privaten Pflegezusatzversicherung. Zugleich schaffte der Gesetzgeber die rechtlichen Grundlagen für den Notlagentarif. Mit der Unterzeichnung der GOÄ-Rahmenvereinbarung schafften PKV-Verband und Bundesärztekammer die erste Etappe auf dem Weg zu einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Und dies alles im Kontext eines Wahljahres: Programatisch hatten die Parteien im Wahlkampf ihre politischen Maximalforderungen in den Ring geworfen. SPD, Grüne und die Partei Die Linke forderten – mit unterschiedlichen Begründungen – die Einführung einer Bürgerversicherung. Das Agenda-Setting war indes ein anderes. Das Thema Gesundheit gelangte nicht in den Mittelpunkt der Wahlkampf-Auseinandersetzungen. Und wenn schon die Bürgerversicherung thematisiert wurde, dann häufig unter negativem Vorzeichen. Ärzte, Wissenschaftler und Wirtschaftsexperten äußerten ihre Bedenken gegen einen solchen Radikalumbau genauso wie Beamte, Arbeitgeber und Betriebsräte. Konsequenterweise haben CDU/CSU und SPD bei den anstehenden Koalitionsverhandlungen einen gesundheitspolitischen Kurs für die 18. Legislaturperiode festgelegt, der die bestehenden Systeme pragmatisch weiterentwickelt.

Die Private Krankenversicherung blickt mit Zuversicht auf die neue Legislaturperiode. Mit ihren Alterungsrückstellungen ist sie ein stabilisierendes Element im demografischen Wandel. Bis Ende 2013 sind diese Rücklagen auf 190 Milliarden Euro angestiegen und haben sich damit in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt.

Zum anderen hat die PKV gezeigt, dass sie in der Lage ist, sich selbst weiterzuentwickeln und notwendige Reformen im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung anzugehen. Der PKV-Verband steht bereit, diesen Kurs mit konstruktiven Vorschlägen fortzusetzen.

Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung

Die gesundheitspolitischen Regelungen des Koalitionsvertrages beschäftigen sich wesentlich mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dank des politisch festgesetzten einheitlichen Beitragssatzes ist die Finanzausstattung der GKV nach wie vor gut, so dass Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität von Strukturen und Prozessen im Mittelpunkt des Koalitionsvertrages stehen. Einige Regelungen verdanken sich dabei erkennbar dem Systemwettbewerb mit der PKV, so zum Beispiel die Organisation eines Facharzttermins für gesetzlich Versicherte durch eine Terminservicestelle, die Einrichtung eines Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung oder die neuerliche Etablierung eines Zweitmeinungsverfahrens. Zur Verhinderung von Unterversorgung soll unter anderem eine weitere Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung stattfinden – was ebenfalls als Ausfluss des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV interpretiert werden muss.

Ein zentrales Projekt der anstehenden Legislaturperiode wird eine Reform des Krankenhaussektors sein. Zukünftig sollen Leistungen mit hoher Qualität vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen und Zuschläge für gute Qualität gezahlt

werden. Weitere Mehrkosten werden auf die Kostenträger u. a. durch Vergütungsänderungen bei Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung sowie Änderungen beim Landesbasisfallwert zukommen. Bis Ende 2014 soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Details für eine Reform erarbeiten. Die daraus entstehenden Mehrausgaben betreffen auch die PKV.

Zu Mehrausgaben wird es auch im Arzneimittelbereich kommen. Der Herstellerabschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel wird von 16 Prozent auf 7 Prozent abgesenkt. Ohne gesetzgeberischen Eingriff würde der Abschlag 6 Prozent betragen. Indes wird am Preismoratorium auf dem Niveau vom 1. August 2009 festgehalten. Die gesetzgeberische Umsetzung dazu hat bereits am 19. Dezember 2013 begonnen. In einem ersten Schritt ist das Preismoratorium bis 31. März 2014 verlängert worden. Mit einem zweiten Gesetz ist der Preisstopp dann bis 31. Dezember 2017 verlängert worden. Im Gegenzug wird auf die Nutzenbewertung von bereits auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln verzichtet.

Hinsichtlich der Finanzierung der GKV wurde vereinbart, dass der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz zukünftig bei 14,6 Prozent liegen soll, wobei der Arbeitgeberanteil weiterhin in Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben wird. Der Beitragssatz für den Arbeitnehmer wird von den gesetzlichen Krankenkassen über den Anteil von 7,3 Prozent hinaus kassenindividuell festgesetzt. Der pauschale Zusatzbeitrag mit Sozialausgleich wird damit durch einen zusätzlichen einkommensabhängigen Beitrag ersetzt, in dem der bisher schon allein vom Arbeitnehmer zu tragende Beitrag in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten enthalten sein wird.

Im Mittelpunkt des pflegepolitischen Teils des Koalitionsvertrages stehen Leistungsausweitungen, die durch Beitragssatzanhebungen in der Sozialen Pflegeversicherung finanziert werden. Der Beitragssatz soll spätestens zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozent erhöht werden. Davon werden 0,2 Prozentpunkte zur Finanzierung von kurzfristigen Leistungsverbesserungen und die für 2015 vorgesehene Leistungsdynamisierung eingesetzt; 0,1 Prozentpunkte werden zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds bei der Bundesbank verwendet. Zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist darüber hinaus eine Beitragsanhebung von 0,2 Prozentpunkten vorgesehen. Insgesamt sind damit für Leistungsverbesserungen in der Sozialen Pflegeversicherung, die die Private Pflegeversicherung ebenfalls absichern muss, 0,4 Beitragssatzpunkte (entspricht 4,8 Mrd. Euro) vorgesehen.

Die Einrichtung des Pflegevorsorgefonds ist bemerkenswert, da damit das Demografie-Defizit in der Umlagefinanzierung anerkannt wird. Allerdings sind Rücklagen im staatlichen Einflussbereich nicht sicher vor Zweckentfremdung, wie viele Praxisbeispiele zeigen. Die Verwaltung durch die Bundesbank ändert nichts daran, dass der Gesetzgeber jederzeit auf diese Finanzreserven zurückgreifen kann. Davon abgesehen sind die Mittel dieses Fonds zu knapp bemessen: Während in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) für 9,7 Millionen Versicherte zurzeit jährlich auf Basis realer Kostendaten Rückstellungen von rund 1,5 Milliarden Euro gebildet werden, können die Rücklagen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) in Höhe von 1,2 Milliarden Euro nicht auskömmlich sein, um die alterungsbedingten zukünftigen Pflegeausgaben von 70 Millionen Versicherten vorzufinanzieren.

Bedeutung der privaten Pflegeversicherung

Die Pflegepolitik wird auch in der neuen Wahlperiode eine besonders wichtige Rolle spielen. Schließlich wird der demografische Wandel unsere Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten sehr stark fordern, wenn wir die menschenwürdige Betreuung von Pflegebedürftigen sichern wollen.

Die Private Pflegepflichtversicherung kann schon heute belegen, dass ihr generationengerechtes Modell mit kapitalgedeckten Alterungsrückstellungen dem demografieanfälligen Umlageverfahren der Sozialen Pflegeversicherung überlegen ist. Während dort der Beitragssatz schon drei Mal erhöht wurde, konnten – bei identischen Leistungen – in der Privaten Pflegepflichtversicherung die Beiträge mehrmals gesenkt werden. Das zeigt, dass das Prinzip der Kapitaldeckung funktioniert. Daher ist es auch richtig, dass der Gesetzgeber seit 2013 mit der Förderung einer ergänzenden privaten Pflegeversicherung die Bürger zu mehr privater Vorsorge motiviert.

Doch die Pflege-Herausforderungen gehen weit über die Frage der Finanzierung hinaus. Deshalb setzt sich die PKV schon seit Jahren für mehr Qualität in der Pflege ein und hat ihr Engagement seitdem stetig ausgeweitet – mit beachtlichem Erfolg. So hat sich das PKV-Konzept einer aufsuchenden Pflegeberatung durch die Verbandstochter COMPASS bei den Betroffenen so gut bewährt, dass der Gesetzgeber den Anspruch auf eine aufsuchende Pflegeberatung auch für die gesetzlich Versicherten vorgeschrieben hat.

Auch bei der Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen hat sich die PKV für einen eigenen Weg entschieden. In kürzester Zeit wurde ein zertifizierter Prüfdienst mit über 120 festangestellte Qualitätsprüfern und Auditoren aufgebaut, der bundesweit nach einheitlichen Kriterien arbeitet.

Überdies hat der PKV-Verband die gemeinnützige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ gegründet, die gezielt praxisorientierte wissenschaftliche Erkenntnisse zu offenen Fragen der Pflegeforschung fördert. Zudem werden in den ZQP-Projekten praxistaugliche Konzepte für eine qualitativ hochwertige und an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Versorgung pflegebedürftiger Menschen entwickelt und in die Diskussion in Fachwelt, Politik und Öffentlichkeit eingebracht.

2013 hat der PKV-Verband sein Engagement in Sachen Pflege nochmals ausgeweitet: Der PKV-Verband unterstützt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beim Aufbau eines Programms „Altern in Balance“. Das gemeinsame Ziel ist es, Krankheiten und die damit einhergehenden Einschränkungen vorzubeugen, die Anzahl gesunder Lebensjahre zu erhöhen und hierdurch auch Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuschieben. Auf den umfassenden Einsatz der PKV für Qualität in der Pflege ist auch in den kommenden Jahren weiter Verlass.

Geförderte private Pflegezusatzversicherung

Die Einführung der geförderten privaten Zusatzversicherung zum 1. Januar 2013 erkennt an, dass eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung an mehr Kapitaldeckung nicht vorbeikommt. Die Förderung der privaten Vorsorge durch den Staat unterstützt die in den vergangenen Jahren deutlich erhöhte Wahrnehmung des Pflegerisikos in der Gesellschaft.

Wer bereits in jungen Jahren mit der geförderten Vorsorge beginnt, kann meist schon mit dem Mindest-Eigenbeitrag von 10 Euro plus 5 Euro staatlichem Zuschuss im Monat die Finanzierungslücke bei einer auftretenden Pflegebedürftigkeit maßgeblich verringern. Damit ist das neue Produkt auch für einkommensschwächere Menschen attraktiv. Ältere Neukunden profitieren wiederum davon, dass die Versicherungsunternehmen jede förderfähige Person unabhängig von Vorerkrankungen aufnehmen.

Bereits im Startjahr 2013 vertrauten insgesamt 353.400 Menschen auf die staatlich geförderte private Vorsorge für den Pflegefall – mit hoher Dynamik: Während die Branche kurz nach Einführung der geförderten privaten Pflegezusatzversicherung im Januar 2013 etwa 240 neue Verträge pro Arbeitstag verbuchen konnte, stieg die Zahl im Juni auf 1.000 Verträge pro Arbeitstag und im Oktober auf 1.300. Schon 2014 könnte die Zahl der Verträge die Milliongrenze erreichen.

Tatsächlich erkennen die Menschen zusehends den Bedarf einer zusätzlichen, kapitalgedeckten Vorsorge, weil die gesetzliche Pflegeversicherung immer nur einen „Teilkasko“-Schutz bieten kann. Dies belegt auch der Zuwachs an nicht geförderten Pflegezusatzversicherungen: Ihre Zahl stieg in 2013 im Vergleich zu 2012 um 8 Prozent auf 2,4 Mio. Verträge an.

Einführung der Unisex-Tarife

Die Privaten Krankenversicherungsunternehmen haben das so genannte Unisex-Urteil des Europäischen Gerichtshofes punktgenau umgesetzt und bieten seit dem 22. Dezember 2012 eine neue Tarifwelt an. Viele PKV-Unternehmen haben dies als Chance genutzt, künftig auf jeder Wahlleistungsebene Mindeststandards vorzusehen, darunter insbesondere Psychotherapie sowie einen offenen Hilfsmittelkatalog.

Zugunsten einer nachhaltigen Kalkulation der neuen Unisex-Tarife haben viele Unternehmen die Neukalkulation der Tarife auch mit einem niedrigeren Rechnungszins verbunden. Dies wirkt angesichts der anhaltenden Niedrigzinsphase in Europa als zusätzliche Sicherung, zumal dieser Schritt den Überzins erhöht und den Spielraum für Beitragsglättungen im Alter erweitert.

Um die Anforderungen einer nachhaltig tragfähigen Kalkulation zu erfüllen, mussten die neuen Unisextarife angesichts der ungewissen Bestandszusammensetzungen sehr vorsichtig kalkuliert werden. Denn es war nicht vorhersehbar, wie viele junge Frauen vom Recht zum Wechsel aus bestehenden PKV-Tarifen in neue Unisex-Tarife ihres Versicherers Gebrauch machen wollten. Derartige Faktoren beeinflussten die Kalkulation der Tarife jedoch beträchtlich, da junge Frauen im Schnitt deutlich höhere Gesundheitskosten verursachen als Männer.

Wie unabhängige Untersuchungen zum Beispiel des Analysehauses „Morgen & Morgen“ zeigen, haben die Unternehmen der PKV die geschlechtsneutralen Unisex-Tarife „treffsicher“ kalkuliert: Sie sind eine Ursache für die ausgesprochen maßvollen Beitragsanpassungen zum Ende des Jahres 2013.

Einführung des Notlagentarifs

Die Situation von Krankenversicherten mit Beitragsschulden in der Privaten Krankenversicherung wurde zum 1. August 2013 deutlich verbessert. Zu diesem Datum wurde in der PKV mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung der so genannte Notlagentarif eingeführt, mit dem für Beitragsschuldner die Schuldenlast gesenkt und damit die Rückzahlung erleichtert wird.

Zum Hintergrund: Seit der Einführung der Pflicht zur Versicherung im Jahr 2009 kann Nichtzahlern nicht mehr gekündigt werden. Das gilt für die Gesetzliche und Private Krankenversicherung gleichermaßen. Die Beitragsausfälle werden letztlich von den übrigen, vertragstreuen Versicherten mitgetragen. Zum Zeitpunkt der Gesetzgebung waren das in der PKV über 745 Millionen Euro. Die Nichtzahler selbst hingegen häuften die ausstehenden Prämien ihres alten Tarifs als Schulden an. Die Situation konnte für die Betroffenen auch nicht durch die gesetzlich vorgeschriebene Zwangsumstellung in den Basistarif nach einem Jahr im Ruhen der Leistungen verbessert werden, denn häufig ist der monatliche Beitrag des Basistarifs höher als der im Ursprungstarif geschuldete, sodass noch höhere Schulden angehäuft wurden.

Ziel des Gesetzgebers war daher die Einführung eines Notlagentarifs mit möglichst geringer Prämienhöhe, um den Anstieg der Beitragsschulden deutlich zu verlangsamen. Diesem Ziel dienen sowohl die Befreiung der Pflicht zur Bildung von Alterungsrückstellungen als auch die gesetzlich eingeführte Möglichkeit, einen Teil der bisher gebildeten Alterungsrückstellungen zur monatlichen Prämienreduzierung einzusetzen. Im Übrigen bleibt die Alterungsrückstellung für die spätere Rückkehr des Versicherten in den Normaltarif „geparkt“ und wird verzinst.

Der Verzicht auf die Bildung von Alterungsrückstellungen im Notlagentarif ist auch für das Versichertenkollektiv eine deutliche Entlastung. Bisher mussten auch für Verträge, für die kein Beitrag floss, Rückstellungen gebildet werden. Diese Belastungen haben zu Beitragserhöhungen in der Privaten Krankenversicherung beigetragen.

Der Notlagentarif ist eine zeitlich befristete Lösung für den Ausnahmefall. Der Versicherte erhält nur Leistungen zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Lediglich für Kinder können darüber hinaus insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen und empfohlene Schutzimpfungen erstattet werden.

Hinzu kommt, dass sich niemand bewusst für den Notlagentarif entscheiden kann. Das Gesetz sieht vor, dass Unternehmen Versicherte in den Notlagentarif umstellen müssen, wenn sie trotz zweimaliger schriftlicher Mahnung keine Beiträge gezahlt haben. Erst wenn ein Versicherter im Notlagentarif seine Schulden beglichen hat, kann er in den Ursprungstarif zurück. Auch ein Wechsel in andere Tarife ist vorher nicht möglich. Zudem kann der Versicherer das Ruhen von Zusatzversicherungen verlangen, auch wenn für diese Beiträge gezahlt wurden.

Der Ausnahmecharakter des Notlagentarifs, dessen Ziel immer die Rückkehr in den Normaltarif sein muss, wird dadurch unterstrichen, dass die Hürden zur Rückkehr in den alten Tarif verringert wurden. Wenn alle Beitragsschulden, Säumniszuschläge und Mahngebühren zurückgezahlt wurden, wird der Vertrag ab dem übernächsten Monat automatisch im alten Tarif fortgesetzt.

Zusammen mit dem Notlagentarif wurde der Prämienzuschlag für Zeiten der Nichtversicherung seit Einführung der Pflicht zur Versicherung am 1. Januar 2009 vorübergehend bis zum 31. Dezember 2013 ausgesetzt.

Reform der Gebührenordnung für Ärzte

Die Bundesärztekammer (BÄK) und der PKV-Verband haben 2013 eine Rahmenvereinbarung zu einer umfassenden Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unterzeichnet. Die Neugestaltung der GOÄ ist erforderlich, da sie seit 1982 nur in Teilbereichen aktualisiert worden ist.

Die Rahmenvereinbarung setzt die Eckpunkte für die Entwicklung eines gemeinsamen Novellierungsvorschlages, der dem federführenden Bundesgesundheitsministerium bis Ende 2014 vorgelegt werden soll. Die Vereinbarung sieht u. a. Festlegungen für die Gründung einer Gemeinsamen Kommission zur Novellierung, Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ mit einer Datenstelle vor.

Die Vereinbarungspartner sind sich darüber hinaus einig, dass die Bewertung der ärztlichen Leistungen unter Heranziehung von Kostendaten und unter Berücksichtigung der medizinischen Leistungserbringung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen neu vorzunehmen ist. Die Gebührenordnung bleibt als eigenständige Abrechnungsgrundlage für privatärztliche Leistungen erhalten und wird als umfassende Abbildung des gesamten ärztlichen Leistungsspektrums konzipiert. Zur Vermeidung unerwünschter bzw. unbegründeter Honorarentwicklungen ist eine geeignete Risikosteuerung vorgesehen. Zudem verständigten sich die Vertragspartner auch auf eine gemeinsam getragene Qualitätsoffensive, mit der die privatärztliche Versorgung weiter verbessert werden soll.

Mit der Novellierung wird eine moderne Gebührenordnung geschaffen, in der Unschärfen der bisherigen Fassung beseitigt werden. Die ärztliche Abrechnung wird dadurch vereinfacht und entbürokratisiert, es entsteht mehr Transparenz für Ärzte, Versicherte und Kostenträger. Die gemeinsame Vereinbarung ermöglicht es, die neue GOÄ auf eine betriebswirtschaftlich kalkulierte und nachvollziehbare Grundlage zu stellen. Mit der Gründung einer gemeinsamen Kommission wird zudem sichergestellt, dass medizinische Innovationen zeitnah in der GOÄ abgebildet werden können.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Der PKV-Verband und die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) haben 2013 einen neuen Fördervertrag zur muttersprachlichen Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund unterzeichnet. Mit dieser freiwilligen Vertragsverlängerung um weitere fünf Jahre bis Ende 2018 sichert die PKV die Fortsetzung dieses bislang einmaligen Projektes.

In Deutschland leben etwa 16 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund. Das sind über 19 Prozent der Gesamtbevölkerung. Die beiden größten Gruppen sind russische und türkische Muttersprachler. Eine aktuelle Studie der Universität Bielefeld, die das von der PKV finanziell geförderte muttersprachliche Beratungsangebot der UPD bewertet hat, belegt die Bedeutung dieses Projektes: im komplizierten Gesundheitssystem haben Menschen mit ausländischen Wurzeln oft das Nachsehen. Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede und Wissenslücken stellen große Hürden in der medizinischen Versorgung dar.

Die muttersprachliche Patientenberatung ist ein entscheidender Schritt auf dem Weg zur Verbesserung der Integration von Menschen im Bereich der medizinischen Versorgung, in dem Desintegration schlicht lebensgefährlich sein kann. Das Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung richtet sich natürlich an die gesamte Bevölkerung und schließt keine Ratsuchenden aus. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller MdB, lobte anlässlich der Vertragsverlängerung 2013 das Engagement der PKV ausdrücklich: „Das muttersprachliche Beratungsangebot in türkischer und russischer Sprache ist eine hervorragende Ergänzung in unserem Gesundheitswesen.“

Der neue Vertrag, mit dem die PKV die UPD fördert, gilt verbindlich für zwei Jahre (bis 2015) und verlängert sich um drei weitere Jahre (2016 bis 2018) für den Fall, dass der GKV-Spitzenverband seinen Ende 2015 auslaufenden Vertrag mit der UPD ebenfalls verlängert. Mit dem neuen Fördervertrag ist es dem PKV-Verband gelungen, die gesetzlich geforderte Neutralität und Unabhängigkeit der UPD erneut klar zu verankern und sogar weiter zu stärken. Der PKV-Verband wird auch in Zukunft auf Inhalt und Umfang der Beratung keinen Einfluss nehmen. Die UPD muss lediglich die PKV-Fördermittel zur Fortführung des muttersprachlichen Beratungsangebots sowie zur „interkulturellen Öffnung“ des UPD-Verbundes verwenden. Beides wird die UPD auf Grund eigener wissenschaftlich-fachlicher Beurteilung umsetzen, so dass die Menschen qualitätsgesicherte und unabhängige Informationen erhalten.

Stärkung der Patientenrechte

Im Jahr 2013 wurden die Rechte von Versicherten und Patienten durch gleich zwei Gesetze verbessert: das Patientenrechtegesetz, das im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stand, und das Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften. Dieses Gesetz stärkt die Rechte Privatversicherter: Sie haben künftig Anspruch darauf, vor Beginn einer Behandlung von ihren PKV-Unternehmen verbindlich Auskunft darüber zu erhalten, welche Leistungen die Versicherung übernimmt. Bedingung: Die Kosten der Behandlung müssen voraussichtlich mehr als 2.000 Euro betragen.

In dringenden Fällen muss die Versicherung die Auskunft unverzüglich, spätestens aber innerhalb von zwei Wochen erteilen, sonst in vier Wochen. Wird die Frist versäumt, darf der Versicherte davon ausgehen, dass die Behandlung medizinisch notwendig war. Der Versicherer muss dann nachweisen, dass dies nicht der Fall war.

In der Vergangenheit konnten Versicherte nur über einen Arzt oder Rechtsanwalt Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer zur Überprüfung seiner Leistungspflicht eingeholt hat. Künftig können Versicherte Einsicht in derartige Unterlagen verlangen. Weiterhin wurde die Kündigungsfrist im Falle einer Beitragsanpassung auf zwei Monate verlängert.

Behoben wurde auch ein Problem von Versicherten im Basistarif: Sind die Beiträge im Basistarif auf den Höchstbeitrag limitiert, kann es vorkommen, dass ein vereinbarter Selbstbehalt nicht zu einer Beitragsermäßigung führt. Eine Umstellung des Vertrages in einen niedrigeren Selbstbehalt konnte zuvor erst nach Ablauf einer Frist von 18 Monaten verlangt werden. Nunmehr kann eine jederzeitige Umstellung des Vertrages in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangt werden, wenn der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie führt.

Das Patientenrechtegesetz verbessert die Rechte aller Versicherten und Patienten in Deutschland. Zentral ist insbesondere der neue Abschnitt im Bürgerlichen Gesetzbuch, in dem die Regelungen zum Behandlungsvertrag zusammengefasst wurden. Damit können sich endlich auch juristische Laien über ihre Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Behandlung durch den Arzt und andere Heilberufe informieren.

Patienten haben unter anderem das Recht, vor einer Behandlung verständlich und umfassend über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien informiert zu werden. Dies gilt auch für die mit der Behandlung verbundenen Kosten: Zumindest wenn der Arzt weiß, dass die Krankenversicherung Kosten nicht übernimmt, muss er den Patienten vor dem Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten schriftlich informieren.

Ein weiteres Recht ist das auf eine vollständige und sorgfältige Dokumentation der Behandlung. Dies ist besonders wichtig, falls es zu einem Behandlungsfehler kommt. Fehlt in einem solchen Fall die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird im Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist.

Registrierung von Krebserkrankungen

Mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz wurden flächendeckend und einheitlich in Deutschland Klinische Krebsregister eingeführt. Dies ist ein wichtiger Meilenstein für die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung. Mittels der Krebsregisterdaten wird es möglich sein, die Qualität der Therapie auf individueller Ebene zu optimieren und auch die Krebsbehandlung in einer Region zu verbessern. Der flächendeckende Ausbau der Register als ein zentrales Instrument zur Messung der Ergebnisqualität der Krebsbehandlung ist unabdingbar, um Fehl-, Über- oder Unterversorgung aufzuspüren und an Ärzte und gesundheitspolitische Entscheider zurückzumelden.

Das Gesetz folgt den Umsetzungsempfehlungen des Nationalen Krebsplans, an dessen Erarbeitung die PKV beteiligt war. Zur Datenerfassung meldet die behandelnde Einrichtung alle Schritte der Behandlung eines Krebsfalls an das für sie zuständige Register. So können die ausgewerteten Daten an die Leistungserbringer vor Ort zurückgemeldet werden. Zudem wurden bundesweit einheitliche Voraussetzungen für die Datenerfassung geschaffen und Mehrfachdokumentationen vermieden.

Die Länder sind zur Einrichtung Klinischer Krebsregister verpflichtet. Die Betriebskosten werden durch eine fallbezogene Krebsregister-Pauschale gedeckt. Die PKV beteiligt sich freiwillig an der Finanzierung. Durch ihre Teilnahme ermöglichen die Privatversicherungen die für Klinische Krebsregister notwendige Vollzähligkeit aller Fälle.

Präventionsgesetz

Ein Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung im Jahr 2013 war die Debatte um ein Präventionsgesetz. Die schwarz-gelbe Koalition hatte dazu einen Gesetzentwurf vorgelegt, in dessen Zentrum eine Erhöhung der für den Bereich Prävention bestimmten Mittel der gesetzlichen Krankenkassen stand.

Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung gehört Primärprävention – also die Vermeidung von Erkrankungen – nicht zum Leistungsspektrum einer Krankenversicherung. Dies folgt aus ordnungspolitischen, versicherungsvertragsrechtlichen und verfassungsrechtlichen Erwägungen: Zum einen handelt es sich bei der Primärprävention um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der Maßnahmen kollektiv wirken sollen und nicht individuell zurechenbar sind. Maßnahmen der Primärprävention sind nicht aus Beitragsmitteln und Versicherungsgeldern, sondern aus dem Steuersystem zu finanzieren. Zum anderen haben Privatversicherte einen Vertrag über einen bestimmten Versicherungsschutz abgeschlossen. Eine erzwungene Finanzierung von gesetzlich definierten zusätzlichen Präventionsleistungen wäre ein – verfassungsrechtlich nicht zulässiger – Eingriff in geschlossene Verträge.

Daher hatte es der PKV-Verband als ordnungspolitisch und verfassungsrechtlich richtig gewertet, dass der Gesetzentwurf keine Verpflichtung der Privaten Krankenversicherung vorsah. Die Private Krankenversicherung ist sich jedoch der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Prävention bewusst. Obgleich sie aus den dargestellten Gründen nicht zu Leistungen der Primärprävention verpflichtet werden kann, engagiert sie sich bereits seit Jahren freiwillig auf dem Gebiet der Primärprävention (s. S. 40)

Das im Bundestag bereits verabschiedete Gesetzgebungsvorhaben ist letztlich am Bundesrat gescheitert. Im Koalitionsvertrag ist verankert, dass bereits 2014 ein neuerliches Präventionsgesetz verabschiedet werden soll.

Änderungen bei der Versorgung mit Arzneimitteln

Im Jahr 2013 ist es zu einer Erhöhung der Apothekenverkaufspreise gekommen. Zunächst wurde zu Beginn des Jahres der feste Apothekenzuschlag für rezeptpflichtige Arzneimittel von 8,10 Euro auf 8,35 Euro erhöht. Mit dem Gesetz zur Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken wurde im Verlauf des Jahres ein weiterer fixer Bestandteil der Vergütung geschaffen. Apotheken erhalten seither zusätzlich 16 Cent zur Förderung der Sicherstellung des Apothekennotdienstes. Der Notdienstzuschlag in Höhe von 2,50 Euro bleibt dabei bestehen.

Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung ist der Übergang zur pauschalen Mehrvergütung bloßer Dienstbereitschaft kritisch zu bewerten. Dies widerspricht dem für alle Gesundheitsdienstleister geltenden Grundprinzip, wonach nur tatsächlich erbrachte Leistungen zu vergütet sind. Eine flächendeckende Vergütung bloßer Leistungsbereitschaft der Gesundheitsdienstleister würde die Versicherten mit unübersehbaren Kosten versehen.

Die Private Krankenversicherung hält die Erbringung, Organisation und Finanzierung des Apothekennotdienstes für eine originäre Aufgabe der Apothekerschaft. Vor diesem Hintergrund hat es der PKV-Verband begrüßt, dass die Verteilung der Mittel des einzurichtenden Fonds zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes als Sache der Apothekerschaft begriffen und Einrichtungen der Apothekerschaft übertragen wird.

Eine weitere Neuerung in der Arzneimittelversorgung betrifft eine Klarstellung bezüglich des Anspruches der PKV-Unternehmen auf die so genannten Herstellerrabatte. In der Praxis war es zu Streitigkeiten in der Frage gekommen, inwieweit Selbstbehalte den Rabattanspruch mindern. Einige pharmazeutische Hersteller verweigerten die Zahlung der Abschläge auf entsprechende

Anforderungen durch die Zentrale Stelle zum Einzug von Arzneimittelrabatten (ZESAR GmbH) unter Verweis auf die umstrittene gesetzliche Regelung.

Der Gesetzgeber hat klargestellt, dass zur Ermittlung der gesetzlichen Herstellerabschläge Selbst- oder Eigenbehalte nicht zu berücksichtigen sind. Im Interesse der Versicherten hat der PKV-Verband diese Regelung ausdrücklich begrüßt.

Ausblick

Die politische Agenda der Großen Koalition verschafft der PKV Zeit, ihre eigene Reformagenda weiter voranzutreiben und das zu leisten, was sie auch ohne den Gesetzgeber leisten kann. Dazu gehört auch das Ziel, die Verhandlungen mit der Bundesärztekammer über eine neue Gebührenordnung für Ärzte erfolgreich abzuschließen.

Ein wichtiges Ziel ist es zudem, das Tarifwechselrecht zu stärken und versichertenfreundlicher auszugestalten. Denn dieses Recht eröffnet allen Versicherten der PKV Alternativen zum aktuellen Versicherungsschutz mit deutlichen Preisunterschieden sowie Leistungsdifferenzierungen. Diese Wahlfreiheit ist ein Alleinstellungsmerkmal der PKV. Dazu muss es mehr Transparenz geben, damit den Kunden alle notwendigen Informationen zum Tarifwechsel einschließlich der zu zahlenden Beiträge in den Zieltarifen schnell und verständlich zur Verfügung stehen.

Weitere Vorschläge zur Verbesserung der Versichertenfreundlichkeit liegen auf dem Tisch, bedürfen aber der Unterstützung des Gesetzgebers. Hierzu gehören Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragsentwicklung durch eine Reform der Kalkulationsgrundlagen und die Sicherung der Bezahlbarkeit der PKV für Privatversicherte in prekären Lebenslagen. So sollte etwa der gut funktionierende Standardtarif, der Sozialtarif der PKV, auch für all jene geöffnet werden, die sich erstmals ab dem 1. Januar 2009 privat versichert haben.

Jede Gesundheitspolitik muss sich daran messen lassen, ob sie der demografischen Herausforderung gerecht wird. Die Private Krankenversicherung trägt mit ihrer kapitalgedeckten Vorsorge maßgeblich zur nachhaltigen und generationengerechten Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens bei. Sie steht für den Ausbau dieser wichtigen Säule bereit, und zwar in der Krankenversicherung ebenso wie in der Pflegeversicherung.

2.2 Presse und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes

Die zentrale Aufgabe der Abteilung Kommunikation ist es, die Öffentlichkeit aktiv über alle für die Branche relevanten Themen zu informieren. Zu diesem Zweck gab sie im vergangenen Jahr 30 Pressemitteilungen heraus und führte drei Pressekonferenzen durch. Hinzu kamen zahlreiche Informationsgespräche mit Journalisten und anderen PKV-Interessierten, die in vielen Fällen zur Veröffentlichung branchenrelevanter Themen in überregionalen Medien führten. Stellvertretend sei hier die Veröffentlichung der Zahl der Vertragsabschlüsse in der geförderten Pflegezusatzversicherung im November genannt, die von den großen Tageszeitungen sowie von Radio- und Fernsehsendern aufgegriffen

wurde. Insgesamt erreichten die Pressestelle im Jahr 2013 über 5.400 Telefon- und Mailanfragen.

Wie die gesamte Branche stand auch die Abteilung Kommunikation im Jahr 2013 vor einer besonderen Herausforderung, da es im Bundestagswahlkampf darum ging, die Argumente der Befürworter einer Bürgerversicherung zu entkräften. Denn gleich drei von fünf im Bundestag vertretenen Parteien hatten sich zum Ziel gesetzt, die Dualität zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung und damit die PKV quasi abzuschaffen. Da im Vorfeld niemand wissen konnte, welchen Stellenwert die gesundheitspolitische Debatte auf der politischen Agenda und damit in der öffentlichen Berichterstattung einnehmen würde, bestand ein Großteil der Öffentlichkeitsarbeit darin, sich auf verschiedenen Eskalationsszenarien vorzubereiten, um bei Bedarf mit den passenden Instrumenten reagieren zu können.

Parallel dazu erweiterte der Verband seine Kommunikationskanäle – insbesondere im Online-Bereich, um die Öffentlichkeit noch schneller und zielgerichteter zu erreichen. Dazu zählt der neuentwickelte PKV-Newsletter, den alle Interessierten kostenlos auf www.pkv.de abonnieren können und mit dem der Verband seit April 2013 zu gegebenen Anlässen über die wichtigsten branchenrelevanten Themen berichtet. Zudem ist der Verband auch mit einem eigenen Twitter-Account (https://twitter.com/pkv_verband) aktiv. Damit kann er rasch seine Positionen in die gesundheitspolitische Debatte einbringen und schnell auf Diskussionen im Netz reagieren. Hinzu kommt, dass die PKV auf diesem Weg zusätzlich über neue Broschüren, Videos und andere Angebote informieren kann. Innerhalb kurzer Zeit gelang dadurch eine effektive Vernetzung mit wichtigen gesundheitspolitischen Akteuren sowie Medienvertretern.

Darüber hinaus baute der Verband das Angebot von PKV-Videos deutlich aus. So wurden 15 Fernsehinterviews mit führenden Akteuren aus der Politik, aus wichtigen gesellschaftlichen Institutionen und aus dem Gesundheitswesen produziert, die sich klar zum dualen System aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung bekennen. In zwei weiteren Videos erläutert der Vorsitzende des PKV-Verbandes, Uwe Laue, die Erwartungen der Branche an die Gesundheitspolitik. Ergänzt wird das Videoangebot mit Grafik-Animationsfilmen, in denen die Probleme des demografischen Wandels, die Funktion der PKV oder die geförderte Pflegezusatzversicherung verständlich erklärt werden. Sämtliche Videos sind auf der Verbands-Internetseite sowie auf einem eigens eingerichteten Youtube-Kanal abrufbar. Allein auf Youtube wurden die PKV-Videos im vergangenen Jahr insgesamt über 20.000 Mal abgerufen.

Neu aufgelegt wurde eine Serie von Kurzbroschüren (Flyer), die einen schnellen Überblick über Fakten und Argumente zu branchenrelevanten Themen liefern. Bisher wurden vier Flyer produziert: „Vorteile und Fakten des deutschen Gesundheitssystems“; „Fakten, die für die PKV sprechen“; „Fakten gegen die Bürgerversicherung“ und „Fakten zur geförderten Pflegezusatzversicherung“. Von diesen Flyern wurden im Jahr 2013 insgesamt rund eine Viertelmillion Druckexemplare verbreitet. Die PDF-Versionen wurden zudem mehrere tausend Mal im Internet heruntergeladen.

Zentrale Themen der Verbandskommunikation 2013

Diskussion über eine Bürgerversicherung

Wichtigstes Thema für die gesamte PKV-Branche war im vergangenen Jahr der Wahlkampf mit der damit einhergehenden Diskussion über die Einführung einer Bürgerversicherung. Daher richtete der PKV-Verband auf seiner Internetseite eine Informationsplattform ein, auf der sämtliche Argumente gegen ein solches Einheitssystem abgerufen werden können. Dazu gehören wissenschaftliche Studien, Broschüren, Artikel, Videos und anderes Informationsmaterial. Die Ausgestaltung dieser speziellen Seite wurde zudem für Internet-Suchmaschinen optimiert. Damit tauchte zum Beispiel die Internetseite des PKV-Verbandes bei Eingabe des Begriffs „Bürgerversicherung“ in der am häufigsten genutzten Suchmaschine Google stets auf den ersten Positionen der Ergebnislisten auf.

Dabei hob der Verband in erster Linie die besondere Bedeutung des Systemwettbewerbs von PKV und GKV für die hohe Qualität des deutschen Gesundheitssystems hervor. Die Debatte um eine Bürgerversicherung hat im Wahlkampf 2013 entgegen anfänglichen Erwartungen und auch entgegen den Absichten der damaligen Oppositionsparteien keinen herausgehobene Rolle gespielt. Für den Fall, dass dieses Thema kurzfristig doch einen höheren Stellenwert oder eine besondere Zuspitzung erfahren hätte, war die Abteilung Kommunikation auf unterschiedlichste Szenarien mit mehreren Kampagnenlinien und Internet-Aktionen vorbereitet, die bei Bedarf sofort hätten gestartet werden können.

Geförderte Pflegezusatzversicherung

Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung wurden von der Politik beauftragt, eine Pflegezusatzversicherung mit einer staatlichen Förderung auf den Markt zu bringen. Die Einführung dieses neuen Vorsorgeproduktes wurde von der Abteilung Kommunikation des PKV-Verbandes aktiv begleitet. So wurden Journalisten und andere Multiplikatoren umfassend über die Finanzierungslücken informiert, die bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit entstehen und die durch das neue Vorsorgeprodukt verringert werden können. Eine Kurzbroschüre und weiterführende Informationen auf der Verbands-Internetseite ergänzten die Kommunikation zu diesem Thema. Darüber hinaus musste die Pressestelle der zum Teil unsachlichen Kritik gegen die geförderte Pflegezusatzversicherung seitens einiger Medien entgegentreten. Auf einen besonders kritischen Bericht der Zeitschrift „Finanztest“, der von verfehlten Annahmen ausging, antwortete der Verband mit einer umfangreichen Pressemitteilung, die die Vorwürfe detailliert entkräftete.

Zukunft der Gesundheitspolitik

Nach der Bundestagswahl formulierte der PKV-Verband im Rahmen einer Pressekonzferenz seine Erwartungen und Vorschläge an die Politik der neuen Regierung für eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik. Eine wesentliche Forderung besteht darin, zur besseren Vorbereitung auf den demografischen Wandel wieder mehr Menschen kapitalgedeckt abzusichern. Dazu gehören aus Sicht des PKV-Verbandes, die außerordentliche Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeitnehmer aus dem Jahr 2003 rückgängig zu machen, Zusatzversicherungen wieder ausschließlich kapitalgedeckt in der PKV anbieten zu dürfen – und nicht als sogenannte Wahltarife der gesetzlichen Kassen – sowie die Beibehaltung der steuerlichen Begünstigung der betrieblichen Krankenversicherung.

Weitere Themen

Viel Aufklärungsarbeit musste im Zusammenhang mit der Einführung des Notlagentarifs betrieben werden. Hier ging es in erster Linie darum zu erklären, dass dieser Tarif kein beliebiges Mittel der Wahl ist, sondern eine vorübergehende Auffanglösung für Privatversicherte, die sich in finanziellen Schwierigkeiten befinden. Multiplikatoren und Meinungsbildner wurden zudem darüber informiert, dass der Notlagentarif Vorteile für alle Beteiligten bringt, ohne die Versorgung der Betroffenen zu gefährden.

Auch nach der Einführung der geschlechtsunabhängigen Unisex-Tarife im Dezember 2012 stand dieses Thema weiterhin im Fokus des öffentlichen Interesses. Hauptaufgabe der Pressestelle war es, die Auswirkungen dieser Umstellung auf das Wechselgeschehen innerhalb der Branche zu erläutern.

Der Abschluss von Qualitätspartnerschaften mit zahlreichen Krankenhausbetreibern wurde auch im vergangenen Jahr von der Abteilung Kommunikation mit vielfältigen Veröffentlichungen begleitet.

Informationskampagne

Im Bundestagswahljahr ging es vor allem darum, die Stärken des deutschen Gesundheitssystems mit seinen beiden Säulen aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung hervorzuheben und die großen Risiken mutwilliger Radikalreformen zu verdeutlichen. Dazu wurde während des Wahlkampfes das Anzeigenmotiv „Bleiben Sie gesund“ geschaltet.

Als besonders wichtiger Multiplikator im Gesundheitswesen wurde gezielt die Ärzteschaft besonders detailliert über die Vorteile der Dualität von PKV und GKV informiert: Mit zwei auffälligen Anzeigen-Sonderaktionen in der Ärzte-Zeitung informierte der PKV-Verband im Sommer die Ärzteschaft über die hohen Risiken und negativen Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung.



Notlagentarif

Unisex-Tarife

Qualitätspartnerschaften



Auch auf dem Bundespresseball wurde im satirischen Jahresrückblick „Almanach“ mit einer Anzeige auf charmante Weise vor einem Einheitssystem gewarnt. Unter dem Slogan „It takes two to a“ wurde auf das gute Zusammenwirken von PKV und GKV abgestellt.

Ein besonderer Schwerpunkt der PKV-Informationskampagne war 2013 die Information der breiten Öffentlichkeit über die neuen Möglichkeiten der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung. Hierzu diente unter anderem das Anzeigenmotiv „Weil Sie später keinem auf der Tasche liegen wollen“, das in führenden Internet- und Printmedien geschaltet sowie in den Fluggastbrücken in Berlin/Tegel gezeigt wurde.

Wichtiger Bestandteil der Informationsarbeit zur geförderten Pflegezusatzversicherung war darüber hinaus eine Sonderzeitung, die der Tageszeitung „Die Welt“ sowie der „Welt am Sonntag“ beigelegt wurde und zudem von Interessierten als Sonderdruck bestellt werden konnte. Sie enthielt auf leicht verständliche Art alle wichtigen Informationen zum neuen Versicherungsprodukt sowie ein Interview mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zum Thema. Die Gesamtauflage betrug fast 1,5 Millionen Exemplare. Zudem wurde eine informative Fernsehwerbung zur geförderten Pflegezusatzversicherung produziert, die auf dem Nachrichtensender N24 geschaltet wurde.

Ergänzend zu den Schwerpunktthemen wurden auch im vergangenen Jahr anlassbezogenen Anzeigen geschaltet. So etwa zum 150-jährigen Bestehen der SPD im Februar 2013. Hier schaltete der PKV-Verband in der Parteizeitung „Vorwärts“ eine Anzeige in Form einer Geburtstagskarte mit dem Gruß „Alles Gute zum 150. Geburtstag, liebe SPD. Wir freuen uns auf viele weitere gemeinsame Jahre – Die Private Krankenversicherung und ihre 32 Millionen Versicherten.“

Anlässlich des Welt-AIDS-Tages am 1. Dezember wurde mit Anzeigen auf das große Präventions-Engagement der PKV in diesem Bereich aufmerksam gemacht.

Außerdem unterstützte der PKV-Verband auch im vergangenen Jahr den „Bundestagslauf“ im Berliner Tiergarten. An der Sportveranstaltung nahmen

Politiker, Mitarbeiter von Bundestagsabgeordneten sowie Vertreter gesellschaftlicher Institutionen teil. Der PKV-Verband war im gesamten Start-Ziel-Bereich der Veranstaltung als Hauptsponsor präsent.

PKV-Infostand

Der PKV-Verband war auch im vergangenen Jahr mit Informationsständen auf den Bundesparteitagen von CDU, CSU, SPD, FDP und Bündnis'90/Die Grünen vertreten. Der PKV-Stand mit seinem Angebot alkoholfreier Fruchtcocktails war auf den Parteitagen regelmäßig eine gefragte Anlaufstelle für Politiker, Journalisten sowie Vertreter von Institutionen und Unternehmen. Auch von den Gesprächsgelegenheiten mit Vertretern des Verbandes sowie den angebotenen Informationsbroschüren wurde bei allen Parteitagen umfangreich Gebrauch gemacht. Ein Schwerpunktthema war auch dort die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung.

Telefonaktionen

Im Jahr 2013 hat der Verband mit großer Unterstützung aus den Mitgliedsunternehmen knapp 20 Leser-Telefonaktionen bei verschiedenen Tageszeitungen durchgeführt. Das sind fast doppelt so viele wie im Vorjahr. Bei diesen Aktionen können Leser Fragen zur Privaten Krankenversicherung stellen, die Experten aus der Branche beantworten. Im Anschluss an die Telefonaktionen berichten die Zeitungen über die wichtigsten Fragen, die Antworten der Experten und allgemeine Informationen zur Privaten Krankenversicherung. Die Mitwirkung von Unternehmensvertretern vor Ort trägt dabei maßgeblich zur Beratungskompetenz bei, da diese auf ihre Erfahrungen aus der Praxis zurückgreifen können. Aus Sicht des Verbandes liegt der Vorteil vor allem darin, dass die PKV mit positiven Botschaften und sachlich richtigen Informationen ins Bewusstsein der Leser gerückt wird.

Interne Kommunikation

Die Abteilung Kommunikation des PKV-Verbandes ist vor allem auch Dienstleister der Mitgliedsunternehmen. So verschickt sie täglich von montags bis freitags bis spätestens 9 Uhr einen gesundheitspolitischen und branchenspezifischen Pressespiegel mit einem einordnenden, redaktionellen Kurzüberblick. Hinzu kommt donnerstags ein wöchentlicher Pressespiegel, der vertiefende Informationen bietet.

Darüber hinaus besteht in enger Zusammenarbeit zwischen dem Verband und den Pressestellen der Mitgliedsunternehmen ein funktionierendes „Frühwarnsystem“, das rasche und gegebenenfalls abgestimmte Reaktionen auf für die Branche relevante Themen in den Medien erlaubt. Das Zusammenwirken zwischen den Pressestellen des Verbandes und der Mitgliedsunternehmen hat sich sehr gut eingespielt, sodass bei gemeinsamen Themen gegenüber den Medien stets schnell reagiert werden konnte. Die Pressestellen der Mitgliedsunternehmen erhielten auch 2013 bei zahlreichen aktuellen Anlässen umfassende Argumentationspapiere, Hintergrundinformationen und Lageeinschätzungen des Verbandes. Die alljährliche Fachtagung mit den Pressesprechern der Mitgliedsunternehmen fand im Juni in Köln statt. Dort wurde vor allem die Kommunikationsstrategie des PKV-Verbandes vor dem Hintergrund der bevorstehenden

Bundestagswahl erörtert. Zudem wurde das komplett neu gestaltete PKV-Serviceportal „derprivatpatient.de“ mit seinem hohen praktischen Nutzwert für Privatversicherte präsentiert und die neue Struktur der Verbands-Internetseite pkv.de vorgestellt.

Relaunch des PKV-Serviceportals: www.derprivatpatient.de

Der PKV-Verband hat sein Internet-Angebot für Privatversicherte überarbeitet und zum Jahresbeginn 2013 das Serviceportal www.derprivatpatient.de komplett neu gestaltet. Damit reagierte der Verband auf ein verändertes Nutzungsverhalten, das neue Anforderungen an den technischen und gestalterischen Aufbau von Internet-Websites nach sich zieht. Die Neuausrichtung erfolgte entlang den heutigen Ansprüchen von Privatpatienten an Online-Dienste, die einerseits über den privaten Krankenversicherungsschutz informieren sollen und andererseits im Krankheitsfall auch praktische Unterstützung bieten können.

Bei der Neugestaltung wurde daher besonderer Wert auf die Aufbereitung der Informationen und die Benutzerfreundlichkeit der vier wichtigsten Serviceangebote gelegt: die Arzt-Suche, die Krankenhaus-Suche, die Arzneimittel-Suche und die PKV-Prüfungssoftware für Arztrechnungen. Hierfür wurde ein modernes und attraktives Design entworfen, das neuesten Erkenntnissen über intuitive Nutzungsmöglichkeiten entspricht. In Zukunft lassen sich über die Suchangebote ambulante und stationäre Leistungserbringer sowie Informationen zu Arzneimitteln noch einfacher finden und miteinander vergleichen. Mit zwei Sonderseiten erhalten Privatpatienten zudem ausführliche Informationen zu den PKV-Qualitätspartnerschaften mit Privatkliniken sowie zur Reha-Kompetenzpartnerschaft mit der Deutsche Rentenversicherung Bund.

2.3 Präventions-Engagement der PKV

Die eigene Gesundheit erhalten, den Ausbruch einer Krankheit verhindern – für die allermeisten Menschen sind dies wichtige Ziele in ihrem Leben. Gute Prävention setzt hier an. Sie gibt den Menschen Hinweise an die Hand, welches Verhalten sich schädlich auf ihre Gesundheit auswirken könnte und mit welchen Maßnahmen sie den eigenen Gesundheitszustand und damit auch die Lebensqualität erhalten oder sogar verbessern können. Besonders effektiv sind diejenigen Präventionsmaßnahmen, die nicht nur das Bewusstsein verändern, sondern sich auch auf das Verhalten des Einzelnen auswirken. Letztlich tragen präventive Maßnahmen dazu bei, Gesundheitsausgaben – die individuellen wie diejenigen der Allgemeinheit – einzusparen.

Mit seinem nachhaltigen Präventions-Engagement stellt sich der Verband der Privaten Krankenversicherung seiner gesamtgesellschaftlichen Verantwortung. Doch durchaus auch aus wirtschaftlichen Gründen investiert die PKV, als Treuhänder der Beitragsgelder ihrer Versicherten, über 13,5 Millionen Euro jährlich in die Prävention.

Seit vielen Jahren bereits engagiert sich der Verband maßgeblich in zwei sensiblen Bereichen, und zwar in der Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten („Mach's mit“-Kampagne der BZgA, Deutsche AIDS-Stiftung) und beim Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen („Alkohol? Kenn dein Limit.“-Kampagne der BZgA).

„Mach's mit“: BZgA-Kampagne gegen HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten

Eine Infektion mit HIV verursacht neben großem menschlichem Leid auch erhebliche Kosten im Gesundheitssystem. Die Behandlung entspricht in der Privaten Krankenversicherung im Durchschnitt Kosten in Höhe von etwa 20.000 Euro pro Jahr und Person. Dieses Geld – geschätzt rund 500.000 Euro über die gesamte Lebenszeit – fehlt dann an anderer Stelle im Gesundheitswesen. Die Private Krankenversicherung engagiert sich deshalb seit vielen Jahren, die Ansteckung mit dem HI-Virus zu verhindern und die Weitergabe der Infektionskrankheit zu stoppen. Die Aufklärungskampagne gegen HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten ist für die Private Krankenversicherung aber auch aus einem weiteren Grund wirtschaftlich sinnvoll. Denn während der Anteil der HIV-Neuinfizierten unter den gesetzlich Versicherten Personen bei 4,94 je 100.000 Personen liegt, waren dies unter den PKV-Versicherten zuletzt 7,24 Personen. In den letzten acht Jahren ist aber ein leicht rückläufiger Trend zu beobachten: Während die Anzahl der Vollversicherten von 8,26 auf 8,96 Millionen Versicherten stieg, schwankte die Zahl der bekannt gewordenen Neuinfektionen pro Jahr zwischen 750 und 680 Fällen, mit leicht abnehmender Tendenz. Mit lediglich 649 Fällen bei Privatversicherten erreichte die Neuinfektionsrate 2012 erfreulicherweise den niedrigsten Wert seit 2004. Unter allen Versicherten hingegen stiegen die Erstdiagnosen um knapp 10 Prozent auf bundesweit 2.954 Fälle im Jahr 2012. Berichte über Heilungschancen und bessere Behandlungsmethoden haben offensichtlich das individuelle Schutzverhalten teilweise verringert. Damit hier keine falsche Sorglosigkeit entsteht, ist eine Fortführung und Weiterentwicklung der Präventionsaktivitäten unerlässlich.

Der Schwerpunkt des Engagements gegen HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten lag seitens der PKV auch 2013 in der Förderung der „Mach's mit“-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Durch die Sponsoringvereinbarung, die 2005 erstmalig geschlossen und 2010 um weitere fünf Jahre verlängert wurde, ermöglicht die Private Krankenversicherung mit 3,2 Millionen Euro jährlich die Fortführung der BZgA-Projekte. Die „Mach's mit“-Kampagne wurde international mehrfach ausgezeichnet und gilt als bekannteste sowie erfolgreichste deutsche Präventionskampagne überhaupt. Mit ihrem Engagement in Form einer privat-öffentlichen Partnerschaft sichert die PKV die langfristige Ansprache der Öffentlichkeit vor allem durch aufmerksamkeitsstarke Massenkommunikation: Neben der Großflächenplakatierung standen auch 2013 die Werbung im Internet sowie die Ansprache über Fernseh- und Kinospots im Zentrum der BZgA-Aufklärungsarbeit.

Hilfe für HIV-Infizierte: Deutsche AIDS-Stiftung

Seit 1987 setzt sich der Verband der Privaten Krankenversicherung für bessere Lebensbedingungen von HIV-Infizierten ein. Als Gründungsmitglied der Deutschen AIDS-Stiftung unterstützt der PKV-Verband die Arbeit der Stiftung, Betroffenen in Not individuell und über Projektförderungen zu helfen. Die Stiftung unterstützt zudem viele Projekte des betreuten Wohnens, für die Einrichtung von Treffpunkten und Cafés oder für die Organisation von Krankenreisen. Seit dem Jahr 2000 unterstützt die Deutsche AIDS-Stiftung neben ihrem Engagement in Deutschland auch beispielhafte Hilfsprojekte weltweit.

Die PKV spendete 2013 erneut 300.000 Euro an die Deutsche AIDS-Stiftung. Mit diesen Mitteln unterstützt die Private Krankenversicherung nicht nur die

institutionelle Hilfe für HIV-Infizierte, AIDS-Erkrankte und ihre Familien. Ein erheblicher Teil der Mittel floss 2013 erneut in die Förderung von Projekten für HIV-positive Migranten und ihre Familien. Eine Vielzahl der unterstützten Personen kam analog zu der Verbreitung der HIV-Epidemie aus dem südlichen Afrika.

„Alkohol? Kenn dein Limit.“: BZgA-Kampagne gegen Alkoholmissbrauch von Jugendlichen

Die Gefahren übermäßigen Alkoholkonsums werden nach wie vor unterschätzt. Die Zahl der 10- bis 20-Jährigen, die stationär im Krankenhaus wegen einer Alkoholvergiftung behandelt werden mussten, erreichte 2012 mit 26.673 Fällen einen neuen Höchststand. Dabei ist das Trinkverhalten später umso riskanter, je früher Kinder und Jugendliche mit Alkohol in Berührung kommen. Vor allem die Pubertät hat Einfluss auf ein späteres Suchtverhalten. So wirken sich Erfolge bei Jugendlichen mittelfristig auch in der erwachsenen Bevölkerung aus. Die Kosten des Alkoholmissbrauchs für die Allgemeinheit werden auf rund 27 Milliarden Euro jährlich geschätzt.

Der PKV-Verband hat im Herbst 2013 entschieden, die Laufzeit der 2009 gestarteten Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung um weitere fünf Jahre zu verlängern. Die Kampagne will junge Menschen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol motivieren und riskantes Trinkverhalten verhindern. Mit jährlich 10 Millionen Euro ist sie die größte deutsche Kampagne zur Alkoholprävention. Neben der Ansprache über Massenkommunikation wie Großflächenplakatierung sowie Fernseh- und Kinospots enthält die Kampagne auch Aktionen nach dem so genannten Setting-Ansatz direkt in den Zielgruppen: Vierzig jugendliche Botschafter („Peer-Educators“) besuchen regelmäßig Musik- und Sportfestivals und sind in Einkaufszonen der Innenstädte aktiv. So erreichen die Peers jährlich mehr als 36.000 Jugendliche, bei denen diese persönlichen Gespräche große Akzeptanz finden.

Um die Aufklärung gegen Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen auch stärker vor Ort zu verankern, fand 2012/2013 erstmalig der Bundeswettbewerb Alkoholprävention statt, mit dem acht Jugendprojekte aus verschiedenen Bundesländern geehrt wurden. Mit dem ausgelobten Preisgeld soll es den

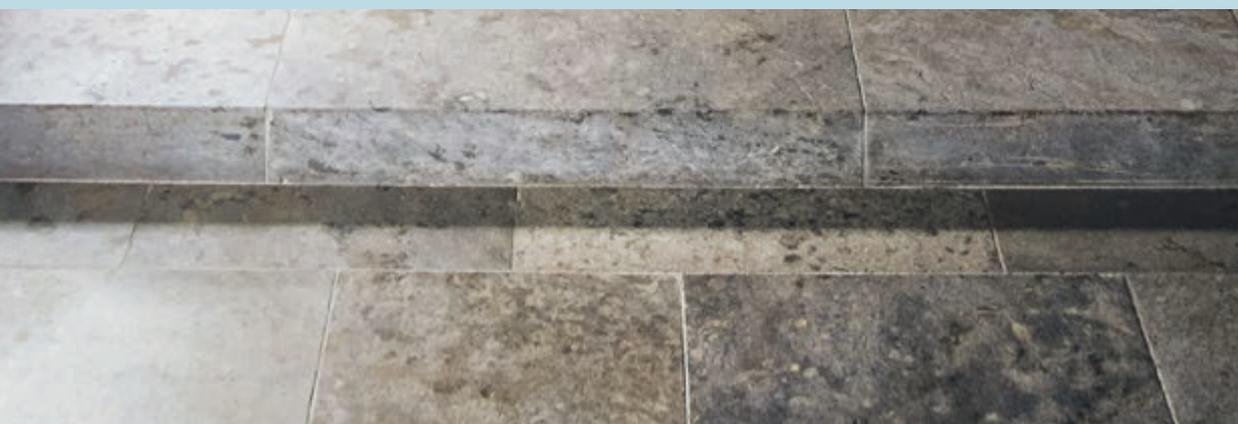


Initiatoren erfolgreicher Projekte leichter fallen, ihr Engagement fortzuführen und weiterzuentwickeln, wobei die ausgezeichneten Projektideen wiederum als Vorbild und Anregung für weitere Akteure dienen.

Ergänzend zu seiner Kooperation mit der BZgA führte der PKV-Verband 2013 zudem erstmalig Alkoholpräventionstage an Schulen durch. In mehreren Bundesländern fanden Veranstaltungen gezielt für Acht- und Zehntklässler statt.



3. Entwicklungen im Leistungsbereich



3.1 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte

Trotz Rückschlägen (vgl. Rechenschaftsbericht 2012, Seite 47) haben Bundesärztekammer (BÄK) und PKV-Verband ihre seit Jahren (vgl. Rechenschaftsberichte 2010, Seite 53 ff. und 2011, Seite 51) mit dem Ziel, einen gemeinsamen Vorschlag für die Novellierung der GOÄ zu erarbeiten, geführten Gespräche fortgesetzt. Mit der Unterzeichnung einer „Rahmenvereinbarung“ im November 2013 konnte jetzt ein Durchbruch erzielt werden. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Ulrich Montgomery, und der Vorsitzende des PKV-Verbandes, Uwe Laue, nahmen den Abschluss der Vereinbarung zum Anlass, an die Koalitionsunterhändler von Union und SPD zu appellieren, die Novellierung der Gebührenordnung als prioritäres Vorhaben auf ihre gesundheitspolitische Agenda zu setzen. Mit der geschlossenen Vereinbarung konnten BÄK und PKV-Verband unter Beweis stellen, dass sie willens und in der Lage sind, eine gemeinsame Lösung für die Neugestaltung der GOÄ zu entwickeln.

Mit der Rahmenvereinbarung setzen Ärzteschaft und PKV die Eckpunkte für die Entwicklung eines gemeinsamen Novellierungsvorschlages. In ihr sind konkrete Zeitvorgaben und Zielvereinbarungen festgelegt. So soll möglichst bis Ende 2014 eine gremienreife Entwurfsfassung der neuen GOÄ vorliegen. Zudem sieht das Papier Festlegungen für die Gründung einer Gemeinsamen Kommission zur Novellierung, Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ vor. Außerdem soll eine Datenstelle eingerichtet werden.

Die Vereinbarungspartner sind sich darüber hinaus einig, dass die Bewertung der ärztlichen Leistungen unter Heranziehung von Kostendaten und unter Berücksichtigung der medizinischen Leistungserbringung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen neu vorzunehmen ist. Die Gebührenordnung bleibt als eigenständige Abrechnungsgrundlage für privatärztliche Leistungen erhalten und wird als umfassende Abbildung des gesamten ärztlichen Leistungsspektrums konzipiert. Zur Vermeidung unerwünschter bzw. unbegründeter Honorarentwicklungen ist eine geeignete Risikosteuerung vorgesehen.

BÄK und PKV-Verband konstatieren in der Rahmenvereinbarung, dass die GOÄ seit 1982 nur in Teilbereichen aktualisiert worden ist. Wichtige Bereiche der Medizin sind im Gebührenverzeichnis auf dem Stand vom Ende der 1970er Jahre abgebildet. Deshalb ist es zwischen den Vereinbarungspartnern unstrittig, dass eine umfassende Überarbeitung der GOÄ im Interesse der Patienten und aller anderen Beteiligten geleistet werden muss. So verständigten die Vertragspartner sich auch auf eine gemeinsam getragene Qualitätsoffensive, mit der die privatärztliche Versorgung weiter verbessert werden soll.

BÄK und PKV-Verband haben ein großes Interesse, dass die Beihilfe der Rahmenvereinbarung beitrifft und in den in der Vereinbarung angesprochenen Gremien mitwirkt.

Im Folgenden wird die zwischen BÄK und PKV-Verband geschlossene Vereinbarung im Wortlaut wiedergegeben:

Gespräche zwischen
PKV-Verband und BÄK
fortgesetzt

Rahmenvereinbarung

Wortlaut der Vereinbarung

Vorbemerkung

Der PKV-Verband und die BÄK schließen die nachfolgende Vereinbarung mit dem Ziel, dass die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften – nachfolgend Beihilfe genannt – dieser Vereinbarung durch Erklärung ihres Einverständnisses beitreten. Zu diesem Zweck hat der PKV-Verband die Beihilfe bereits in den Prozess der Abstimmung dieser Vereinbarung einbezogen. Die Vereinbarungspartner werden die Vereinbarung der zukünftigen Bundesregierung mit der Bitte um Zustimmung zur Prüfung vorlegen. Beide Vereinbarungspartner würden eine integrale Mitwirkung der Beihilfe an der Novellierung der GOÄ und in den in dieser Rahmenvereinbarung bereits angesprochenen Gremien und Strukturen sehr begrüßen. Vor diesem Hintergrund hat die Beihilfe im Text der vorliegenden Vereinbarung neben den beiden Vereinbarungspartnern eine gleichberechtigte Erwähnung gefunden.

Präambel

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist seit 1982 nur in Teilbereichen, zuletzt im Jahre 1996, aktualisiert worden. Wichtige Bereiche der Medizin sind im Gebührenverzeichnis der GOÄ auf dem Stand vom Ende der 1970er Jahre abgebildet. Es ist zwischen BÄK und PKV-Verband daher unstreitig, dass eine umfassende Überarbeitung der GOÄ im Interesse der Patienten und aller anderen Beteiligten geleistet werden muss.

Mit der Novellierung der GOÄ wird eine moderne Gebührenordnung geschaffen, die eine Referenz für die Abbildung und Vergütung ärztlicher Leistungen bildet und die die privatärztliche Abrechnung durch Beseitigung der sich mit der bisherigen seit 1982 in wesentlichen Belangen unverändert gebliebenen Fassung der GOÄ ergebenden Unschärfen vereinfacht und entbürokratisiert.

Einverständnis besteht auch insoweit, als es beidseitig als unbedingt notwendig angesehen wird, die Bewertung der ärztlichen Leistungen (d. h. sowohl der ärztlichen als auch aller nichtärztlichen Leistungskomponenten) unter Heranziehung von Kostendaten und unter Berücksichtigung der medizinischen Leistungserbringung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen neu vorzunehmen. Dabei besteht Einigkeit darüber, dass die Gebührenordnung als eigenständige Abrechnungsgrundlage für privatärztliche Leistungen erhalten bleibt. Sie wird als umfassende Abbildung des gesamten ärztlichen Leistungsspektrums konzipiert und gibt im Sinne einer Referenzgebührenordnung Orientierung für andere Abrechnungssysteme. Dies setzt voraus, dass – anders als in der Vergangenheit – mit dem medizinischen Fortschritt und dem aktuellen Stand der Kostenentwicklung zeitnah eine regelmäßige Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses erfolgt.

BÄK und PKV-Verband werden eine möglichst baldige und umfassende Überarbeitung der GOÄ durchführen. Sie nehmen damit gemeinsam auf die Ausgestaltung einer neuen GOÄ und der damit einhergehenden gesetzlichen Neuregelungen Einfluss und werden zu diesem Zweck dem Ordnungsgeber und dem im Ordnungsverfahren federführenden Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen gemeinsamen Vorschlag für eine neue GOÄ vorlegen.

Die BÄK und der PKV-Verband vereinbaren Grundsätze und Vorgaben zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und zum Aufbau einer den Gesetz- und Ordnungsgeber bei der Novellierung und fortlaufenden Weiterentwicklung

und Pflege der GOÄ unterstützenden Gremien- und Beschlussinfrastruktur auf Selbstverwaltungsebene.

Ziele dieser Novellierung der GOÄ sind die Gewährleistung der ambulanten und stationären privatärztlichen Versorgung der durch eine private Krankenversicherung, die Beihilfe und sonstige Kostenträger krankenversicherten und selbstzahlenden Personen auf einem dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechenden Leistungs- und Qualitätsniveau durch eine für die zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten sowie für die Kostenträger transparente Abbildung und eine angemessene Vergütung der beruflichen Leistungen der Ärzte gemäß § 1 Absatz 1 GOÄ; dabei ist gemäß § 11 Satz 3 BÄO den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.

Die vorliegende Rahmenvereinbarung dient der Vorbereitung der Entwicklung dieses gemeinsamen Novellierungsvorschlags. Sie dokumentiert den Willen der Vertragspartner, frühzeitig Positionen zu zentralen Gestaltungselementen und Regelungen einer neuen GOÄ abzustimmen. Damit wird eine Grundlage für die anschließende Detailarbeit geschaffen, die auf das Ziel gerichtet ist, einen ausformulierten, den Paragraphenteil und das Gebührenverzeichnis umfassenden Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte zu erarbeiten sowie Vorschläge für ggf. erforderliche Änderungen des gesetzlichen Rahmens zu unterbreiten.

Von der Rahmenvereinbarung soll das Signal ausgehen, dass BÄK und PKV-Verband willens und in der Lage sind, zum Wohle aller, insbesondere auch der durch eine private Krankenversicherung, die Beihilfe oder sonstige Kostenträger krankenversicherten und selbstzahlenden Personen, eine gemeinsame Lösung für die Neugestaltung der GOÄ und die damit zusammenhängende Anpassung des ärztlichen Gebührenrechts (insbesondere notwendige Anpassungen der BÄO zur Einrichtung einer Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ und einer gemeinsamen Datenstelle zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ) zu entwickeln. Damit wird gemeinsam der Anspruch erhoben, einen umfassenden und tragfähigen Vorschlag zur Weiterentwicklung der privatärztlichen Versorgung vorzulegen.

Im Folgenden werden die zwischen BÄK und PKV-Verband konsentierten Positionen zu den eine neue GOÄ prägenden Kernpunkten dargestellt. Es werden klare Zielvorgaben festgelegt. Die weitere Ausarbeitung soll im Anschluss an diese Vereinbarung gemeinsam und im Konsens erfolgen.

Zur Unterstützung des Verordnungsgebers sowie im Hinblick auf den notwendigen Interessenausgleich und die fachliche und wissenschaftliche Fundierung vereinbaren die BÄK und der PKV-Verband unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Legitimierung durch den Gesetzgeber und in deren Nachgang gegebenenfalls notwendiger Anpassungen ihrer Satzungen die Gründung einer Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ mit Datenstelle im Sinne einer Selbstverwaltungslösung von Ärzteschaft und Kostenträgern, die sich die Novellierung, Weiterentwicklung und Pflege der ärztlichen Gebührenordnung zur Aufgabe macht und dem BMG bzw. dem Gesetz- und Verordnungsgeber diesbezüglich Empfehlungen gibt. Auch hierzu werden in der vorliegenden Rahmenvereinbarung Festlegungen getroffen.

1. Ausgestaltung der neuen GOÄ im angemessenen Interessenausgleich

Die Positionen der BÄK einerseits und der PKV/Beihilfe andererseits zur Differenzierung, Struktur, Legendierung und Bewertung des Gebührenverzeichnisses und der Gebührenpositionen werden unter Beachtung der in der Präambel festgelegten Ziele in einen fairen und angemessenen, inhaltlich, medizinisch und ökonomischen plausiblen Interessenausgleich gebracht.

Die neue GOÄ wird wie die bisherige GOÄ als Einzelleistungsvergütung angelegt. Im Falle der regelhaften Kombination von Einzelleistungen in der Patientenversorgung können entsprechende arzt- und ablaufbezogene Leistungskomplexe gebildet werden. Soweit dies einer angemessenen Leistungsvergütung im Einzelfall nicht entgegen steht, können in die Leistungskomplexe neben obligat zu erbringenden Einzelleistungen auch fakultativ zu erbringende Einzelleistungen mit einbezogen werden. Werden neben Gebührenpositionen für Leistungskomplexe auch Gebührenpositionen für in Leistungskomplexen enthaltene Einzelleistungen festgelegt, ist eine ungerechtfertigte Nebeneinander- oder Mehrfachberechnung der jeweiligen Einzelleistungen über Abrechnungsbestimmungen, Leistungslegenden und Berechnungsausschlüsse in geeigneter Weise auszuschließen (Stärkung des Zielleistungsprinzips nach § 4 Absatz 2a GOÄ).

2. Bewertung, förderungswürdige Maßnahmen und Gebührenrahmen

Die Leistungsbewertungen der neuen GOÄ werden mit nicht unterschreitbaren sogenannten robusten Einzelsätzen festgelegt. Der robuste Einzelsatz entspricht der Summe der Bewertung der ärztlichen Leistungskomponente und dem „Marktpreis“ für den im Standard anfallenden Aufwand der in einer Gebührenziffer dargestellten nichtärztlichen Leistungskomponenten. Dieser Standard orientiert sich am Durchschnitt des bei hoher Leistungsqualität und wirtschaftlicher Leistungserbringung für die nichtärztlichen Leistungskomponenten anfallenden Aufwands. Ergänzendes hierzu werden BÄK und PKV-Verband/Beihilfe im Bedarfsfall separat vereinbaren. Der robuste Einzelsatz wird mit Hilfe einer Kostenträgerzeitrechnung auf Basis des zu einem gemeinsamen Integrationsmodell weiterzuentwickelnden Modells der Bundesärztekammer für ärztliche Leistung, Personaleinsatz, technische Ausstattung und anfallende Kosten für Raummiete etc. betriebswirtschaftlich kalkuliert. Der im Modell der Bundesärztekammer enthaltene „Meritorikfaktor“ wird nicht übernommen. Ersatzweise werden sich Bundesärztekammer und PKV-Verband/Beihilfe auf eine angemessene Förderung besonders förderungswürdiger Leistungen bzw. Tatbestände verständigen.

Dabei werden beide Seiten im Einvernehmen Lösungen zur modellhaften Erprobung und Evaluation von Elementen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität entwickeln. Die sich hierbei bewährenden Elemente werden schnellstmöglich in die GOÄ überführt.

Bei Begründung der besonderen Schwere im Einzelfall, die insbesondere die ärztliche Leistung, aber auch andere Bereiche wie z. B. Nutzungszeit von Geräten oder Räumlichkeiten betreffen, kann der robuste Einzelsatz gesteigert werden. Die Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ macht präzisierend zu den Kriterien nach § 5 Absatz 2 GOÄ zu den zulässigen Ursachen und dem Umfang der Anwendung eines Steigerungssatzes sowie zur

Notwendigkeit und Inhalt deren Begründung allgemeine und leistungs(gruppen) bezogene Vorgaben.

3. Zeitbezogene Gebührenpositionen

In geeigneter Weise werden zeitbezogenen Gebührenpositionen in das Gebührenverzeichnis integriert und – soweit erforderlich – bei der Abfassung der Leistungslegenden die Umsetzung des Zeitleistungsprinzips weiter konkretisiert.

4. Laborleistungen

Die BÄK und der PKV-Verband/die Beihilfe entwickeln im Rahmen der neuen GOÄ ein Laborkapitel unter besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Leistungskomponente, aktueller Kostenentwicklungen und einer rechtssicheren und wirtschaftlichen Regelung der Zuweiserpraxis/Beziehbarkeit von Laborleistungen.

5. Analogbewertungen

Zur verzögerungsfreien Abbildung innovativer und nicht in der GOÄ abgebildeter Leistungen wird das Instrument der Analogbewertung im Rahmen der Novellierung der GOÄ fortgeschrieben.

Dabei wird die Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ Vorgaben zur Handhabung der Analogabrechnung und zur möglichst frühzeitigen Überführung von Analogbewertungen für innovative Leistungen in eigene GOÄ-Gebührenpositionen festlegen und in geeigneter Weise veröffentlichen.

6. Wahlärztliche Vergütung / Wahlarztkette und persönliche Leistungserbringung

Die wahlärztliche Vergütung/Wahlarztkette wird unter folgender Prämisse beibehalten:

Hinsichtlich der Vertretung des Wahlarztes/der Wahlärztin wird konkretisiert, dass diese durch eine/n in der Wahlleistungsvereinbarung auszuweisenden Vertretungsärztin/-arzt erfolgt, welche/r die erforderliche Qualifikation für die Erbringung der Leistung erfüllt, d. h. „wie vom Wahlarzt/Wahlärztin erbracht“.

Dabei sind auch Regelungen zur Gesamtverantwortung des Wahlarztes

- für die persönliche Leistungserbringung, ihre/seine Vertretung und Delegation,
- in Bezug auf die Hinzuziehung einer/s besonders qualifizierten Ärztin/Arztes für die Erbringung besonderer Leistungen und
- für die Autorisierung der sachlich korrekten Rechnungslegung

zu treffen.

Zur Frage der Zulässigkeit der Abrechnung von Wahlleistungen und der Delegation wahlärztlicher Leistungen an im Krankenhaus tätige nicht am Krankenhaus angestellte Honorarärzte streben BÄK und PKV-Verband/Beihilfe eine rechtliche Klärung an.

7. Schnittstelle zur Vergütung von Krankenhausleistungen

An den bestehenden Prinzipien und Regelungen zur pauschalen Honorarminde- rung zur Vermeidung von Doppelvergütungen im Zusammenhang mit den vom Krankenhaus abgerechneten Vergütungen gemäß KHEntgG bzw. BPfIV bei stati- onärer wahlärztlicher oder stationärer belegärztlicher Behandlung wird vor dem Hintergrund der durch eine Novellierung der GOÄ nicht beeinflussbaren dies- bezüglichen gesetzlichen Regelungen der Krankenhausfinanzierung zunächst festgehalten. Unabhängig davon sind die pauschalen Abschlagssätze auf Basis der neuen GOÄ-Kalkulation zu überprüfen und ggf. anzupassen.

BÄK und PKV-Verband/Beihilfe wenden sich an den Gesetzgeber mit dem Ziel, dass Wege und Fristen zu einer leistungsgerechten Verknüpfung zwischen der Vergütung für Krankenhausleistungen und der GOÄ vereinbart werden.

8. Novellierung und Weiterentwicklung der GOÄ auf Selbstverwaltungsebene

Durch die Novellierung und eine künftig fortlaufende Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ wird eine zeitnahe und angemessene Berücksichtigung des Fortschritts der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie damit verbun- dener Qualitätsstandards, zukünftiger Kostenentwicklungen und zukünftiger Änderungen der Morbidität (insbesondere neue Krankheitsbilder) gewährleistet.

Zur Novellierung und Weiterentwicklung der GOÄ richten die BÄK und PKV- Verband/Beihilfe eine paritätisch mit Vertretern der BÄK einerseits und des PKV-Verbandes/der Beihilfe andererseits besetzte Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ für privatärztliche Leistungen ein, welche ihre Beschlüsse im Einvernehmen der beiden Parteien fasst und die sich zur Durchführung von Datenanalysen einer gemeinsamen Datenstelle bedient.

Die Letztverantwortung für die Novellierung und Weiterentwicklung der GOÄ entsprechend der von der Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterent- wicklung der GOÄ beschlossenen Vorschläge verbleibt bei der Bundesregierung bzw. beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG):

Das BMG und ein/e Vertreter/in der Länder haben in den Sitzungen der Gemein- samen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ ständiges Gast- recht. Im Falle der Nichteinigung der Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ kann das BMG ein Vermittlungsverfahren durchfüh- ren und trifft das BMG die Entscheidung.

Die Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ führt ein regelmäßiges Monitoring zur Überprüfung der Auswirkungen der Novellie- rung der GOÄ und deren anschließenden Pflege und Weiterentwicklung durch. Sie unterbreitet kontinuierlich Vorschläge zur Anpassung und Weiterentwick- lung der GOÄ, insbesondere werden

- Fehlbewertungen unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung und der Entwicklung von Kennzahlen von PKV und Beihilfe sowie der Ergebnisse von Analysen der Honorarentwicklung auf Grundlage eines vereinbarten Regel- werkes untersucht und korrigiert,
- relevante Analogbewertungen identifiziert und Vorschläge zu deren Überfüh- rung in die GOÄ unterbreitet,

- Vorschläge für eine angemessene Abbildung des medizinischen Fortschritts und des gemeinsamen Qualitätsanliegens der Beteiligten vorgelegt,
- Interpretationen der Abrechnungsbestimmungen der GOÄ vorgenommen und
- Vorschläge zu deren Anpassung entwickelt.

Zur gesetzlichen Legitimation und den Einzelheiten der Arbeit der Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ und der Datenstelle wenden sich BÄK und der PKV-Verband/Beihilfe mit gemeinsamen Vorschlägen an die Bundesregierung bzw. das BMG und treffen gesonderte Vereinbarungen. Diese umfassen insbesondere die Zurverfügungstellung der Daten, die vorzunehmenden Standardauswertungen, die personelle und sachliche Ausstattung, die Geschäftsführung und die Geschäftsordnung sowie die Rechtsform und die Finanzierung der Arbeit der Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ und der Datenstelle.

9. Honorarentwicklung und Risikosteuerung

Die BÄK und PKV-Verband/Beihilfe werden vor Inkrafttreten der GOÄ festlegen, von welchem Honorarzuwachs (prozentual) über sämtliche Leistungsbereiche hinweg innerhalb der ersten 36 Monate nach Inkrafttreten der neuen GOÄ, d. h. in der Einführungsphase bis zum „eingeschwungenen Zustand“, sie ausgehen.

Zur Vermeidung unerwünschter bzw. unbegründeter Honorarentwicklungen vereinbaren BÄK und PKV-Verband/Beihilfe geeignete Maßnahmen zur Erfassung der Auswirkungen der Novellierung und der an die Einführungsphase anschließenden Weiterentwicklung der GOÄ. Die Risikominimierung erfolgt durch eine frühzeitige Identifikation und Korrektur unerwünschter bzw. unbegründeter Honorarentwicklungen auf Basis eines gemeinsamen Regelwerks vorabgestimmter Wenn-Dann-Analysen der Datenstelle.

Das Regelwerk gibt verbindliche Maßnahmen vor, wie zu verfahren ist, um eine unerwünschte oder unbegründete Honorarentwicklung zu korrigieren. Die Anwendung des Regelwerkes kann nicht zum Gegenstand eines Schlichtungsverfahrens gemacht werden.

10. Förderung der Qualität in der privatärztlichen Versorgung

BÄK und PKV-Verband/Beihilfe verständigen sich über die Details einer gemeinsam getragenen Qualitätsoffensive mit u. a. folgenden Inhalten:

- a. Konkretisierung der persönlichen Leistungserbringung (vgl. Nr. 6)
- b. Qualifikations-, Ausstattungs- und Strukturvoraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung von hochkomplexen Leistungen und der Behandlung von hochkomplexen Fällen
- c. Abgabe gemeinsamer Bewertungen zur medizinischen Notwendigkeit innovativer Leistungen für die Patienteninformation und als Basis für unternehmensindividuelle Entscheidungen zu Leistungseinschluss/-ausschluss über die Versicherungsbedingungen
- d. Gemeinsame, auch speziell themenbezogene Initiativen zur Kommunikation der medizinischen Notwendigkeit z. B. von Impfungen und Primärprävention/Vorsorge, inklusive Kommunikation einer gemeinsamen Bewertung zu einem Mindestleistungskatalog für die Versorgung in der privaten Krankenversicherung/Beihilfe.

11. Weiteres Vorgehen

Die BÄK und PKV/Beihilfe bilden eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit den folgenden Zielen:

- a. Einigung auf die GOÄ-Kalkulationsmethodik, Modellstruktur und Kostenbeteiligung an der Modellentwicklung bis zum 31.12.2013
- b. Einigung auf Vorschläge der für die Realisierung der neuen GOÄ notwendigen gesetzlichen Grundlagen, insbesondere durch Anpassung der BÄO, sowie Entwürfe für darüber hinaus notwendige vertragliche Vereinbarungen zur Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ und zur Datenstelle bis zum 31.12.2013
- c. Einigung auf eine gremienreife Entwurfsfassung der neuen GOÄ, insbesondere inklusive Leistungslegenden, Punktzahlen und Punktwerten bis möglichst zum 31.12.2014.

Sobald die gremienreife Entwurfsfassung der neuen GOÄ vorliegt, werden nach gemeinsamen Vorgaben der BÄK und PKV/Beihilfe Simulationsrechnungen angefertigt, die eine Abschätzung der Auswirkungen einer Einführung der neuen GOÄ auf die Honorarentwicklung ermöglichen.

Die BÄK und die PKV/Beihilfe werden nach Abschluss der Rahmenvereinbarung eine weitere gemeinsame Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung detaillierter Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der privatärztlichen Versorgung auf Basis der vorgenannten Eckpunkte nach Nr. 10 einsetzen.

In enger Gesprächstaktung bemühen sich BÄK und PKV-Verband derzeit, die Vorgaben der Rahmenvereinbarung umzusetzen. Die Kontakte sind geprägt vom gemeinsamen Willen, insbesondere das ambitionierte Ziel zu erreichen, bis Ende des Jahres 2014 den Entwurf eines gemeinsamen Novellierungsvorschlags vorzulegen.

Kommentierung des PKV-Verbandes zu praxisrelevanten Analognummern

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hat schon beim Inkrafttreten ihrer jetzigen und früherer Fassungen nicht den Anspruch erhoben, das ärztliche Leistungsspektrum vollständig abzubilden. Lücken im Gebührenverzeichnis (GV), also dem Teil der GOÄ, in dem die Leistungen der Ärzte in Form von einzelnen Gebührenpositionen erfasst sind, werden aber natürlich mit der Zeit größer, weil der Verordnungsgeber bei der Aktualisierung der GOÄ mit der rasanten Weiterentwicklung der Medizin bei Weitem nicht Schritt hält. Derzeit stammt der „neueste“ Teil des GV vom Anfang der 90er Jahre und der Rest vom Ende der 70er. Vor diesem Hintergrund hat die Regelung des § 6 Absatz 2 GOÄ erhebliche, ständig wachsende Bedeutung. Die Vorschrift lautet:

„Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.“

Wird von dieser Regelung Gebrauch gemacht, spricht man von „Analogabrechnungen“. Es wird damit seitens des Verordnungsgebers dafür Sorge getragen, dass im Geltungsbereich der GOÄ jede ärztliche Leistung nach den Regeln dieser Gebührenordnung berechnungsfähig ist. Die Regelung ist grundsätzlich notwendig und sinnvoll. Wird allerdings eine Gebührenordnung derart lange

nicht überarbeitet, wie es bei der derzeit geltenden GOÄ der Fall ist, wird der Anwendungsbereich des § 6 Absatz 2 GOÄ so groß, dass der Ordnungsgeber in weiten Bereichen das Recht (und die Pflicht) aufgibt, die Vergütungen für die ärztlichen Leistungen verbindlich zu regeln. Die Schutzfunktion, die die GOÄ

für den Patienten haben soll, wird ausgehöhlt, wenn in großer Zahl die Gebühren von den Ärzten selbst bzw. von auf Rechnungsoptimierung ausgerichteten Abrechnungsfirmen, deren Dienste die Ärzte in Anspruch nehmen, bestimmt werden. Leider müssen die Kostenträger feststellen, dass in der Praxis in zunehmendem Maße Analogabrechnungen missbräuchlich erfolgen. Es wird das Vorhandensein von Lücken im GV behauptet, wo keine sind und/oder es werden die Vergleichskriterien der gesetzlichen Regelung („Art, Kosten- und Zeitaufwand“) in gebührenrechtswidriger Weise extensiv interpretiert. Nicht ignoriert werden darf aber bei der Anwendung des § 6 Absatz 2 GOÄ insbesondere, dass nur selbstständige ärztliche Leistungen analog berechnet werden können. Ist eine Leistung ein Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer im GV erfassten anderen Leistung (§ 4 Absatz 2a GOÄ), fehlt es aber an einer solchen Selbstständigkeit (sogenanntes Zielleistungsprinzip).

Um Fehlentwicklungen bei analogen Abrechnungen entgegenzuwirken, hat der PKV-Verband wegen der Häufigkeit ihrer Anwendung praxisrelevante Analogabrechnungen in der auf den Originalrechnungen präsentierten Form auf ihre Konformität mit den Kriterien nach § 6 Abs. 2 GOÄ geprüft und die Analogpositionen entsprechend in einer tabellarischen Aufstellung kommentiert. Die Liste wird fortlaufend gepflegt und ergänzt.

Der jeweilige Bearbeitungsstand ist am Datum erkennbar. Bei der Bewertung wird dem Prinzip entsprochen, dass die Bestimmungen der jeweils originären GOÄ-Nummer (Allgemeine Bestimmungen, Abrechnungsbestimmungen, Leistungstexte wie z. B. Zeitdauer, Anzahl und Steigerungsfaktor) auch für den Analogabgriff gelten.

Die Erörterung bestimmter Analogpositionen bedeutet nicht, dass die der Analogziffer zugrundeliegende Leistung bzw. Methode als medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ bzw. § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK zu qualifizieren ist. Es werden in der Kommentierung auch Leistungen dargestellt, deren Berechnung dem Arzt nur unter der Bedingung gestattet ist, dass der Patient diese ausdrücklich verlangt (sogenannte Verlangensleistungen, vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ). Diese in der Regel medizinisch nicht notwendigen Leistungen sind nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen grundsätzlich nicht erstattungsfähig.

Die Kommentierung ist im Internet unter folgender Adresse veröffentlicht: <http://www.pkv.de/themen/versorgung/ambulante-versorgung/gebuehrenordnung-fuer-aerzte/>

Leistungen nicht-ärztlicher und nicht-psychotherapeutischer Berufe sind keine wahlärztlichen Leistungen

Das Oberlandesgericht Oldenburg hat in einer bemerkenswerten Entscheidung vom 14. Dezember 2011 (Az.: 5 U 183/11) festgestellt, dass der Chefarzt Leistungen, die er an nicht-ärztliche Leistungserbringer (wie etwa Psychologen, Physiotherapeuten oder Masseur) delegiert hat, nicht gesondert als wahlärztliche Leistungen berechnen kann. Im Weiteren hat sich das Gericht mit der im Einzelnen nach wie vor schwierigen Problematik der Definition der Kern- oder

Urteil des OLG Oldenburg vom 14. Dezember 2011 – Az.: 5 U 183/11 (MedR 2012, 468)

Hauptleistungen, die der Behandlung ihr Gepräge geben, bei nicht-operativen Fächern auseinandergesetzt.

Den Ausschluss nicht-ärztlicher und nicht-psychotherapeutischer Leistungen aus dem Spektrum wahlärztlicher Leistungen begründet das OLG Oldenburg mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), namentlich dem § 17 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG, der wie folgt lautet: „Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes erbracht werden.“ Für diese Sichtweise spricht der klare Wortlaut der Norm. Nicht eingegangen wird in den Urteilsgründen auf das Problem, dass nach der GOÄ der Wahlarzt und sein ständiger ärztlicher Vertreter Leistungen nach dem Abschnitt „E“ der GOÄ (physikalisch-medizinische Leistungen) delegieren darf (vgl. § 4 Abs. 2 GOÄ). Stattdessen sieht der Senat folgerichtig die in dem Abschnitt „E“ der GOÄ beschriebenen Leistungen (z. B. „Krankengymnastik“ und „Massagen“), sofern sie nicht von einem Arzt erbracht wurden, als nicht berechnungsfähig an. Ob dem OLG Oldenburg in seiner Beurteilung der Nichtberechnungsfähigkeit nicht-ärztlicher und nicht-psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen wahlärztlicher Leistungen andere Gerichte folgen werden, wird sich in der Praxis zeigen.

Wie lassen sich Kernleistungen bei nicht-chirurgischen Disziplinen bestimmen?

Außerdem geht es in dem Urteil darum, wie die Kernleistungen eines nicht-chirurgischen Tätigkeitsfeldes bestimmt werden können. Im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung stellt das OLG fest, dass der Patient, der zusätzlich zu den Regelleistungen eine wahlärztliche Behandlung wünscht, sich die Leistungen des besonders befähigten und hochqualifizierten Spezialisten sichern will und dafür auch dessen Wirken verlangen kann. Dass ergibt sich mittelbar auch aus der einschlägigen gesetzlichen Regelung in § 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG, wonach nur „andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden [dürfen]“. Auch in Rechtsprechung und Literatur steht nicht in Zweifel, dass wahlärztliche Leistungen sich qualitativ von den allgemeinen Krankenhausleistungen unterscheiden müssen, da letztere ohnehin jedem Patienten geschuldet sind. Wenn beispielsweise bestimmte Operationen in einem Krankenhaus der Grundversorgung ausschließlich von dem Chefarzt erbracht werden bzw. nur von diesem erbracht werden können, dann verliert diese Leistung den Charakter einer Wahlleistung, weil sie stets jedem Patienten auch ohne zusätzliche Wahlleistungsvereinbarung zugutekommt. Allerdings wird man den Wahlarzt nicht verpflichten können, jeden Handgriff selbst zu tun, um seinen Liquidationsanspruch zu wahren. Auch darf in konservativen Fächern der Bereich der nicht delegationsfähigen Kernleistungen nicht ebenso eng gezogen werden wie in den operativen (chirurgisch-anästhesiologischen) Fächern. Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ darf der Arzt Gebühren nicht nur für eigene (selbständige) Leistungen berechnen, sondern insbesondere auch für Leistungen, die unter seiner Aufsicht und nach fachlicher Weisung erbracht werden. Erbringt der Arzt die Leistung nicht höchstpersönlich, so ist Voraussetzung für die Leistungsberechnung, dass er eigenverantwortlich an der Leistungserbringung mitwirkt und der Leistung dadurch sein persönliches Gepräge gibt. Der Arzt hat die Verantwortung für die delegierte Leistung, also muss gewährleistet sein, dass er dieser Verantwortung im Einzelfall sowohl tatsächlich als auch fachlich gerecht wird. Dazu reicht es nicht aus, dass der Arzt lediglich die „Hilfsperson“, derer er sich für die Leistungserbringung bedient,

sorgfältig auswählt. Auch das bloße Anordnen einer Leistung entspricht nicht den Anforderungen. Abstrakt lässt sich das in die Worte fassen, dass im Bereich der nicht-operativen Fächer der Wahlarzt die Regie über die Gesamtdiagnostik und die -therapie als nicht delegationsfähige Kernleistung in den Händen halten muss. Konkret bedeutet das, dass der liquidationsberechtigte Arzt lenkend und lehrend auf den Therapeuten, an den er die Therapie delegiert hat, einwirken muss. Nur so kann er der Therapie sein persönliches Gepräge geben. Das setzt aber voraus, dass der liquidationsberechtigte Arzt sich einerseits regelmäßig aus persönlicher Anschauung einen eigenen Eindruck über Befinden und Befund des Patienten verschafft, andererseits ebenso regelmäßig den Behandelnden, an den delegiert wurde, überwacht, das heißt dessen therapeutisches Handeln eng überprüft und gegebenenfalls unmittelbar korrigiert. Das persönliche Tätigwerden muss dann auch entsprechend in den Unterlagen dokumentiert werden. Das OLG Oldenburg verlangt für das persönliche Gepräge der Behandlung, dass der Wahlarzt sich zu Beginn, während und zum Abschluss mit dem Patienten befasst. Eine klare Absage erteilt der Senat der in einer etwas älteren Entscheidung des OLG Hamm (NJW 1995, 2420) zum Ausdruck kommenden laxeren Auslegung der Kernleistungen, wonach es ausreichen sollte, dass der Wahlarzt das Therapieprogramm konzipiert, den Verlauf der Behandlung engmaschig überwacht, ohne indes selbst unmittelbar behandelnd tätig zu werden, sich also hauptsächlich im Hintergrund aufhält.

Im Kontext der Delegation ist außerdem erforderlich, dass der liquidationsberechtigte Arzt, der die Verantwortung für die delegierte Leistung trägt, zu gewährleisten hat, dass er dieser Verantwortung im Einzelfall sowohl tatsächlich als auch fachlich gerecht wird. Fachlich muss der Wahlarzt überhaupt befähigt sein, die „Hilfsperson“, der er sich bedient, zu überwachen und entsprechende fachlich-therapeutische Weisung zu erteilen. Hinsichtlich des Kriteriums „Aufsicht“ ist als Mindestbedingung anzusehen, dass der Wahlarzt für den Therapeuten, an den er delegiert hat, jederzeit erreichbar und tatsächlich in der Lage ist, unter Umständen – etwa bei Komplikationen – unverzüglich persönlich einwirken zu können.

3.2 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Die neue GOZ

Im Rechenschaftsbericht 2012 (Seite 55 ff.) wurde über Probleme mit der neuen, am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GOZ berichtet.

Vor dem Hintergrund, dass sich auch unter Geltung der neuen GOZ Interpretationsspielräume bei der Auslegung und Anwendung des zahnärztlichen Gebührenrechts ergeben und es daher auch weiterhin zu Streitigkeiten zwischen Rechnungsstellern und Kostenträgern kommen wird, haben die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern am 30. April 2013 die Einrichtung eines gemeinsamen Gremiums vereinbart, das den Namen „Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen von BZÄK, PKV-Verband und Beihilfe“ trägt. Ziel des Beratungsforums ist es, im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, bestehende Rechtsunsicherheiten bei der Auslegung und Anwendung der GOZ zu beseitigen. Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privat Zahnärztlichen Qualitätssicherung

sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privatärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. Das Beratungsforum ist gelebte Verantwortung der beteiligten Organisationen, die auf diesem Wege bemüht sind, dass Auslegungsprobleme zur GOZ nicht auf dem Rücken der Patienten/Versicherten ausgetragen werden.

Die Beteiligten haben über die Einrichtung des Beratungsforums folgende Vereinbarung getroffen:

- I. Das Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen tritt in der Regel zweimal jährlich zusammen und befasst sich mit den von den Vereinbarungspartnern vorgeschlagenen Fragen aus dem privatärztlichen Bereich. Insbesondere sind grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privatärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privatärztlicher Leistungen Gegenstand der Beratungen. Weitere Fragen können behandelt werden, wenn alle Vereinbarungspartner damit einverstanden sind.
- II. Das Beratungsforum besteht aus vier Mitgliedern der Bundeszahnärztekammer, zwei Mitgliedern des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und zwei Mitgliedern seitens der Beihilfe von Bund und Ländern. Die Mitglieder haben das Recht, Berater und/oder externe Sachverständige ohne Stimmrecht auf eigene Kosten zu Sitzungen des Beratungsforums hinzu zu ziehen. Externe Gutachten können in Auftrag gegeben werden, wenn zuvor Einvernehmen, das auch die Frage der Kostentragung beinhaltet, hergestellt worden ist.
- III. Die Abstimmung der Sitzungstermine und der Tagesordnung, die Einladung, die Erstellung und der Versand der vorbereitenden Unterlagen, die Durchführung und der Vorsitz der Sitzungen und die Protokollierung werden jährlich alternierend von den Vereinbarungspartnern übernommen. Den Anfang macht der Vereinbarungspartner zu 1 [die BZÄK] im Jahr 2013, es folgt der Vereinbarungspartner zu 2 [der Verband der Privaten Krankenversicherung] usw. Der jeweils zuständige Vereinbarungspartner legt den Sitzungsort fest und leitet die Sitzungen des Beratungsforums.
- IV. Die Beratungen des Beratungsforums sind vertraulich. Das Beratungsforum trifft Beschlüsse einstimmig und entscheidet einstimmig über die Verwendung und die Veröffentlichung seiner Beschlüsse. Kommt ein Beschluss in einer Angelegenheit nicht zu Stande, sind die unterschiedlichen Standpunkte in einer Positionsbestimmung mit Beschreibung der unterschiedlichen Standpunkte festzuhalten. Auch über die Verwendung und Veröffentlichung der Positionsbestimmungen entscheidet das Beratungsforum einstimmig.

Kommentierung der GOZ

Auf seiner Internetseite bietet der PKV-Verband unter der Adresse www.pkv.de/w/files/goz-kommentierungfaq/gebuehrenteil-stand-29.01.2014.pdf

allen Interessierten eine Online-Kommentierung des Gebührenverzeichnisses der neuen GOZ an. Obwohl mit der neuen Gebührenordnung einige altbekannte Abrechnungsprobleme gelöst wurden, hat sich schnell gezeigt, dass es auch mit der neuen GOZ zu zahlreichen Auslegungsfragen kommt. Die Kommentierung des PKV-Verbandes hilft nun dabei, die offenen Fragen leichter zu klären. Damit wird ein Beitrag zu einem fairen Ausgleich zwischen den Interessen der Zahnärzte einerseits und den Interessen der Patientinnen und Patienten andererseits

geleistet. Erstmals gibt es mit diesem Angebot jetzt eine umfassende Kommentierung der Privaten Krankenversicherung zu den einzelnen Gebührenpositionen der GOZ.

Die Form der Online-Kommentierung wurde gewählt, um jedem einen schnellen Zugang zu verschaffen. Zudem können auch Anpassungen der Kommentierung, die sich auf der Grundlage der Abstimmung mit der Bundeszahnärztekammer im neuen Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen oder aus der Rechtsprechung ergeben, rasch umgesetzt werden. Ein besonderes Augenmerk wurde auf praxisrelevante Bereiche gelegt. Eine Kommentierung des Allgemeinen Teils der Gebührenordnung (Paragrafenteil) wird demnächst noch hinzu kommen.

Außerdem nimmt der PKV-Verband seit einiger Zeit in Belegern zu seiner Hauszeitschrift PKV Publik zu in der Leistungspraxis der Unternehmen der PKV relevanten und besonders umstrittenen Themen in einer Frage-Antwort-Systematik Stellung. Der Verband verfolgt damit das Anliegen, durch Positionierung zu konkreten gebührenrechtlichen Fragestellungen Transparenz hinsichtlich der Sichtweise der PKV zu schaffen. Die Beleger sind ebenfalls auf der Internetseite des PKV-Verbandes abrufbar: www.pkv.de/themen/versorgung/ambulante-versorgung/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte/

GOZ-Stellungnahmen in
Belegern zur Zeitschrift
PKV Publik

3.3 Arzneimittel

Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (17. AMG Novelle)

Der Bundestag hat am 7. August 2013 das Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften beschlossen.

Änderung des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel

Der Gesetzgeber hat eine bisher zwischen pharmazeutischen Unternehmen und den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung streitige Rechtsauffassung, ob und inwiefern tarifliche Selbst- bzw. Eigenbehalte bei der Berechnung von Arzneimittelrabatten gemäß § 1 Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) zu berücksichtigen sind und Einfluss auf die Höhe des Herstellerrabattes haben, einer eindeutigen Lösung zugeführt. Ursache für die divergierenden Auffassungen war die bisherige Formulierung in § 1 AMRabG, nach dessen Wortlaut der Herstellerrabatt „nach dem Anteil der Kostentragung“ zu gewähren war. Hierauf abstellend, verlangten einige Pharmahersteller die anteilige Berücksichtigung von im Versicherungsvertrag vereinbarten Selbstbehalten durch entsprechende Minderung des Herstellerrabattes.

Mit dem der 17. AMG-Novelle ist § 1 AMRabG ist folgender neuer Satz 3 eingefügt worden:

„Zur Ermittlung der Abschläge nach Satz 1 sind Selbst- oder Eigenbehalte, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit den Versicherungsnehmern vereinbart haben oder die auf beamtenrechtlichen Vorschriften oder anderen Vorschriften beruhen, nicht zu berücksichtigen.“

Gesetzgeber bestätigt
Rechtsauffassung des PKV-
Verbandes

In den Gesetzgebungsmaterialien (BT-Drucksache 17/13770, S. 34) wird klar gestellt, dass Versicherungsverträge, in denen eine absolute oder prozentuale Selbstbeteiligung vereinbart worden ist, nicht zu einer Verminderung der Abschlagszahlung führen, diese vielmehr in voller Höhe zu gewähren ist. Die aufgrund eines vereinbarten Selbstbehalts nur teilweise erstatteten Aufwendungen haben demnach keinen Einfluss auf den Rabattanspruch bzw. die Rabatthöhe. Das Merkmal „Anteil der Kostentragung“, das auch nach der Änderung des Gesetzes unverändert in § 1 Satz 1 AmRabG enthalten ist, soll ausschließlich das Nebeneinander von PKV und Beihilfetägern koordinieren und den pharmazeutischen Hersteller vor einer Rabattgewährung von mehr als 100 Prozent bewahren. Die Gesetzesänderung bestätigt somit die Auffassung des PKV-Verbandes, dass tarifliche Selbstbehalte einen etwaigen Rabattanspruch nicht mindern. Zur Begründung des Rabattanspruchs ist es aber nach wie vor erforderlich, dass das PKV-Unternehmen überhaupt eine Erstattungsleistung erbracht hat. Trägt der Versicherte die Aufwendungen für das Rezept, aus welchen Gründen auch immer, vollständig selbst, hat das Versicherungsunternehmen keinen Rabattanspruch. Dies wird in der Begründung im letzten Satz angedeutet. Insoweit hat sich aus der Gesetzesänderung keine neue Rechtslage ergeben. Der Rabattanspruch setzt eine zumindest teilweise Erstattung der Aufwendungen durch das PKV-Unternehmen voraus.

Unbedenklichkeitsprüfungen und Anwendungsbeobachtungen

Die 17. AMG-Novelle hat auch Änderungen der Vorschriften zur Erstattung von Meldungen nichtinterventioneller Unbedenklichkeitsprüfungen gemäß § 63f AMG bzw. von Anwendungsbeobachtungen nach 67 Abs. 6 AMG herbeigeführt. Unbedenklichkeitsprüfungen und Anwendungsbeobachtungen sind seit dem Inkrafttreten des Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 19. Oktober 2012 (auch als 16. AMG-Novelle bezeichnet) am 26. Oktober 2012 auch dem PKV-Verband zu melden. Die sich nun aus der aktuellen Novelle ergebenden Transparenz- und Offenlegungspflichten des pharmazeutischen Unternehmers sind erweitert worden. Sie sind grundsätzlich zu begrüßen.

Unbedenklichkeitsprüfungen

Nach der bisherigen Regelung musste der Pharmahersteller, der eine Unbedenklichkeitsprüfung mit Hilfe von Ärzten durchführte, diese der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und PKV-Verband unverzüglich melden. Zwar waren auch zuvor Ort, Zeit, Ziel und Protokoll der Prüfung sowie Name und lebenslange Arztnummer der beteiligten Ärzte anzugeben; im Falle eines GKV-Bezugs betraf die Anzeigepflicht auch die Art und die Höhe der Leistungen an Ärzte die Übermittlung jeweils einer Ausfertigung der mit ihnen geschlossenen Verträge.

Die 17. AMG-Novelle verpflichtet die Pharmahersteller nun darüber hinaus dazu, den tatsächlichen Aufwand der beteiligten Ärzte darzustellen und die Angemessenheit der Entschädigung zu begründen. Die tatsächlich geleisteten Entschädigungen müssen mit Zuordnung zu beteiligten Ärzten namentlich mit Angabe der lebenslangen Arztnummer übermittelt werden. Mit der Präzisierung der Pflichten um das Wort „tatsächlich“ soll ausgedrückt werden, dass nicht das anfangs vereinbarte Honorar, sondern die tatsächlich geflossenen Zahlungen zu melden sind.

Außerdem sieht das Gesetz die Übermittlung einer Gesamtdarstellung im Sinne eines Abschlussberichts vor, in dem unter Angabe der insgesamt beteiligten Ärzte die Anzahl der jeweils und insgesamt beteiligten Patienten und Art und Höhe der jeweils und insgesamt geleisteten Entschädigungen zu übermitteln sind.

Anwendungsbeobachtungen

Auch im Hinblick auf die in § 67 Abs. 6 AMG normierten Anzeigepflichten bei Anwendungsbeobachtungen hat der Gesetzgeber den Umfang der Meldepflichten des Pharmaherstellers erweitert. Wie bereits bei den Unbedenklichkeitsprüfungen sind die Anzeigepflichten angehalten, sofern im Rahmen der Anwendungsbeobachtung Arzneimittel zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden, tatsächlich an Ärzte geleistete Entschädigungen anzugeben sowie jeweils eine Ausfertigung der mit ihnen geschlossenen Verträge und jeweils eine Darstellung des Aufwandes für die beteiligten Ärzte und eine Begründung für die Angemessenheit der Entschädigung zu übermitteln. Außerdem müssen die tatsächlich geleisteten Entschädigungen den beteiligten Ärzten namentlich mit Angabe der lebenslangen Arztnummer zuzuordnen sein. Ein Jahr nach Abschluss der Datenerfassung sind unter Angabe der insgesamt beteiligten Ärzte die Anzahl der jeweils und insgesamt beteiligten Patienten und Art und Höhe der jeweils und insgesamt geleisteten Entschädigungen zu übermitteln.

Zunächst etwas unklar erscheinen die Meldepflichten der Pharmahersteller oder der von ihm beauftragten Dienstleister gegenüber dem PKV-Verband. § 67 Abs. 6 Satz 2 AMG bezeichnet nur den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung, an die beteiligte Ärzte namentlich mit Angabe der lebenslangen Arztnummer zu melden sind. Die Bundesoberbehörde oder der PKV-Verband werden nicht erwähnt. Das könnte dafür sprechen, dass der PKV-Verband keine Hinweise auf die an der Anwendungsbeobachtung mitwirkenden Ärzte erhalten soll. Auf der anderen Seite sieht das Gesetz vor, dass Anwendungsbeobachtungen, die seitens der Ärzte zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden und nach Maßgabe von Satz 1 – somit auch gegenüber der PKV – zu melden sind, zusätzlich Angaben zur Art und Höhe der jeweils an die Ärzte tatsächlich geleisteten Entschädigungen enthalten müssen. Zusätzlich wird verlangt, dass die mit den Ärzten geschlossenen Verträge übermittelt, der Aufwand der beteiligten Ärzte dargestellt und die Angemessenheit der Entschädigung begründet wird. Die Zweifel, die trotz der Bezugnahme der PKV in Satz 4 weiterhin bestehen könnten, ob der Gesetzgeber diese Meldepflichten tatsächlich auch zugunsten der PKV normiert hat, werden durch § 67 Abs. 6 Satz 12 AMG entkräftet. Diese Bestimmung lautet: „Die Sätze 4 bis 6 gelten nicht für Anzeigen gegenüber der zuständigen Bundesoberbehörde“. Die in den Sätzen 4 bis 6 bezeichneten neuen und weitergehenden Offenlegungspflichten über tatsächlich gezahlte Entschädigungen und der Beschreibung des Aufwands sollen nur nicht der Bundesoberbehörde übermittelt werden. Hätte der Gesetzgeber gewollt, dass außer der Aufsichtsbehörde – dem BfArM – auch dem PKV-Verband diese Informationen vorenthalten werden sollen, dann hätte er das entsprechend zum Ausdruck gebracht. Dass diese Auslegung zutreffend ist, wird bei der Betrachtung der komplementären Bestimmungen zu nichtinterventionellen Unbedenklichkeitsstudien nach § 63f Abs. 4 AMG offensichtlich. Hiernach sind dem PKV-Verband sämtliche Informationen – einschließlich des Namens und der lebenslangen Arztnummer der beteiligten Ärzte und der an sie tatsächlich geleisteten Entschädigungen anzugeben. Warum diese

Notifikationspflicht bezüglich der teilnehmenden Ärzte besteht auch gegenüber dem PKV-Verband

Transparenzpflichten zugunsten der PKV bei Unbedenklichkeitsstudien nach § 63f AMG gelten sollen, nicht jedoch bei Anwendungsbeobachtungen, ist nicht einzusehen und wäre widersprüchlich. Auch sachlich wäre ein PKV-Ausschluss nicht begründbar, da jedes Präparat, das zu Lasten der GKV abgegeben wird, auch in der PKV erstattungsfähig ist und für Privatversicherte verordnet werden kann. Rein auf Privatversicherte ausgerichtete Anwendungsbeobachtungen dürften für Pharmahersteller wenig attraktiv sein.

Ziel der Gesetzesänderung

Laut Gesetzesbegründung dienen diese erweiterten und konkretisierten Transparenzmaßnahmen gemäß den §§ 63f Abs. 4 AMG und 67 Abs. 6 AMG der Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen. Dadurch soll transparent werden, für welche Leistungen Entschädigungen gezahlt werden und ob diese aufwands- und leistungsgerecht sind. Das Gesundheitsversorgungssystem soll nicht unnötig mit Kosten von Anwendungsbeobachtungen belastet und eine gezielte Beeinflussung des ärztlichen Verschreibungsverhaltens mittels der Durchführung von Anwendungsbeobachtungen und nichtinterventionellen Unbedenklichkeitsprüfungen verhindert werden. Der Gesetzgeber hofft, dadurch Missbrauchsfällen besser entgegenzutreten zu können. Das werde auch dadurch erreicht, dass der Anzeigepflichtige gegenüber den Anzeigempfängern die tatsächlich gezahlten Entschädigungen je Arzt anzeigen müsse.

Fazit

Die PKV begrüßt dieses Anliegen des Gesetzgebers, da medizinisch nicht begründete Leistungsausweitungen aufgrund von Marketing-Aktivitäten der pharmazeutischen Hersteller nicht im Interesse der Versicherten liegen. Sie erhöhen unnötig die Kosten und damit die Beiträge. Maßnahmen gegen den Missbrauch von nichtinterventionellen Prüfungen und Anwendungsbeobachtungen als Marketing-Instrument sind ausdrücklich willkommen. Die Einbeziehung der PKV in den Regelungsbereich war notwendig, um von vornherein Anreize zur Verlagerung von Prüfungen und Anwendungsbeobachtungen in den privatärztlichen Bereich zu verhindern. Ausdrücklich positiv zu werten ist zum einen die Neuerung, dass der Pharmahersteller den Aufwand des Arztes und die damit korrespondierende Angemessenheit der an den Arzt geleisteten Entschädigungen begründen muss. Das schafft Klarheit und hat Präventionscharakter. Die weitere Neuregelung, nach der die Bundesoberbehörde verpflichtet wird, die übermittelten Anzeigen und Abschlussberichte über ein hierfür einzurichtendes Internetportal der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, soll der Verbesserung von Transparenz und Qualität in der Forschung dienen und ist ebenfalls ausdrücklich zu begrüßen.

Erstattungsbetragsverfahren nach § 130b SGB V

Die PKV ist an den Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den pharmazeutischen Unternehmen nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V beteiligt. Die Verhandlungen mit den pharmazeutischen Unternehmen über Rabatte auf den von ihnen zunächst selbst bestimmten Abgabepreis werden auf Basis des vom Gemeinsamen Bundesausschuss attestierten Zusatznutzens getroffen. Je höher der Zusatznutzen des neuen Wirkstoffs gegenüber der Vergleichstherapie, desto höher kann die Preisdifferenz zu der bisherigen Vergleichs- bzw.

Standardtherapie ausfallen. In dem ersten Jahr vor den Verhandlungen gilt zunächst der vom Hersteller festgelegte Preis. Sofern eine Einigung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmen nicht binnen eines Jahres erzielt werden kann, wird die Schiedsstelle angerufen, die dann über den Erstattungsbetrag entscheidet. Die Beteiligungsrechte der PKV an den Preisverhandlungen sind vergleichsweise schwach ausgestaltet. Sie sehen keine paritätischen Rechte als Vertragspartner vor, sondern erschöpfen sich rein formal darin, dem Verhandlungsergebnis durch Erklärung des „Benehmens“ zuzustimmen. An den Verhandlungen selbst darf der Vertreter der PKV gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V als „Gast“ teilnehmen. Das Frage- und Rederecht des Vertreters der PKV ist von der einvernehmlichen Zustimmung des GKV-Spitzenverbands und des pharmazeutischen Unternehmers abhängig. Diese geringfügige Rolle des PKV-Vertreters ist nicht gerechtfertigt. Die PKV muss künftig als gleichberechtigter Partner etabliert werden. Zielführend und angemessen wäre auch eine Beteiligung des PKV-Verbandes am Unterausschuss Arzneimittel im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Aufgrund technischer Umsetzungsschwierigkeiten konnte der als Rabatt zu gewährende Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V bis zum 1. Februar 2013 noch nicht über die Handelsstufen abgerechnet werden. Privatversicherte zahlten daher in der Apotheke im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2013 anstelle des rabattierten Preises den vollen Preis für ein jeweils betroffenes Arzneimittel. Für die PKV stellt sich die Frage, wie mit den, bedingt durch die verspätete Umsetzung durch die Handelsstufen, bislang verlorengegangenen Rabatten umzugehen ist. Grundsätzlich müssten die Versicherungsnehmer oder ggf. aus übergegangenem Recht die Versicherer die Erstattung des insoweit zu viel gezahlten Abgabepreises von dem Apotheker zurückverlangen. Da dies natürlich mit unnötigem Aufwand verbunden ist, zumal der Apotheker sich diesen Betrag seinerseits in der Handelskette von seinem Vertragspartner zurückholen müsste, wäre es aufwandsärmer und sachgerechter, wenn die Ansprüche der Versicherer unmittelbar mit dem pharmazeutischen Unternehmen reguliert werden könnten. Einem solchen kooperativen Verfahren haben einige Pharmahersteller bereits zugestimmt, so dass das Nacherstattungsverfahren vollzogen werden kann. Seit dem 1. Februar 2013 werden die vereinbarten Erstattungsbeträge der Informationsstelle für Arzneispezialitäten GmbH (IFA) gemeldet und infolgedessen in die Apothekensoftware eingepflegt, so dass das Ergebnis der Verhandlungen den Kostenträgern und infolgedessen den Versicherten zugutekommt.

Folgende Erstattungsbeträge sind bis zum 31. Dezember 2013 vereinbart worden:

Wirkstoff	Handelsnamen	Pharmazeutischer Unternehmer	Status
Rilpivirin	Edurant	Janssen-Cilag GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Telaprevir	Incivo	Janssen-Cilag GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Fampridin	Fampyra	Biogen Idec GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Bromfenac	Yellox	Dr. Gerhard Mann GmbH Chem.-pharm. Fabrik	Erstattungsbetrag festgesetzt
Boceprevir	Victrelis	MSD Sharp & Dohme GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart

Rabatt zahlt sich seit 1. Februar 2013 für Privatversicherte unmittelbar aus

Tafamidis Meglumin	Vyndaquel	Pfizer Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Belimumab	Benlysta	GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG	Erstattungsbetrag vereinbart
Cabazitaxel	Jevtana	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Ticagrelor	Brilique	AstraZeneca GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Retigabin	Trobalt (vom Anbieter vom Markt genommen)	kohlpharma GmbH	Erstattungsbetrag festgesetzt
Belatacept	Nulojix	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA	Erstattungsbetrag vereinbart
Ipilimumab	Yervoy	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA	Erstattungsbetrag vereinbart
Fingolimod	Gilenya	Novartis Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Pirfenidon	Esbriet	InterMune Deutschland GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Regadenoson	Rapiscan	Rapidscan Pharma Solutions EU Ltd.	Erstattungsbetrag vereinbart
Emtricitabin/ Rilpivirin/Teno- foviridisoproxil	Eviplera	Gilead Sciences GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Eribulin	Halaven	Eisai GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Collagenase Clostridium histolyticum	Xiapex	Pfizer Pharma GmbH	Opt-Out
Vemurafenib	Zelboraf	Roche Pharma AG	Erstattungsbetrag vereinbart
Retigabin	Trobalt	GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG	Opt-Out
Aliskiren/ Amlodipin	Rasilamlo	Novartis Pharma GmbH	Opt-Out
Linagliptin	Trajenta	Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co.KG	Opt-Out
Pasireotid	Signifor	Novartis Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Ivacaftor	Kalydeco	Vertex Pharmaceuticals (Germany) GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Axitinib	Inlyta	Pfizer Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Aclidiniumbro- mid	Eklira Genuair/ Bretaris Genuair	Almirall Hermal GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Tegafur/Gimer- acil/Oteracil	Teysuno	Nordic Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Ruxolitinib	Jakavi	Novartis Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Extrakt aus Cannabis Sativa	Sativex	Almirall Hermal GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Brentuximab Vedotin	Adcetris	Takeda GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Decitabin	Dacogen	Janssen-Cilag GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart

Saxagliptin/ Metformin	Komboglyze	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA und AstraZeneca GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Ingenolmebutat	Picato	LEO Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Perampanel	Fycompa	Eisai GmbH	Erstattungsbetrag festgesetzt
Apixaban	Eliquis	Vertriebsgemeinschaft Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA/Pfizer Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Aflibercept	Eylea	Bayer Vital GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Abirateronacetat	Zytiga	Janssen-Cilag GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Pixantron	Pixuvri	CTI Life Sciences Limited	Erstattungsbetrag vereinbart
Fidaxomicin	Difclir	Astellas Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Crizotinib	Xalkori	Pfizer Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Bosutinib	Bosulif	Pfizer Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart

Anhaltender Streit über die Grundlage für die Abrechnung von §130b SGB V-Arzneimitteln

Im Jahre 2013 ist keine gesetzgeberische Klarstellung der in der Praxis umstrittenen Frage erfolgt, wie der im § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V verwendete Begriff des Erstattungsbetrags in Bezug auf die Berechnung des Apothekenverkaufspreises zu verstehen ist. Nach dem Wortlaut des Gesetzes wird der Erstattungsbetrag als Rabatt auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers vereinbart. Der pharmazeutische Unternehmer gewährt den Rabatt bei der Abgabe des Arzneimittels. Der Großhandel wiederum bei Abgabe an die Apotheken usw. Zwischen den Akteuren ist umstritten, ob diese gesetzliche Bestimmung dazu führt, dass der zwischen den Vertragsparteien ausgehandelte Erstattungsbetrag erst am Ende der Distributionskette von dem auf Basis des ungekürzten Herstellerabgabepreis berechneten Apothekenverkaufspreis gleichsam als Rabatt abzuziehen ist (so das Verständnis der Pharmaindustrie, des Pharmagroßhandels und der Apotheken) oder aber der Erstattungsbetrag als Rabatt den ursprünglichen Herstellerabgabepreis entsprechend mindert (so die Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit, des Spitzenverband Bund der Krankenkassen und des PKV-Verbandes). Ein diesbezügliches klarstellendes Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 15. August 2012, infolgedessen der um den Erstattungsbetrag geminderte Herstellerabgabepreis für die Ermittlung der Handelszuschläge maßgeblich sei, widersprechen die Akteure auf Seiten der Handelskette. Sie insistierten unter Verweis auf die mit dem GKV-Spitzenverband getroffene Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V, dass Grundlage für die Abrechnung der Arzneimittel mit Erstattungsbeträgen gemäß § 130b SGB V der vom Hersteller festgelegte ursprüngliche Preis ist, nicht aber der vereinbarte Erstattungsbetrag.

Diese vorstehende Problematik hat durch eine Intervention des Pharma-Daten-Service ABDATA eine neue Facette hinzubekommen und in der Leistungspraxis für einige Verwirrung gesorgt. Die ABDATA forderte die Bezieher und Nutzer der

Weiterhin Unklarheit
über den Rechenweg zur
Ermittlung des Rabattes

„Einpreiser“-Problematik

ABDA-Datenbank mit Schreiben vom 2. Mai 2013 auf, in den Fällen, in denen der Pharmahersteller den Herstellerabgabepreis um den Erstattungsbetrag von sich aus reduziert hat, der (automatischen) Berechnung der Handelszuschläge von diesem geminderten Herstellerabgabepreis entgegentreten (sog. „Einpreiser“). Stattdessen sollten Apotheken dem gekürzten Herstellerabgabepreis den Erstattungsbetrag wieder hinzuzuaddieren. Die Konfusion ergab sich daraus, dass der Preis, den der Patient in der Apotheke zahlt, von dem in der ABDA-Datenbank gelisteten Apothekenverkaufspreis abweicht. Diese fehlende Übereinstimmung hat den Verfahrensgang bei der Leistungsregulierung beeinflusst. Diese „Einpreiser“-Fälle betreffen zunächst nur die beiden Präparate ESBRIET und TEYSUNO, wenngleich in unterschiedlichen Wirkstoffmengen, Packungsgrößen und Darreichungsformen.

3.4 Patientenrechtegesetz

Bislang fehlte es an einer einheitlichen gesetzlichen Regelung zu den Rechten des Patienten. Der ärztliche Behandlungsvertrag, die rechtliche Grundbeziehung zwischen Arzt und Patient sowie die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten waren bisher zwar nicht ausdrücklich normiert. Er war jedoch als Dienstvertrag im Sinne des § 611 BGB handhabbar. Noch 2003 hatten sich das Bundesministerium der Justiz und das Bundesministerium für Gesundheit in der Broschüre „Patientenrechte in Deutschland – Ein Leitfaden für Patienten und Ärzte“ gegen eine gesetzliche Regelung entschieden. Im Koalitionsvertrag vom 26. Oktober 2009 einigten sich CDU/CSU und FDP nun auf den Erlass eines „Patientenschutzgesetzes“. Im Gesetzesentwurf heißt es: Die fehlende Kodifikation erschwere es vielen Beteiligten, sich über Ihre Rechte zu informieren und sie einzufordern. Besonders die Patienten sähen sich wegen der Vielzahl gerichtlicher Entscheidungen einer komplexen und oft nur schwer zu durchdringenden Materie gegenüber, die einen klaren Überblick erschwere. Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (BT DRS 17/10488) ist am 26. Februar 2013 in Kraft getreten und soll, der Gesetzesbegründung nach, den Patienten mit dem Arzt auf Augenhöhe bringen. Es ist getragen von dem Leitbild des mündigen Patienten, der in Kenntnis der vorzunehmenden Behandlung eine Abwägung zwischen mehreren Behandlungsalternativen trifft, partnerschaftlich und gleichberechtigt mit dem Arzt zusammenarbeitet und so wirksam und effektiv die Behandlung unterstützt (BT-Drs. 17/10488, S. 1). Ziel des Reformgesetzgebers war es, Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der Rechte der Patienten herzustellen und diese insbesondere bei der Geltendmachung von Behandlungsfehlern zu unterstützen.

Der Hauptbestandteil des Patientenrechtegesetzes (PatRG) ist der Behandlungsvertrag. Dieser wird als Sonderfall des Dienstvertrages in den neu eingefügten §§ 630a – 630h BGB als eigener Untertitel erstmals gesetzlich festgeschrieben. Mit der Einordnung des Behandlungsvertrages als Dienstvertrag wird den Unwägbarkeiten des menschlichen Körpers Rechnung getragen. Dem behandelnden Arzt einen Heilerfolg als Hauptleistungspflicht aufzuerlegen, wie dies bei einer Einordnung als Werkvertrag (§§ 631 ff BGB) der Fall wäre, ist nicht sachgerecht. Vielmehr soll das fachgerechte Bemühen um die Genesung des Patienten geschuldet sein (BGH, Urteil vom 9. Dezember 1974 – VII ZR 182/73). Selbst bei medizinisch in keiner Weise indizierten kosmetischen Eingriffen wird regelmäßig ein Dienstvertrag angenommen. Ein Werkvertrag liegt indes bei rein technischen Leistungen, z. B. der Anfertigung einer Prothese, vor.

Die nun gesetzlich festgelegten Pflichten der Parteien sind eine Fortschreibung der langjährigen gerichtlichen Rechtsfortbildung, insbesondere die Bestimmungen zum Arzthaftungsrecht stellen eine gesetzliche Verankerung der tradierten Rechtsprechung des VI. Zivilsenats des Bundesgerichtshofes dar.

In § 630a BGB sind die Pflichten der Parteien des Behandlungsvertrages geregelt. Demnach schuldet der Arzt die medizinische Behandlung und der Patient die vereinbarte Vergütung, wenn dazu nicht ein Dritter (regelmäßig die Gesetzliche Krankenversicherung) verpflichtet ist. Absatz 2 stellt fest, dass die Behandlung nach den in diesem Zeitpunkt gültigen Behandlungsmethoden zu erfolgen hat. Nach der Gesetzesbegründung soll der Begriff der medizinischen Behandlung nicht nur die Tätigkeit von Ärzten umfassen, sondern auch andere Heilberufe, wie Hebammen, Heilpraktiker sowie Psycho- und Physiotherapeuten mit einschließen. Daher spricht das Gesetz auch nicht vom Arzt, sondern von dem „Behandelnden“ (BT-Drs. 17/10488, S. 11).

Von besonderem Interesse sind die nunmehr erstmalig gesetzlich festgeschriebenen Informationspflichten des Arztes gegenüber dem Patienten.

Hervorzuheben ist die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes, die jetzt in § 630c Absatz 3 BGB geregelt ist, aber auch schon vor der Kodifikation durch richterliche Rechtsfortbildung ausgebildet worden war (vgl. BGH, Urteil vom 9. Mai 2000 - VI ZR 173/99; OLG Stuttgart, Urteil vom 9. April 2002 - 14 U 90/01; LG Düsseldorf, Urteil vom 5. Februar 1986 - 23 S 217/85). Laut Satz 1 des Absatzes 3 muss der Arzt den Patienten darüber informieren, wenn er weiß, dass „eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder [...] sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte“ ergeben. Der Arzt ist also verpflichtet den Patienten darauf hinzuweisen, dass die Kosten vom Krankenversicherer nicht übernommen werden

Bei Mitgliedern der Privaten Krankenversicherung ist zwar grundsätzlich davon auszugehen, dass dem Patienten der Leistungsumfang seines Versicherers bekannt ist. Der Arzt bzw. die Behandelnden sind nicht verpflichtet, nachzufragen, ob der Patient in einem mit geringeren Leistungsumfängen versehenen brancheneinheitlichen Tarif (Basistarif oder Standardtarif) versichert ist. Der Patient und Versicherte kennt die Leistungskonditionen seines Vertragspartners, wohingegen sie dem Arzt oft nicht vertraut sein dürften. Leistungen, die medizinisch nicht notwendig sind, darf der Arzt nur auf Verlangen des Patienten erbringen (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Er muss in diesen Fällen darüber aufklären, dass die Kosten nicht erstattet werden. Die Informationspflicht besteht jedenfalls bei positiver Kenntnis oder begründeten Zweifeln über die fehlende Übernahme der Leistung. Bestehen Bedenken, ob die angebotene Leistung übernommen wird, weil es sich beispielsweise um eine experimentelle, noch nicht dem ärztlichen Standard entsprechende Methode handelt, ist auch darauf hinzuweisen.

Verstößt ein Arzt gegen diese Pflicht, macht er sich gegebenenfalls schadenersatzpflichtig. Die Informationen muss der Arzt dem Patienten in Textform gemäß § 126b BGB bereitstellen. Danach muss die Erklärung in einer Urkunde oder in einer zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise erfolgen. Ausnahmen von diesem Formerfordernis sind in § 630c Absatz 4 BGB geregelt.

In § 630c Absatz 2 Satz 1 BGB ist die therapeutische oder Sicherheitsaufklärung geregelt. Hierzu gehören die Schutz- und Warnhinweise des Arztes zur Sicherstellung des Behandlungserfolges sowie die Mitwirkung des Patienten am Heilungsprozess (OLG Schleswig, Urteil vom 8. Juni 2001 - 4 U 28/00). Dieser Gedanke des Zusammenwirkens von Arzt und Patient ist in Absatz 1 des § 630c

Für Privatversicherte besonders wichtig: die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes

Sicherheitsaufklärung und Offenbarungspflicht

festgelegt und soll nach dem Willen des Gesetzgebers „die Begründung und Fortentwicklung des zwischen dem Behandelnden und dem Patienten bestehenden Vertrauensverhältnisses [stärken], um gemeinsam eine möglichst optimale Behandlung zu erreichen“ (BT DRS 17/10488, S. 21).

Ebenso ist in Absatz 2 Satz 2 eine Offenbarungspflicht des Arztes bezüglich erkennbarer oder bekannter eigener und fremder Behandlungsfehler geregelt.

Die Einwilligung des Patienten in eine medizinische Maßnahme sichert das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Sie ist vor jedem medizinischen Eingriff einzuholen. Die dazugehörige gesetzliche Regelung findet sich in § 630d BGB. Die Einwilligung wird nunmehr als vertragliche Nebenpflicht normiert. Sie ist zugleich deliktischer Rechtfertigungsgrund. Bei der Einwilligung („informed consent“) ist abzustellen auf die natürliche Einsichtsfähigkeit des Patienten, für deren Bestimmung ggf. eine Patientenverfügung nach § 1901a BGB oder der gesetzliche Vertreter des Patienten herangezogen werden muss.

Die umfangreiche Rechtsprechung zu den medizinischen Aufklärungspflichten hat durch § 630e BGB Einzug in das Gesetz gefunden. Die Aufklärungspflicht dient, ebenso wie die Einwilligung, der Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Sie soll möglichst in einem persönlichen Gespräch stattfinden, kann aber auch ergänzend in Textform erfolgen. Damit soll dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, die Risiken einzelner Maßnahmen abwägen zu können (BGH, Urteil vom 14. Juni 1994 - VI ZR 178/93). Die Aufzählung in § 630e Absatz 1 BGB ist nicht abschließend, so fehlt es zum Beispiel an einer Regelung zur Verlaufsaufklärung. Neu und in seinen Konsequenzen noch unklar ist die Regelung, dass dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen sind (§ 630e Abs. 2 Satz 2 BGB). Es wird durch Gerichte zu klären sein, wie eine unterlassene Ausfolgung des Aufklärungsbogens für die Beweisführung der Behandlerseite zu bewerten ist.

Die Dokumentationspflicht ist eine wichtige Pflicht des behandelnden Arztes. Sie dient dazu, den Verlauf der Behandlung nachzuvollziehen und eine sachgerechte Weiterbehandlung gewährleisten zu können (BGH, Urteil von 2. Juni 1984 - VI ZR 174/86). Die Akte des Patienten muss alle wesentlichen Maßnahmen enthalten, die während der Behandlung vorgenommen wurden.

Die nun in § 630g BGB geregelte Einsichtnahme in die Patientenakte ist ebenfalls vertragliche Nebenpflicht des behandelnden Arztes und war auch vor Erlass des Patientenrechtgesetzes nicht zweifelhaft. Sie ist Ausfluss des informationellen Selbstbestimmungsrechts (vgl. BVerfG, Beschluss vom 9. Januar 2006 - 2 BvR 443/02) der behandelten Person, die ein Recht auf Kenntnis hat, wie mit ihrer Gesundheit verfahren wurde. Das Recht auf Einsichtnahme bezieht sich auf die gesamte Akte. Einschränkungen sind unter anderem nur aus therapeutischen Gründen zulässig. Hier bedarf es einer Entscheidung im Einzelfall, ob die Einsicht beschränkt werden kann.

Mit dem neu ins BGB eingefügten § 630h BGB gelangt die Rechtsprechung zur Beweislastverteilung im Arzthaftungsrecht ins Gesetz. Sie basiert auf der allgemeinen Haftungsregel des § 280 Absatz 1 BGB und gilt nur für die vertragliche Haftung. Der Behandlungsfehler stellt somit eine Pflichtverletzung im Sinne des § 280 BGB dar.

Besonders geregelt ist die davon abweichende Beweislastverteilung. § 630h BGB stellt hierfür sechs Fallgruppen auf.

Der Patient muss wirksam in die Behandlung/den Eingriff einwilligen

Umfangreiche Aufklärungspflichten des Arztes

Behandlungsdokumentation ist nun ausdrücklich gesetzlich geregelt

Recht des Patienten auf Einsichtnahme in die Patientenakte

Beweislastregeln für Haftung bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern

Bei einem voll beherrschbaren allgemeinen Behandlungsrisiko (Absatz 1) wird eine gesetzliche Fehlervermutung zu Lasten des Arztes aufgestellt. Ein Risiko ist voll beherrschbar, wenn es sobald es erkannt wird, mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann (BGH, Urteil von 20. März 2007 – VI ZR 158/06).

Absatz 2 erlegt die Beweislast für Einwilligung und Aufklärung des Patienten dem Arzt auf, was nach allgemeinen Regeln vom Patienten zu beweisen wäre. Hierdurch sollen Vertrags- und Deliktsrecht in Bezug auf die Beweislast vereinheitlicht werden. Der Fall der hypothetischen Einwilligung nach unterbliebener oder unvollständiger Aufklärung ist in Absatz 2 Satz 2 geregelt.

Ist eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme nicht in der Patientenakte vermerkt worden, wird nach § 630h Absatz 3 BGB vermutet, dass diese Maßnahme nicht vorgenommen wurde (BGH, Urteil vom 19. Februar 1995 – VI ZR 272/93).

Bei der Behandlung durch eine nicht hinreichend befähigte Person („Anfängeroperation“) stellt Absatz 4 eine Ursächlichkeitsvermutung bezüglich der erlittenen Verletzung auf.

In Absatz 5 des § 630h BGB ist schließlich der grobe Behandlungsfehler geregelt. Hier findet eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden statt (BGH, Urteil vom 27. April 2004 – VI ZR 34/03). Die Beweislastumkehr trägt wesentlich dazu bei, Waffengleichheit der Parteien im Arzthaftungsprozess herzustellen. Sie ist aber nicht als Beweissanktion für ärztliches Verschulden zu sehen, sondern als Ausgleich, der sich durch den schweren Behandlungsfehler für den Patienten verschlechterten Beweissituation (BGH, Urteil vom 19. Juni 2012 – VI ZR 77/11).

Der PKV-Verband begrüßt ausdrücklich die Stärkung der rechtlichen Stellung der Patientinnen und Patienten durch das erlassene Patientenrechtegesetz. Transparenz, Rechtsklarheit und Rechtssicherheit können mit den vorgeschlagenen Regelungen spürbar verbessert werden. Damit werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Patienten ihre Rechte kennen, wahrnehmen und notfalls auch durchsetzen können. Für die Behandlerseite hat die Einführung des Gesetzes den Nutzen, dass die umfangreichen vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten, die bereits auch schon vor dem Patientenrechtegesetz als Richterrecht galten, noch einmal ausdrücklich aufgezeigt werden.

Die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit werden dort gestärkt, wo der Patient informierte Entscheidungen zusammen mit dem Behandelnden treffen kann. Derart partizipative Entscheidungen führen nachweislich zu einer aktiveren Krankheitsbewältigung und besseren Behandlungsergebnissen. Vor diesem Hintergrund ist die Aufnahme von Informations- und Aufklärungspflichten der Patienten durch die Behandelnden besonders zu begrüßen. Der PKV-Verband spricht sich dafür aus, die Rechte von Patienten insbesondere hinsichtlich der wirtschaftlichen Aufklärung vor der Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen noch weiter zu stärken.

PKV-Verband begrüßt das
Patientenrechtegesetz

3.5 Mindestleistungen der Tarife

In der öffentlichen Diskussion hatte es in der Vergangenheit immer wieder Kritik am Leistungsumfang einiger PKV-Tarife gegeben. Forderungen nach einem Mindestschutz zielten im Kern der Debatte auf geschlossene Hilfsmittel-Kataloge

und die Absicherung der ambulanten Psychotherapie ab. Im praktischen Alltag wurden diese Leistungen auch schon bis dato erstattet, auch wenn bestimmte moderne medizinische Leistungen oder Hilfsmittel in älteren PKV-Tarifen naturgemäß noch nicht enthalten sein konnten.

Viele PKV-Unternehmen haben nun im Zusammenhang mit der Unisex-Tarifumstellung zum Dezember 2012 ihre Tarife auch mit Mindestleistungen versehen, mit denen die genannten Kritikpunkte ausgeräumt wurden.

Die neuen geschlechtsneutralen Tarife sehen vielfach die Erstattung von Hilfsmitteln vor, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen oder die lebenserhaltend sind, ohne diese abschließend aufzuzählen (offener Hilfsmittel-Katalog). Im Bereich der ambulanten Psychotherapie können Aufwendungen für bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet werden, wodurch auch eine ggf. medizinisch notwendige hohe Therapiefrequenz ermöglicht wird.

Zusätzlich können in Verbindung mit Suchterkrankungen auch Leistungen für bis zu drei ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen vorgesehen werden, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Die Abhängigkeit von Nikotin kann allerdings ausgenommen werden.

Hilfsmittel und
Psychotherapie

Entwöhnungsbehandlungen
bei Suchterkrankungen

3.6 Stationäre Leistungen

Verhandlungen auf Bundes- und Landesebene

Die übertragenen Selbstverwaltungsaufgaben haben der PKV-Verband und seine Landesausschüsse 2013 wieder zahlreich wahrgenommen. Begleitet wurden unter anderem die Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten (LBFW), dem Bundesbasisfallwert (BBFW), den Ausbildungsfonds, den Entgelten für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren, dem Veränderungswert, der Fallpauschalenverordnung (FPV), der Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV), dem DRG-Systemzuschlag, den Zuschlägen zur externen stationären Qualitätssicherung und den Besonderen Einrichtungen.

Die Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten

Die Verhandlungen für den LBFW 2014 wurden in fast allen Bundesländern später aufgenommen als in den Vorjahren, unter anderem deshalb, weil Bundesbasisfallwert und Korridorgrenzen sowie der Veränderungswert Anfang Oktober 2013 noch nicht vorlagen.

Die LBFW Verhandlungen wurden nach Aufnahme vielerorts zügig zum Abschluss gebracht. Zum Stand Januar 2014 lagen für 12 Bundesländer geeinigte Ergebnisse vor. Die LBFW waren von 2010 bis 2014 in fünf Konvergenzschritten an den BBFW Korridor anzugleichen. In acht Ländern entspricht der LBFW 2014 der unteren Korridorgrenze, da verhandelte Werte, die unterhalb des Korridors liegen, an diese Grenze – so die normative Vorgabe – anzuheben sind.

Die vollständige Bundesübersicht über die Landesbasisfallwerte des Berichtsjahres 2013 (ohne und mit Ausgleichen – inklusive Tariferhöhungsrate) ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Übersicht zu den Landesbasisfallwerten des Jahres 2013	Betrag in Euro	
	ohne Ausgleiche (inklusive Erhöhungsrate)	mit Ausgleichen
Baden-Württemberg	3.114,29	3.121,04
Bayern	3.100,00	3.090,00
Berlin	3.015,00	3.017,50
Brandenburg	3.013,00	3.013,00
Bremen	3.105,00	3.105,00
Hamburg	3.104,00	3.109,00
Hessen	3.066,60	3.065,41
Mecklenburg-Vorpommern	3.019,90	3.019,90
Niedersachsen	3.021,00	3.016,00
Nordrhein-Westfalen	3.035,50	3.037,50
Rheinland-Pfalz	3.250,70	3.250,70
Saarland	3.149,42	3.141,42
Sachsen	3.012,76	3.016,62
Sachsen-Anhalt	3.018,00	3.013,00
Schleswig-Holstein	3.012,04	3.012,04
Thüringen	3.012,75	2.999,85

R13/3601

Bundesbasisfallwert 2014

Mit der Berechnung des BBFW und des einheitlichen Basisfallwertkorridors ist nach § 10 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt. Grundlage der Berechnung sind die bis zum 31. Juli eines jeden Jahres von den Landeskrankenhausgesellschaften übermittelten Parameter der aktuellen Landesbasisfallwerte (Landesbasisfallwert, Ausgabenvolumen, Summe der effektiven Bewertungsrelationen). Das Berechnungsergebnis liefert die Basis für die Vereinbarung des BBFW auf Bundesebene, wobei das Vereinbarungsergebnis noch um die maßgebliche Veränderungsrate nach § 71 SGB V zu erhöhen ist.

Unter Berücksichtigung eines Veränderungswertes von 2,81 Prozent wurde für 2014 ein BBFW von 3.156,82 Euro, die obere Korridorgrenze mit 3.235,74 Euro (+2,5 Prozent), die untere Korridorgrenze mit 3.117,36 Euro (-1,25 Prozent) ermittelt.

Ausbildungsfonds und Ausbildungszuschlag auf Landesebene

Gemäß § 17 a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 bis 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) besteht seit 2006 die Möglichkeit, auf Landesebene Ausbildungsfonds zu bilden. Intention ist es, eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser im Wettbewerb mit nicht ausbildenden Krankenhäusern zu vermeiden. Seit ihrer Installation werden einheitliche Ausbildungszuschläge je voll- und teilstationärem Fall erhoben, mit dem der Ausbildungsfonds finanziert wird. In 11 Bundesländer gibt es einen solchen Ausgleichsfonds.

Der folgenden Tabelle sind die Ausbildungszuschläge des Berichtsjahres 2013 zu entnehmen:

Bundesland	Ausbildungszuschlag 2013 in Euro
Baden-Württemberg	89,91
Bayern	67,55
Berlin	58,55
Brandenburg	
Bremen	70,88
Hamburg	
Hessen	66,24
Mecklenburg-Vorpommern	
Niedersachsen	87,88
Nordrhein-Westfalen	76,53
Rheinland-Pfalz	72,11
Saarland	105,04
Sachsen	
Sachsen-Anhalt	
Schleswig-Holstein	86,31
Thüringen	35,25

R13/3602

Veränderungswert/Orientierungswert für Krankenhäuser

Der sogenannte Orientierungswert wird nach Maßgabe des § 10 Abs. 6 KHEntgG vom Statistischen Bundesamt ermittelt und veröffentlicht. Er soll Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser abbilden und sollte ursprünglich ab dem Jahr 2013 die Grundlohnrate (Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V), welche die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der GKV wiedergibt, als Obergrenze für die Landesbasisfallwerte ablösen. Für 2014 wurde er mit 2,02 Prozent ermittelt. Mit dem im Juni 2013 beschlossenen Beitragsschuldengesetz wurde die Ablösung der Grundlohnrate indes teilweise wieder rückgängig gemacht. Sofern die Grundlohnrate in Zukunft höher als der Orientierungswert ist, wird der Veränderungswert im Krankenhausbereich der Grundlohnrate entsprechen und nicht wie noch für 2013 dem niedrigeren

Orientierungswert. 2014 betragen demnach Grundlohnrate und Veränderungswert 2,81 Prozent. Zudem wird für die Jahre 2014 und 2015 für den Fall, dass der Orientierungswert oberhalb der Grundlohnrate liegt, der Verhandlungskorridor von einem Drittel der Differenz von Orientierungswert und Grundlohnrate (so noch 2013) auf die vollständige Differenz zwischen Grundlohnrate und Orientierungswert ausgedehnt. Hierdurch können über eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte den Krankenhäusern zusätzliche Mittel zugeführt werden.

Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen 2014

Die Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für das Jahr 2014 konnte Ende November 2013 von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene im Spitzengespräch konsentiert werden. Nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG in Verbindung mit § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG können Besondere Einrichtungen zeitlich befristet aus dem DRG-Vergütungssystem ausgenommen werden, sofern dies nach Feststellung der Vertragsparteien auf Bundesebene erforderlich ist. Diese Feststellung erfolgt durch die VBE, die jährlich neu zu vereinbaren ist.

Im Vorfeld der Gespräche zur VBE 2014 signalisierte die GKV, dass sie an einer Prolongation der bestehenden Vereinbarung in weitgehend unveränderter Form interessiert sei.

Die DKG war grundsätzlich einverstanden, regte jedoch an, den Prüfauftrag an das InEK bezüglich der Palliativstationen, der seit dem Jahr 2009 Bestandteil der VBE ist, zu streichen, da er ihrer Ansicht nach mittlerweile verzichtbar sei. Hierfür konnte mit allen Vereinbarungspartnern Einigkeit erzielt werden. Der Streit der vergangenen Jahre, ob Palliativstationen oder -einheiten als Besondere Einrichtungen ausgenommen werden können oder nicht, ist damit für 2014 beigelegt. Auch im nächsten Jahr kann gemäß § 1 Abs. 3 Satz 1 VBE 2014 eine Palliativstation oder -einheit als Besondere Einrichtung ausgenommen werden, wenn sie räumlich und organisatorisch die erforderlichen Kriterien erfüllt. Als einzige Folgeänderung wurde in die VBE 2014 aufgenommen, dass neben dem ZE 60 künftig auch das neue Zusatzentgelt ZE 145 nicht in Verbindung mit den nach § 3 Abs. 1 Satz 1 für das Jahr 2014 vereinbarten Entgelten abgerechnet werden kann.

DRG-Systemzuschlag 2014

Mit dem DRG-Systemzuschlags-Gesetz wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, mit verbindlicher Drittwirkung für alle Krankenhäuser und Kostenträger sowie Selbstzahler die Finanzierung der Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems über die Vereinbarung eines entsprechenden Zuschlags sicherzustellen. Dieser DRG-Systemzuschlag wurde für 2014 in Höhe von 1,05 Euro pro Fall festgelegt, davon entfallen auf den Zuschlag für die pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation 0,93 Euro und auf den Zuschlag für die Finanzierung des InEK 0,12 Euro.

DRG-System

Anfang September hat das InEK den Selbstverwaltungspartnern das DRG-System 2014 vorgestellt. In Spitzengesprächen von DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband konnte erneut eine Einigung für den Fallpauschalenkatalog für 2014 erzielt werden.

Das DRG-System 2014 basiert auf den Rohfallkostendaten von 244 (2013: 241) datenliefernden Krankenhäusern mit rund 6,4 Millionen Fällen. Enthalten sind dieses Mal die Daten von 12 Universitätskliniken. Das System enthält künftig:

- 1.196 DRG
- davon im FP-Katalog Hauptabteilung 1.148 DRG
- davon nicht bewertet (Anlage 3a) 43 DRG
- davon 5 rein teilstationäre DRG, von denen nunmehr 2 bewertet sind
- neu bewertet wurde die Erwachsenenendialyse mit Peritonealdialyse (L90B)
- explizite Ein-Belegungstag-DRGs gibt es 20 und implizite 325.

Beim DRG-System 2014 war Schwerpunkt der Überarbeitung die verbesserte Abbildung der Erkrankungsschwere durch Überarbeitung der PCCL-Berechnung (d. h. des patientenbezogenen Gesamtschweregrads). Die Formel wurde so modifiziert, dass geringe klinische Komplexitätsgrade (CCL) nun nicht mehr so stark zu hohen PCCL-Ausschlägen führen. Hintergrund ist, dass die Methodik zur Berechnung des PCCL seinerzeit unverändert vom australischen AR-DRG-System übernommen wurde und seit Einführung des G-DRG-Systems galt. Sie stammt aus einer Zeit mit 2 bis 3 Nebendiagnosen/Fall. Die durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen je Fall ist jedoch im Laufe der Jahre angestiegen.

Für eine differenzierte DRG-Weiterentwicklung hat das InEK den Fokus auf die Abbildung besonders teurer Fälle und die sachgerechte Abbildung der Aufwände bei der Behandlung von Kindern gelegt. Zahlreiche Veränderungen im Detail zur verbesserten sachgerechten Abbildung führten zum größten Systemumbau seit 2003.

Zentraler Verhandlungsgegenstand war das im vergangenen Jahr erstmals gebildete Zusatzentgelt für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren. Anhand der bisherigen Erfahrungen wurden nunmehr für besonders teure Fälle verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten vereinbart.

Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Seit Anfang 2013 gibt es in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ebenfalls ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. Das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) ist am 1. August 2012 in Kraft getreten. Grundlage für das neue Entgeltsystem bilden tagesbezogene Pauschalen, die die bisher abteilungsbezogenen Tagespfelegesätze ablösen. 2013 konnten die Einrichtungen das neue System auf freiwilliger Basis einführen. Ab 2015 ist es verpflichtend anzuwenden. Zum 1. Januar 2017 beginnt für die Dauer von fünf Jahren eine sogenannte Konvergenzphase, in der die Durchschnittsvergütungen der Einrichtungen schrittweise an ein landesweites Niveau angepasst werden. Ab dem 1. Januar 2022 soll für die Krankenhäuser ein landesweites Festpreissystem gelten. Allerdings hat die DKG wiederholt die Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre im politischen Raum gefordert.

Der Entgeltkatalog 2013 musste mangels Einigung der Selbstverwaltungspartner per Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium festgesetzt werden. Auch wenn sich die Verhandlungen für 2014 wiederum sehr schwierig gestalteten, konnten sich die Selbstverwaltungspartner letztlich doch auf einen Entgeltkatalog samt Abrechnungsbestimmungen einigen. Die Verständigung war nur in Verbindung mit einem Prüfauftrag an das InEK möglich, den die DKG gefordert hatte, weil sie Nachteile für die Patienten im bestehenden Entgeltsystem mit dem fallbezogenen Gruppierungsmechanismus vermutet. Der Prüfauftrag sieht weitergehende tagesbezogenen Analysen vor mit dem Ziel, Lösungen zu finden, bei denen Erlös- und Aufwandsverläufe nicht extrem auseinanderfallen.

Für die Kalkulation des PEPP-Systems 2014 lieferten 70 Einrichtungen Daten von 191.767 vollstationären und 28.820 teilstationären Fällen. Nach einer Reihe erforderlicher Bereinigungen ergab sich eine Kalkulationsmenge von 147.026 vollstationären und 22.081 teilstationären Fällen aus 66 Einrichtungen.

Der PEPP-Katalog 2014 enthält insgesamt 151 tagesbezogene Entgelte für voll- und teilstationäre Leistungen und 81 Zusatzentgelte, die für hochaufwändige Leistungen bezahlt werden.

Modellvorhaben nach § 64 b SGB V

Mit Einführung des § 64 b SGB V hat der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet, Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen zu etablieren und über eine wissenschaftliche Evaluation die erzielten Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Versorgung zu verwenden. Der PKV-Verband und die privaten Krankenversicherungsunternehmen können sich an solchen Modellvorhaben beteiligen.

Ein wesentliches Ziel der Projekte ist die Realisierung einer optimierten stationär-ambulant Verzahnung. Ambulante und teilstationäre Behandlungsformen sollen, einhergehend mit einer Reduktion stationärer Leistungen, verbessert und gestärkt werden mit dem Ziel der Enthospitalisierung betroffener Patienten und der Verringerung von Wiedereinweisungen in die stationäre Versorgung. Das erste Projekt dieser Art wurde im Berichtsjahr am Klinikum Hanau entwickelt und umgesetzt.

Der PKV-Verband befürwortet die Etablierung derartiger Modelle und die diesen Modellen zugrunde liegenden medizinischen Konzepte. Es ist zu erwarten, dass von der Weiterentwicklung der Modellvorhaben nach § 64 b SGB V wesentliche Impulse für die Optimierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland ausgehen werden. Die PKV beabsichtigt, diese Entwicklung durch eine Teilnahme an solchen Modellen aktiv zu unterstützen und auch insoweit einen Beitrag zum Wettbewerb um die beste Versorgung zu leisten.

Qualitätspartnerschaften mit ausgewählten Krankenhäusern

Der Verband strebt Partnerschaften mit Kliniken an, die überdurchschnittlich gute medizinische Leistungen erbringen. Mit mittlerweile rund 125 Krankenhäusern, darunter auch größere Klinik-Ketten, konnte eine Kooperation unter der Bezeichnung „Qualität und Service“ eingegangen werden.

Die drei Kriterien, die einer Qualitätspartnerschaft zwischen Krankenhaus und PKV zugrunde liegen, sind:

- Überdurchschnittliche medizinische Qualität in relevanten/signifikanten Leistungsbereichen des Krankenhauses (Nachweis durch Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung)
- Überdurchschnittliche Leistungen im Bereich der Wahlleistung Unterkunft und diesbezügliche Abstimmung mit dem Verband
- Die Klinik wird insgesamt (d. h. in ihrem gesamten Leistungsspektrum) als leistungsrechtlich unbedenklich eingestuft.



Einen Überblick über die Qualitätspartner der PKV bietet die Internetseite www.derprivatpatient.de, die eine Liste sämtlicher Qualitätskliniken enthält. Auf einer Deutschlandkarte wird ein schneller und anschaulicher Überblick über die Standorte der einzelnen Partnerschaftshäuser vermittelt. Zudem finden sich zu sämtlichen Kliniken weiterführende Informationen, z. B. zu medizinischen Spezialgebieten und Wahlleistungsangeboten.

Einrichtungen gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG

Die Auseinandersetzungen mit einigen Klinikbetreibern über die Geltung der Entgeltbindung des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG wurden im Berichtsjahr durch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 20. August 2013 (1 BvR 2402/12, 1 BvR 2684/12) zu Gunsten der Patienten entschieden. Das Gericht bestätigt die Entgeltbindung und verneint die Möglichkeit der Verletzung von Grundrechten sowohl in Bezug auf solche Klinikträger, deren Einrichtungen aus einem in räumlicher Nähe befindlichen Plankrankenhaus ausgegründet wurden, als auch in Bezug auf diejenigen Klinikträger, die an ihrem Privatklinikstandort zusätzlich ein parallel betriebenes Plankrankenhaus etabliert haben. Den in Reaktion auf die Einführung der Neuregelung erfolgten Abrechnungen neuer Entgeltposten wie z. B. „Investitionszuschlägen“, die entgegen dem gesetzgeberischen Willen weiterhin zu einer Mehrbelastung der Patienten in ausgegründeten/verbundenen Privatkliniken führen sollten, erteilt das Gericht eine klare Absage. Angesichts der Bestätigung der Entgeltbindung durch das Bundesverfassungsgericht stellt sich noch dringlicher die Frage, ob die umsatzsteuerliche Differenzierung zwischen Plankrankenhäusern und verbundenen Einrichtungen im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG mit den europarechtlichen Vorgaben in Art. 132 Abs. 1 Buchst. b MwStSystRL vereinbar ist.

Krankenhausdatenbank des PKV-Verbandes

Um die Mitgliedsunternehmen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen zu unterstützen, pflegt der PKV-Verband eine umfangreiche Datenbank. Datenerfassungsbasis sind die Genehmigungsbescheide nach dem KHG und Befragungen der Krankenhäuser. Daraus sind Informationen hinsichtlich sämtlicher Entgeltformen wie z. B. Landesbasisfallwerte, Zusatzentgelte und Pflegesätze zu entnehmen. Eingang in die Datenbank finden auch die Beurteilungen der Kliniken auf der Basis der Musterbedingungen. Die Informationen der Datenbank sind über die Internetadresse www.derprivatpatient.de für jeden einsehbar.

Die folgenden Tabellen enthalten eine Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge im Vergleich der Jahre 2012 und 2013. Diese Entgelte vergüten eine gegenüber der Regelstation verbesserte Unterbringung auf der Basis des BGH-Urteils vom 4. August 2000 (Az.: ZR 158/99). Das Preis-Leistungs-Verhältnis für das einzelne Krankenhaus wird dabei weiter konkretisiert durch eine Vereinbarung zwischen der DKG und dem PKV-Verband. Die Auswertung weist für das Jahr 2013 einen durchschnittlichen bundesweiten Einbettzimmerzuschlag von 92,51 Euro aus, für die bessere Unterbringung im Zweibettzimmer wurden bundesweit durchschnittlich 47,15 Euro abgerechnet. Bezogen auf die einzelnen Bundesländer liegen die Spannweiten bei den durchschnittlichen Einbettzimmerzuschlägen zwischen 118,55 Euro für Berlin und 65,61 Euro für Sachsen und Sachsen-Anhalt und bei den durchschnittlichen Zweibettzimmerzuschlägen zwischen 51,77 Euro für Nordrhein-Westfalen und 30,49 Euro für Sachsen-Anhalt.

Einbettzimmerzuschläge nach Ländern	2012 in Euro	2013 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	88,30	92,51	4,77
Baden-Württemberg	89,82	91,39	1,75
Bayern	93,28	94,39	1,19
Berlin	118,41	118,55	0,12
Brandenburg	70,84	71,03	0,27
Bremen	96,11	95,87	-0,25
Hamburg	95,91	98,86	3,08
Hessen	90,26	91,55	1,43
Mecklenburg-Vorpommern	77,59	86,42	11,38
Niedersachsen	84,50	86,26	2,08
Nordrhein-Westfalen	93,97	95,81	1,96
Rheinland-Pfalz	89,67	91,87	2,45
Saarland	90,64	94,58	4,35
Sachsen	62,84	65,61	4,41
Sachsen-Anhalt	64,78	65,61	1,28
Schleswig-Holstein	82,78	87,26	5,41
Thüringen	72,32	75,76	4,76

R13/3603

Zweibettzimmerzuschläge nach Ländern	2012 in Euro	2013 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	44,89	47,15	5,03
Baden-Württemberg	45,22	46,13	2,01
Bayern	46,43	46,84	0,88
Berlin	45,40	46,47	2,36
Brandenburg	37,36	37,02	-0,91
Bremen	49,54	49,58	0,08
Hamburg	47,14	49,21	4,39
Hessen	43,54	44,65	2,55
Mecklenburg-Vorpommern	30,00	33,30	11,00
Niedersachsen	42,88	44,33	3,38
Nordrhein-Westfalen	50,93	51,77	1,65
Rheinland-Pfalz	47,63	48,43	1,68
Saarland	44,14	44,66	1,18
Sachsen	29,09	31,55	8,46
Sachsen-Anhalt	29,71	30,49	2,63
Schleswig-Holstein	43,99	46,37	5,41
Thüringen	35,83	37,37	4,30

R13/3604

3.7 Private Pflegepflichtversicherung

Beiträge

Der monatliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist zum 1. Januar 2013 auf 80,72 Euro (Vorjahr: 74,58 Euro) gestiegen. Der Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation der Beitragsbemessungsgrenze (3.937,50 Euro) mit dem Beitragssatz (2,05%). Für Versicherte mit Beihilfeanspruch gilt gesetzlich der halbe Höchstbeitrag, also 40,36 Euro (Vorjahr: 37,29 Euro). In der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ist der Beitrag grundsätzlich vom Alter beim Eintritt in die Versicherung abhängig. Eine Beitragsbegrenzung auf den Höchstbeitrag können aber Versicherte beanspruchen, die seit mindestens fünf Jahren privat kranken- oder pflegeversichert sind. Bei Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall erhebt die PPV in diesem Fall höchstens 40 Prozent des Höchstbeitrags, seit dem 1. Januar 2012 also 32,29 Euro (Vorjahr 29,83 Euro). Ehegatten und eingetragene Lebenspartner zahlen in der PPV gemeinsam höchstens 150 Prozent des Höchstbeitrages (bei Beihilfeberechtigten des halben Höchstbeitrages) der sozialen Pflegeversicherung (SPV), wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner bereits seit dem 1. Januar 1995 in der PPV versichert ist (Altbestand) und ein Ehegatte oder Lebenspartner ein Gesamteinkommen von

höchstens 385 Euro im Monat (Vorjahr 375 Euro), bzw. bei geringfügig Beschäftigten von 450 Euro im Monat hat.

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

Besondere Höchstbeitragsregelungen gelten in der PPV für Versicherte des Basistarifs nach § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz. Sie haben – ohne die ansonsten erforderliche Vorversicherungszeit von fünf Jahren – generell Anspruch auf Beitragsbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung. Sofern ihr Beitrag zur Krankenversicherung nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert ist, nämlich bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII, vermindert sich der zu zahlende Beitrag auf 50 Prozent des Höchstbeitrages. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall gilt in diesem Fall eine Beitragsbegrenzung auf 50 Prozent des halben Höchstbeitrages; Ausgangsbasis ist hier also nicht der auf 40 Prozent reduzierte Höchstbeitrag der PPV. Droht durch die Beitragszahlung dann immer noch Hilfebedürftigkeit, leistet der nach dem SGB II oder SGB XII zuständige Träger auf Antrag einen Zuschuss, so dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Auch wenn unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht und dies durch den nach dem SGB II oder SGB XII zuständigen Träger bescheinigt wird, reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags.

Der Beitrag für die über 25 Jahre alten und damit nicht mehr beitragsfreien Studenten (nur Tarifstufe PVN) lag für das Jahr 2013 bei 8,37 Euro monatlich (zuvor: 8,72 Euro). Für die Anwartschaftsversicherung, die für Zeiten einer Versicherungspflicht in der SPV abgeschlossen werden kann, lagen die Beiträge im Jahr 2013 bei 6,00 Euro monatlich in der Tarifstufe PVN (zuvor: 5,61 Euro). Die tatsächlich erhobenen Beiträge konnten wegen abweichender Kostensätze der Versicherungsunternehmen niedriger ausfallen.

Gesetzgebung zur Pflege

Nach dem am 16. Dezember 2013 unterzeichneten Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD werden die Leistungen der Pflegeversicherung ausgeweitet, damit sie „den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen besser entsprechen“. Im Mittelpunkt der Vorhaben steht die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Die Umsetzung der Pflegereform soll nach dem Koalitionsvertrag in zwei Stufen erfolgen. Zur ersten Stufe zählt der Ausbau der schon bestehenden Betreuungsleistungen (§§ 45b, 87b, 124 SGB XI) und deren Ausdehnung auf alle Pflegebedürftigen. Ebenfalls in dieser ersten Phase soll eine „gesetzlich vorgesehene Dynamisierung der Leistungen“ erfolgen. Nach § 30 SGB XI ist dies durch Rechtsverordnung möglich.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und vermutlich auch die sonstigen Neuregelungen im Leistungsrecht werden in der zweiten Stufe erfolgen. Im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung sollen somit die Themen Pflegebedürftigkeitsbegriff, Leistungen der Pflegeversicherung, Pflegevorsorgefonds, Pflegepersonal und Ausbildung, Pflegeberatung, Transparenz

Beitragszuschlag für
Kinderlose

Höchstbeiträge für
Versicherte des Basistarifs

Studentenbeitrag,
Anwartschaftsversicherung

Koalitionsvertrag

und Nutzerorientierung, Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Allianz für Menschen mit Demenz, Haushaltsnahe und familienunterstützende Dienstleistungen, Versorgungsforschung und Finanzierung angegangen werden.

Eine Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU hat sich in einer Klausurtagung bereits darauf verständigt, wie die ab 2015 zusätzlich für die SPV vorgesehenen 3,6 Mrd. Euro verwendet werden sollen. Durch eine Verbesserung des Personalschlüssels (von 1 zu 24 auf 1 zu 20) der Betreuungskräfte sollen etwa 45.000 zusätzliche Kräfte eingestellt werden. Die Dynamisierung der Leistungen soll als Inflationsausgleich mit 3 Prozent erfolgen. Etwa 40 Mio. Euro sind für eine zehntägige Auszeit vom Beruf für pflegebereite Angehörige eingeplant. In den Aufbau eines Pflegevorsorgefonds sollen ab dem Jahr 2015 1,2 Mrd. Euro fließen. Die Ergebnisse des Expertenbeirats zum Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen in Modellen erprobt werden.

Geförderte Pflege-Zusatzversicherung

Seit dem 1. Januar 2013 wird die private Pflegevorsorge mit der staatlich geförderten, ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV) unterstützt. Bei dieser Pflegezusatzversicherung handelt es sich um eine Pfl egetagegeldversicherung. Durch die besonderen gesetzlichen Vorgaben können auch Personen mit Vorerkrankungen diese Zusatzversicherung ohne Beitragszuschläge oder Leistungsausschlüsse abschließen. Von dieser Möglichkeit hatten bis zum 31. Dezember 2013 bereits über 350.000 Personen Gebrauch gemacht.

Mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde zur Umsetzung der Zulagenförderung der privaten Pflegeversorgung im Hinblick auf die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung nach den §§ 126 ff. SGB XI eine Zusammenstellung der oft gestellten Fragen und den dazugehörigen Antworten (FAQ-Liste) abgestimmt. Beispielsweise wurde festgehalten, dass die GEPV auch im Rahmen von Gruppenverträgen unter Beachtung bestimmter Vorgaben angeboten werden kann. Ebenfalls enthalten ist die Information, dass das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 127 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB XI grundsätzlich nur solche Tarife als förderfähig ansieht, bei denen, unbeschadet der Möglichkeit der Dynamisierung und unbeschadet einer Anhebung der Monatsleistungen zum Erhalt der Förderfähigkeit nach § 13 MB/GEPV 2013, die Höhe der Leistungen (versicherbarer Höchstbetrag) die jeweils geltenden Höchstbeträge nach § 36 und § 43 SGB XI (jeweils 1.918 Euro) nicht übersteigt.

Der Koalitionsvertrag enthält zur Zulagenförderung keine Aussagen, so dass insofern von gleichbleibenden Rahmenbedingungen ausgegangen werden kann. Zur Umsetzung des Zulagenverfahrens wurden ab 1. Januar 2014 die technischen Möglichkeiten geschaffen, die Zulage für die im Rahmen der Geförderten Ergänzenden Pflegeversicherung abgeschlossenen Verträge bei der zentralen Stelle für Pflegevorsorge (ZfP) zu beantragen. Diese ist bei der Deutsche Rentenversicherung Bund am Standort Brandenburg/Havel eingerichtet worden. Bei der initialen Beantragung ist zu berücksichtigen, dass die Bearbeitung der Zulageanträge mehrere Tage in Anspruch nehmen kann, da sämtliche Personendaten zur Validierung an die Deutsche Rentenversicherung Bund übermittelt werden. Die gültigen Datensätze, die vor dem 31. März 2014 bearbeitet werden, kommen zum ersten Termin am 20. April 2014 zur Auszahlung. In den Folgejahren, wenn die ZfP über einen eigenen Datenbestand verfügt, wurde von der ZfP in Aussicht gestellt, dass die Zulagebeantragung schneller abläuft. Darüber hinaus wurden die Datensätze zur Beantragung des Festsetzungsverfahrens,

die Auszahlungsreferenzdatei, die Rückforderungsreferenzdatei, und die Rückzahlungsreferenzdatei abgestimmt und dem BMG zur Abnahme vorgelegt. In der Abstimmung befand sich am Ende des Berichtszeitraums (Februar 2014) noch der Statistikdatensatz. Offen war außerdem noch das gesamte Auszahlungsverfahren.

Zur Geförderten Ergänzenden Pflegeversicherung wurde am 10. Dezember 2013 eine Informationsveranstaltung durch den PKV-Verband durchgeführt. Rund 50 Teilnehmer aus den Mitgliedsunternehmen, dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) sowie Dienstleister ließen sich von Referentinnen und Referenten der ZfP auf den neusten Stand bringen. Der Vertreter eines Versicherungsunternehmens stellte außerdem das Datennetz des GDV vor, dass hier genutzt wird.

Expertenbeirat Pflegebegriff

Am 27. Juni 2013 wurde der Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs an den Bundesminister für Gesundheit überreicht. In den Berichten des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem Jahr 2009 war ein neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit (fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen) mit einem entsprechenden, neuen Begutachtungsverfahren vorgeschlagen worden. Der nun vorgelegte Bericht spricht auf der Grundlage erneuter intensiver Beratungen zahlreicher Akteure des Pflegebereichs weitere offene Fragen an und vertieft die bisher gewonnen Erkenntnisse.

Ziel und Hauptvorteil eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die gleichberechtigte Berücksichtigung von sowohl körperlichen als auch kognitiven bzw. psychischen Einschränkungen und deren Bewertung in einem einheitlichen System als Basis für ein einheitliches Leistungsrecht. Zwar sind inzwischen u. a. durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012 weitere zusätzliche Leistungen eingeführt worden, die die Betreuung z. B. von Demenzkranken erleichtern. Der berechnete Personenkreis wird aber nach wie vor durch ein besonderes Verfahren nach § 45a SGB XI ermittelt und es bestehen Sondervorschriften im Leistungsrecht.

Der PKV-Verband hat bei seiner Beteiligung an den Beratungen besonderen Wert auf praktikable Lösungen bei der Umsetzung der ministeriellen Vorgabe gelegt, wonach kein Leistungsbezieher bei der Einführung eines neuen Systems schlechter gestellt werden darf als vorher. In diesem Zusammenhang sah der Verband sich veranlasst, der Mehrheit zu widersprechen, die faktisch für eine langjährige parallele Leistungsberechnung nach altem und neuem Recht zum Zwecke der Günstigerprüfung eintritt. Dies würde allerdings zu einem erheblichen Mehraufwand bei der Bearbeitung der Leistungsfälle führen, was angesichts der knappen Mittel der Pflegeversicherung nicht vertretbar erscheint. Im Gesetzgebungsverfahren sollte das Ziel eines wirksamen Bestandschutzes mit dem Ziel der Vermeidung von Bürokratie in Einklang gebracht werden.

In einem Gesetzgebungsverfahren zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird darauf zu achten sein, dass die Regelungen zum Bestandschutz auch für die Pflegezusatzversicherung, für die der neue Pflegebegriff in der Regel ebenfalls maßgeblich sein wird, passen. Da es dort regelmäßig eine bestimmte Geldleistung bzw. Kostenerstattung je Pflegestufe gibt und der Expertenbeirat eine „formale Überleitung“, d. h. eine Umgruppierung der

Informationsveranstaltung

Günstigerprüfung

Auswirkungen auf
Pflegezusatzversicherung

Pflegebedürftigen in die neuen Pflegegrade nach einem bestimmten Schema vorsieht, sollte dies relativ unproblematisch möglich sein. Betroffen sind auch andere Sparten, etwa die Lebensversicherung und die Unfallversicherung.

Bemerkenswert ist auch, dass sich der Expertenbeirat für die Beibehaltung des Teilleistungssystems der gesetzlichen Pflegeversicherung ausgesprochen hat, also nicht für eine volle Kostendeckung plädiert. Die Notwendigkeit ergänzender privater Vorsorge wird somit nicht in Frage gestellt.

MB/PPV 2014

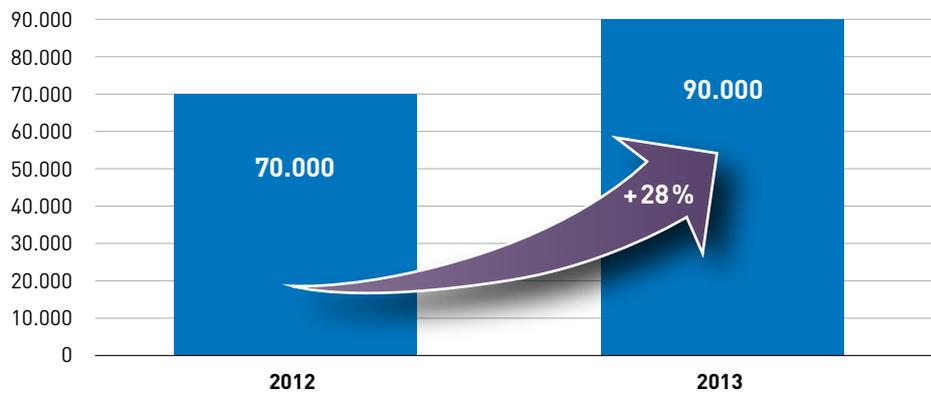
Aufgrund gesetzlicher Änderungen sowie der Notwendigkeit redaktioneller Anpassungen und Klarstellungen wurden die brancheneinheitlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV) mit Wirkung für neue und bestehende Versicherungsverträge angepasst. Dadurch wurden auch Änderungen in den Bedingungen für die Kleine und die Große Anwartschaftsversicherung, sowie bei der Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten notwendig. Der juristische Treuhänder nach § 203 Absatz 3 VVG hatte den Änderungen zugestimmt.

Zur Ablösung des bundesweit einheitlichen Heimgesetzes wurde auch im Freistaat Thüringen ein Entwurf für ein Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz (ThürWTG) vorgelegt. Die übrigen Bundesländer haben bereits in den vergangenen Jahren eigene Landesheimgesetze erlassen. Entsprechend Artikel 3 des Brandenburgischen Pflege- und Betreuungswohngesetz erfolgte eine Evaluation der bestehenden Regelungen. Diese haben sich im Ergebnis bewährt. Durch die Evaluation wurde aufgezeigt, dass die mit den Neuregelungen verbundenen Möglichkeiten noch nicht vollständig genutzt werden und somit die Umsetzung des neuen Heimrechts nur Schritt für Schritt erfolge. Aufgrund teilweise nicht praktikabler Regelungen im Wohn- und Teilhabegesetz des Landes Nordrhein-Westfalen wurde die in § 23 Abs. 3 vorgesehene Überprüfung der gesetzlichen Regelungen vorgezogen und erfolgte parallel zur Überarbeitung des Landespflegegesetzes. Ein Bericht über die Umsetzung und die Auswirkungen des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe in Rheinland-Pfalz wurde durch die Landesregierung vorbereitet. Auch das Landesheimgesetz in Baden-Württemberg befindet sich in Überarbeitung und soll durch das neue Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG) ersetzt werden. Im Saarland wird durch eine Expertengruppe eine Novellierung des Landesheimgesetzes Saarland (LHeimGS) im Jahr 2015 vorbereitet.

Pflegeberatung in der PPV – COMPASS Private Pflegeberatung

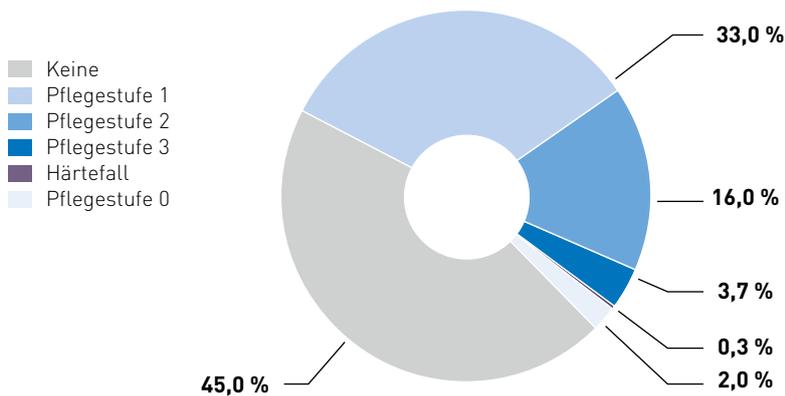
Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der COMPASS Private Pflegeberatung haben 2013 rund 90.000 Gespräche geführt – persönlich oder telefonisch. Im Vorjahr lag die Zahl bei rund 72.000.

Pflegeberatungen 2012 und 2013



R13/3701

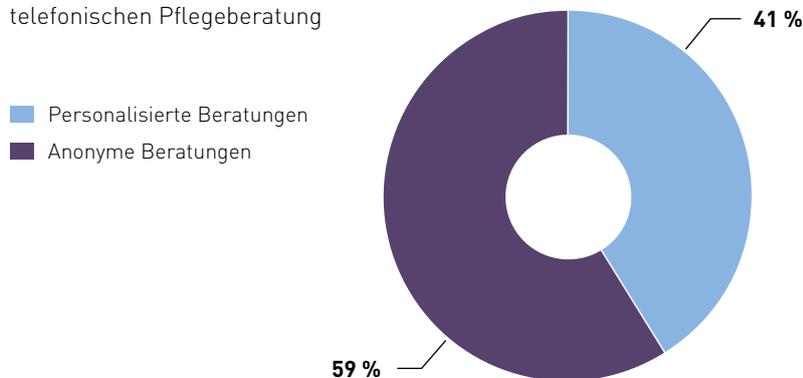
COMPASS-KlientInnen 2013 nach Pflegestufen



R13/3702

COMPASS 2013: anonyme Beratungen am Telefon

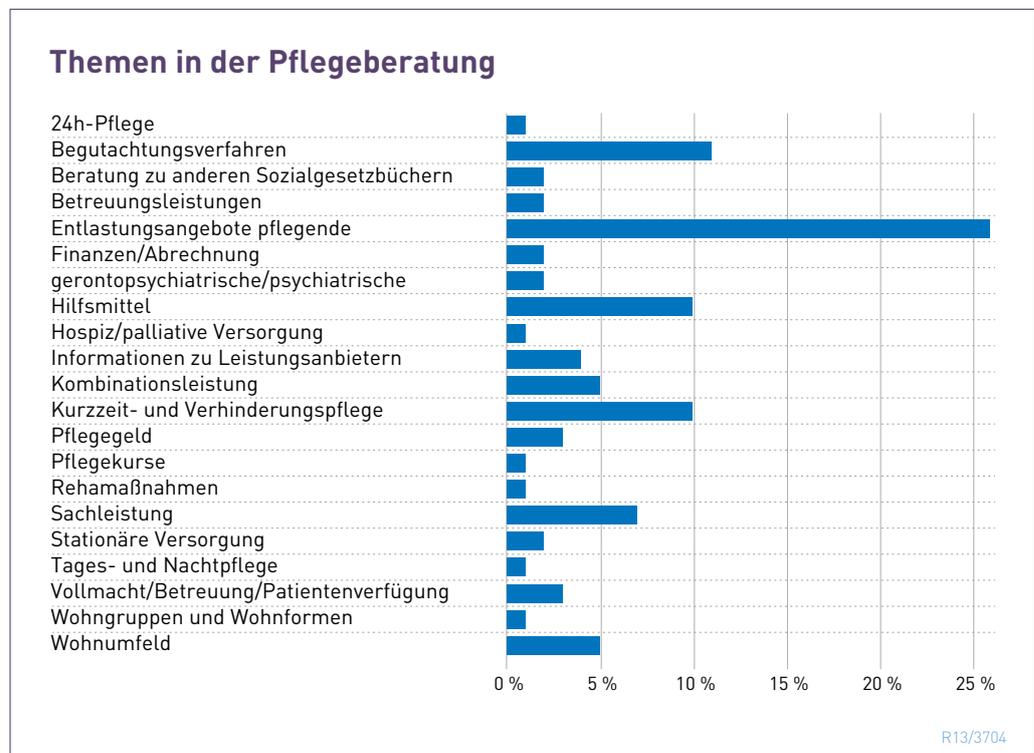
Klientinnen und Klienten in der telefonischen Pflegeberatung



R13/3703

Die Zugangskanäle zur Pflegeberatung sind vielfältig. Neben den privaten Kranken- und Pflegeversicherern informieren Kliniken im Rahmen des Entlassungsmanagements zu dem Angebot der Pflegeberatung. Viele Klientinnen und Klienten erfahren jedoch auch über Medien – online und offline – von der

Pflegeberatung. Beratungsstellen in den Kommunen spielen ebenfalls als Referenzquelle eine wichtige Rolle. Zudem ist COMPASS inzwischen in den Regionen und bundesweit im Netzwerk sehr gut verankert und hat verschiedene Kooperationen abgeschlossen, über die potenzielle Klientinnen und Klienten ebenfalls von dem Beratungsangebot erfahren.



Thematisch stehen Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger im Vordergrund der Beratungsgespräche. Da sich rund die Hälfte der Klientinnen und Klienten bereits vor der Beantragung einer Pflegestufe an COMPASS wendet, ist das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein weiteres häufig nachgefragtes Thema. Die Klientinnen und Klienten informieren sich zudem zu den Leistungen der Pflegepflichtversicherung sowie zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit insgesamt.

Der Fokus des Fort- und Weiterbildungsprogramms lag 2013 auf den Themen Demenz und Beihilfe sowie kontinuierlichen Schulungen der Führungskräfte. Die kollegiale Fallberatung und Fallsupervision als eine weitere Form des kontinuierlichen Lernens in der Praxis hat sich als immanenter Bestandteil zur Reflexion des Beratungshandelns in allen Teams etabliert. 2014 steht in der Organisation insgesamt unter dem Motto „Qualität in der Pflegeberatung“.

Das im Jahr 2011 eingeführte Datenschutzkonzept in der Pflegeberatung wurde unter Beteiligung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater aller Teams evaluiert. Die Erkenntnisse führten zu einer Anpassung und Vereinfachung des Vorgehens im Sinne der Klientinnen und Klienten.

Der Bundesgesetzgeber hatte im Zuge des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes für die Pflegeberatung mit § 7b SGB XI weitere Vorgaben festgeschrieben. So müssen die Pflegeversicherungen ihren Kunden bei Antragstellung auf eine Erstbegutachtung die Pflegeberatung aktiv anbieten – auch in Form eines Hausbesuchs. Dieser soll innerhalb von 14 Tagen stattfinden. Neben dem Serviceversprechen, innerhalb von 24 Stunden Kontakt mit dem Ratsuchenden aufzunehmen und

einen Termin zu vereinbaren, hat COMPASS im Jahr 2013 die 14-Tage-Frist eingehalten.

Der Gesetzgeber hat der Pflegeberatung auch die Vernetzung von Akteuren und Angeboten im gesundheitlich-sozialen Umfeld als Anforderung mit auf den Weg gegeben. COMPASS-Beraterinnen und -Berater arbeiten in bundesweit rund 50 Pflegekonferenzen und mehr als 150 Arbeitskreisen mit. Zudem haben die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gemeinsam mit Partnern in einigen Regionen Projekte initiiert, um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen weiter zu optimieren.

Ein wesentlicher Bestandteil der Vernetzung bei COMPASS sind Kooperationen mit unterschiedlichen Akteuren und Institutionen. Neben der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Krankenhäusern beim Übergang von der akut-stationären zur ambulant-pflegerischen Versorgung hat COMPASS 2013 beispielsweise auch eine Vereinbarung mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft getroffen, um Angehörige von Demenzpatienten noch gezielter beraten zu können. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft bildet die COMPASS-Demenzberaterinnen und -Demenzberater auch regelmäßig fort.

Aufgrund der steigenden Zahl der Leistungsempfänger in der privaten Pflegepflichtversicherung und einem weiter zunehmenden Informationsbedürfnis der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen rechnet COMPASS für das laufende Jahr 2014 mit einem weiteren Anstieg der Beratungsgespräche. Gleichzeitig wird COMPASS die Vernetzung in den Regionen sowie die Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren im Versorgungssystem weiter stärken, mit dem Ziel die Versorgung der Klientinnen und Klienten zu verbessern.

Qualität der Pflege – Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

Die Abteilung „Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen“ (QPP) hat im Jahr 2013 insgesamt ca. 2.450 Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt. Die vereinbarte Prüflast konnte somit wieder zu 100 Prozent erfüllt werden. Lediglich im Bundesland Baden-Württemberg verweigerten die Landesverbände der Pflegekassen dem Prüfdienst der PKV weiterhin die Prüfaufträge, obwohl sie nach den Vorgaben des SGB XI dazu verpflichtet sind. Diverse Gespräche mit den Vertretern der Pflegekassen und des MDK Baden-Württemberg, teilweise auch unter Moderation des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, hatten nicht den gewünschten Erfolg. Auch die Ende 2012 beim Sozialgericht Köln eingereichte Klage zur Erteilung von Prüfaufträgen wurde bisher noch nicht verhandelt. Eine Umsetzung des passiven Prüfbegleitungsrechtes durch die PKV erfolgt seit März 2013, ohne dabei aber aktiv in das Prüfgeschehen einzugreifen. Seitdem wurden ca. 300 Qualitätsprüfungen des MDK-Baden-Württemberg durch den PKV-Verband begleitet.

Ab dem 1. Januar 2014 gelten für stationäre Einrichtungen neue Grundlagen für das Pflegeverfahren. Die durch einen Schiedsspruch herbeigeführte Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTV-S) machte auch eine Veränderung der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien (QPR) notwendig, die nach Genehmigung des BMG zum 1. Februar 2014 in Kraft traten. Der Prüfdienst der PKV war aktiv an der Gestaltung der Prüfrichtlinien für Qualitätsprüfungen beteiligt. Aufgrund der Mehrheitsverhältnisse in den Arbeitsgruppen konnten

Ausblick

Qualitätsprüfungen

Fristgerechte Umsetzung
neue QPR

jedoch nicht alle Vorschläge des Prüfdienstes der PKV in den Richtlinien Eingang finden. Die notwendigen Veränderungen an der Software zur Erstellung der Prüfberichte und des Transfers an die Daten-Clearing-Stelle, welche für die Veröffentlichung der Transparenznoten zuständig ist, wurden vom Prüfdienst der PKV fristgerecht vorgenommen. Alle Qualitätsprüfer wurden zentral in Köln durch die Abteilungsleitung und die Leitung der Fachkoordination geschult. Somit wurden alle Voraussetzungen geschaffen, damit der Prüfdienst der PKV ab dem Tag der Genehmigung der QPR durch das BMG Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach dem neuen Verfahren umsetzen konnte.

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

In nahezu allen Bundesländern fanden regelmäßig Gespräche mit dem Prüfdienst der PKV statt, um eine möglichst einheitliche Arbeitsweise im Bereich der Durchführung von Qualitätsprüfungen abzustimmen. Hintergrund ist der Wille des Gesetzgebers, Doppelprüfungen zu vermeiden. Seitens der Leistungserbringer wurde immer wieder auf die hohen Belastungen infolge nicht abgestimmter Prüfverfahren durch Heimaufsichten und SGB XI-Prüforganisationen hingewiesen. In diesen Arbeitsgruppen auf Landesebene ging es unter anderem um die Abstimmung bei gemeinsamen Prüfeinsätzen, inwieweit es gemeinsame Prüfgrundlagen gibt und wie diese angewendet werden können.

Da die verschiedenen Bundesländer mit ihren Heimaufsichten nicht immer eine einheitliche Herangehensweise vorweisen, gilt es, die Regelungen der Zusammenarbeit auf Landesebene zu klären. Grundsätzlich ist zu erkennen, dass der PKV-Verband als gleichberechtigter Partner am Prüfgeschehen in allen Ländern selbstverständlich in die verschiedenen Entscheidungsgremien einbezogen wird. Die PKV nimmt somit weiterhin Einfluss auf die Pflege und Pflegepolitik und trägt zur Weiterentwicklung des Prüfsystems in Deutschland bei.

Personelle Ausstattung des Prüfdienstes der PKV

Der organisatorische und personelle Aufbau des PKV-Prüfdienstes ist abgeschlossen. Im gesamten Bundesgebiet (Fläche) ist die nahezu maximale Mitarbeiterzahl von 117 Qualitätsprüfern und Auditoren erreicht. Die Besetzung der Zentrale zur operativen Steuerung der Abläufe konnte ebenso erfolgreich besetzt werden, so dass aktuell 17 Mitarbeiter (mit verschiedenen Stellenumfängen) die Steuerung der Abteilung sicher stellen.

Fort-/Weiterbildung

In 2013 konnten 18 Mitarbeiter erfolgreich die Weiterbildung zum „Auditor im Gesundheitswesen“ absolvieren. Diese Qualifikation ist bei Qualitätsprüfern unabdingbar, da bei jeder Qualitätsprüfung mindestens ein Auditor anwesend sein muss. Die formale Anforderung kann somit durch den Prüfdienst der PKV sicher eingehalten werden. Zur Sicherstellung der geforderten Qualität des Prüfverfahrens und des Prüfberichtes wurden 70 Prozent der Mitarbeiter in mehrtägigen Schulungen durch erfahrene Kommunikationsberater geschult.

Aufrechterhaltung des Zertifikates des TÜV Rheinland

Die Gültigkeit des Zertifikates nach DIN EN ISO 9001:2008 des TÜV Rheinland für die Abteilung QPP wurde auch in diesem Jahr im Rahmen des zweiten Kontrollaudits ohne Abweichung bestätigt. Damit wurde die normkonforme Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und der Nachweis der Management-Kompetenz erneut sichergestellt.

Zufriedenheitsbefragung

Die stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, die eine Qualitätsprüfung durch den Prüfdienst der PKV erhalten haben, wurden systematisch zur Zufriedenheit nach der Prüfung befragt. Die Auswertung ergibt eine Rücklaufquote von 70 Prozent und einem erreichten Zufriedenheitsgrad von 97 Prozent sehr zufriedenen bzw. zufriedenen Einrichtungen (in 2012 lag der Wert bei 95%). Die Rücklaufquote und das Ergebnis sind als sehr gut zu bewerten.

Die Landesverbände der Pflegekassen ordnen die Prüfaufträge dem Prüfdienst der PKV zu und sind somit die direkten Auftraggeber. Daher wurde in 2013 erstmals eine Befragung durchgeführt, um den Zufriedenheitsgrad in der Zusammenarbeit zu ermitteln. Die Auswertung ergab eine Rücklaufquote von 23 Prozent und einen erreichten Zufriedenheitsgrad von 81 Prozent sehr zufrieden bzw. zufrieden. Die Rücklaufquote ist nur mäßig zufriedenstellend, das Ergebnis ist als sehr gut zu bewerten.

Alle Mitarbeiter der Abteilung QPP wurden ebenfalls zu Ihrer Zufriedenheit befragt. Die Auswertung ergibt eine Rücklaufquote von 77 Prozent und einen erreichten Zufriedenheitsgrad von 83 Prozent sehr zufriedenen bzw. zufriedenen Mitarbeitern. Die Rücklaufquote und das Ergebnis sind als sehr gut zu bewerten.

Am 14. und 15. November 2013 fand das zweite Jahrestreffen der Abteilung QPP mit über 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt. Interne und externe Redner bereicherten die Veranstaltung mit Fachbeiträgen. Die Jahrestreffen sind, neben den regelmäßig stattfindenden Regionaltreffen, dem Newsletter usw., ein wichtiges Instrument zur Kommunikation zwischen den in Deutschland verteilten Prüferinnen und Prüfern und der Geschäftsführung und dienen damit der Mitarbeiterführung.

Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 SGB XI und Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI

Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind gemäß § 114 Abs. 2 SGB XI regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst) zu prüfen. Diese Qualitätsprüfungen erfolgen auf Grundlage der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien in Verbindung mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen.

Die Vereinbarungspartner der Pflege-Transparenzvereinbarungen – insbesondere der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer – konnten sich im Rahmen der Weiterentwicklung des Pflege-Transparenzverfahrens nicht auf notwendige Anpassungen einigen, so dass die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI in mehreren Sitzungen im Jahre 2013 unter Mitwirkung des PKV-Verbandes hierzu eine Entscheidung treffen musste.

Aufgrund der Änderung der Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTVS) bedurfte es auch einer Anpassung der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien. Entsprechend der gesetzlichen Regelungen nach § 114a Abs. 7 SGB XI erfolgte die Überarbeitung durch den GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (MDS) und erstmals auch unter Beteiligung des PKV-Prüfdienstes. Dadurch war eine aktive Teilnahme an der Überarbeitung der QPR möglich. Auch wenn nicht alle Vorschläge und Forderungen des PKV-Prüfdienstes bei der Überarbeitung berücksichtigt wurden, so konnte doch ein direkter Einfluss auf die Anpassung genommen werden. Dennoch sind in den QPR nunmehr Regelungen enthalten, die nicht die Zustimmung der PKV finden. Der PKV-Verband hat im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nach § 114a Abs. 7 SGB XI entsprechend hierzu Stellung genommen.

Besondere Kritik hat der Verband an der nach hiesiger Ansicht verfehlten Regelung geübt, wonach die Ergebnisse von Personen, die im Rahmen einer Anlassprüfung zusätzlich in die Prüfung einbezogen worden sind, nicht in die Transparenzergebnisse einfließen. Die PKV hat sich stattdessen für eine

QPP Jahrestreffen

Schiedsstelle

Qualitäts-
Prüfungsrichtlinien

Stellungnahme

Veröffentlichung dieser Prüfergebnisse in geeigneter Form ausgesprochen. Durch die Nichtberücksichtigung könnte bei den Verbrauchern ein unzutreffend guter Eindruck erweckt werden, obwohl möglicherweise schwerwiegende Mängel in der Pflegeeinrichtung vorliegen. Ein weiterer Vertrauensverlust der Verbraucher in die Transparenznoten wäre zu befürchten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat in Aussicht gestellt, diesen Einwand demnächst aufzugreifen, konnte ihn aus formalen Gründen im Genehmigungsverfahren aber offenbar nicht berücksichtigen.

Inkrafttreten

Die überarbeitete Pflege-Transparenzvereinbarung stationär ist gemäß der Festlegung der Schiedsstelle zum 1. Januar 2014 in Kraft getreten. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien wurden am 17. Januar 2014 auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt und sind am 1. Februar 2014 in Kraft getreten.

Wichtigste Änderungen

Von besonderer Bedeutung sind die nachfolgenden Punkte der neuen QPR sowie der PTVS:

Stichprobengröße

Bei der Prüfung wird eine bestimmte Anzahl von Pflegebedürftigen in Augenschein genommen. Bisher waren dies 10 Prozent, mindestens jedoch fünf und höchstens 15 Pflegebedürftige. Um die Vergleichbarkeit der Pflegenoten zu erhöhen, sollen es künftig in jeder stationären Pflegeeinrichtung drei Pflegebedürftige je Pflegestufe, also insgesamt neun Pflegebedürftige sein. Nach der alten Regelung waren es durchschnittlich acht Personen.

Absenkung der Skalenwerte

Ein Kritikpunkt der Transparenznoten bezieht sich darauf, dass die Ergebnisse sich nahezu alle im Bereich der Note „1“ bewegen und sie deshalb für den Verbraucher kaum Orientierungshilfe bei der Auswahl der Pflegeeinrichtung bieten. Um eine größere Spreizung der Noten zu erreichen, sind die Skalenwerte, anhand derer die Transparenznote ermittelt wird, abgesenkt worden. Vorläufige Berechnungen gehen davon aus, dass dies zu einer Absenkung der Gesamtnoten um ca. 0,5 Punkte führen wird. Die nach dem neuen Schema ermittelten Transparenznoten werden zur Unterscheidung farblich kenntlich gemacht.

Weiterhin keine „Kernkriterien“

Eine begrüßenswerte Maßnahme wäre die Festlegung von Kernkriterien gewesen. Mängel bei diesen Kernkriterien hätten zu einer Abwertung des Gesamtergebnisses geführt. Damit hätte man verhindern können, dass Defizite in Kernbereichen mit guten Ergebnissen aus weniger relevanten Bereichen ausgeglichen werden, wodurch sich die Aussagekraft der Noten wesentlich erhöht hätte. Leider konnten sich die Kostenträger mit diesem Vorhaben in der Schiedsstelle nicht durchsetzen.

Immerhin konnte eine Veränderung in der Darstellung der Ergebnisse erreicht werden. Bei der Veröffentlichung werden nun zunächst diejenigen Kriterien aufgeführt, die für die Qualität der Versorgung besonders wichtig sind, z. B. „Dekubitus“, „Ernährung“, „Schmerz“ und „Sturz“. Diese werden durch Fettdruck in der Ergebnisdarstellung hervorgehoben.

Reduzierung der Prüffragen

Die Anzahl der Fragen, aus denen die veröffentlichten Noten ermittelt werden, wurde von 82 auf 77 reduziert. Damit erhöht sich die Relevanz wesentlicher pflegerischer Aspekte für die Bewertung. Aber auch insgesamt ist der Fragenkatalog der QPR gestrafft worden. Neu hinzugekommen ist die Überprüfung der Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im Hinblick auf deren Beschäftigungsverhältnis, Qualifikation und Aufgaben.

Von Pflegekräften und Prüfern gleichermaßen kritisiert wird die bisherige Überbewertung der Pflegedokumentation in den Prüfungen. Die neuen Regelungen sollen es ermöglichen, bei Zweifeln zusätzlich auch die Aussagen von Mitarbeitern, Pflegebedürftigen und weiteren Beteiligten, sowie den während der Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen festgestellten Pflegezustand zur Bewertung mit heran zu ziehen. Prüfer können sich bei ihrem Qualitätsurteil damit stärker als bisher auf die tatsächlich geleistete Pflege stützen. Sie haben dabei auch die Möglichkeit, fachlich begründete oder von den Pflegebedürftigen ausdrücklich gewünschte Abweichungen von standardisierten Abläufen zu berücksichtigen.

Wichtige praktische und fachliche Hinweise für die Durchführung von Qualitätsprüfungen fanden sich bisher in der Prüfanleitung für den MDK, die vom GKV-Spitzenverband und dessen Medizinischem Dienst erarbeitet worden war. Diese Prüfanleitung ist in die Neufassung der QPR aufgenommen worden und unterliegt damit künftig den Mitwirkungsrechten nach § 114a Abs. 7 SGB XI.

Die Umsetzung der Neuregelung führte beim PKV-Prüfdienst zu einer Anpassung der Prüfungssoftware sowie der Qualifikation der 120 Mitarbeiter. Darüber hinaus resultiert aus den neuen Anforderungen ein erhöhter personeller Aufwand. Die inhaltlichen und organisatorischen Anpassungen zur Umsetzung wurden so rechtzeitig durchgeführt, dass der PKV-Prüfdienst seit dem 1. Februar 2014 sämtliche Prüfungen ausschließlich nach den neuen PTVS und QPR durchführt.

Die bereits im Dezember 2012 unterzeichnete Vereinbarung zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive (siehe RB 2012 Seite 96) sollte für die Dauer der Offensive durch eine gemeinsame Informations- und Öffentlichkeitskampagne bis zum 31. Dezember 2015 begleitet werden. Bedingt durch die neue Regierungsbildung und des damit verbundenen Abstimmungsaufwandes kann der Kampagnenauftritt voraussichtlich erst im September 2014 erfolgen. Vor diesem Hintergrund wird über eine Verlängerung der Kampagnenlaufzeit bis Ende 2016 nachgedacht.

Die bereits im Oktober 2012 als Initiative der Bundesregierung im Rahmen der Demografiestrategie ins Leben gerufene „Allianz für Menschen mit Demenz“ hat im Laufe des Jahres 2013 durch eine Arbeitsgruppe zu den bestehenden Handlungsfeldern

- Grundlagen und Information
- Gesellschaftliche Verantwortung
- Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Familien
- Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems

einen Textentwurf für konkrete Vereinbarungen und Maßnahmen erarbeitet. Die Abstimmung des Textes soll bis zum Frühjahr 2014 abgeschlossen werden. Als Beiträge der PKV wurden beispielsweise die Aktivitäten des ZQP zur Optimierung der Qualität und der Verbesserung der Versorgungspraxis, die Mitarbeit von Medicproof in Bezug auf die Weiterentwicklung der Kriterien und Verfahren für die Erkennung rehabilitativer Bedarfe demenziell Erkrankter in der Pflegebegutachtung und die Weiterentwicklung der Pflegeberatung durch COMPASS mit dem Ziel des leichteren Zugangs für demenziell erkrankte Menschen aufgenommen.

Erweiterung der
„Nachweisebenen“

Einbeziehung der
MDK-Prüfanleitung in
die Qualitätsprüfungs-
Richtlinien

Umsetzung durch den
PKV-Prüfdienst

Ausbildungs- und
Qualifizierungsoffensive
Altenpflege

Allianz für Menschen mit
Demenz

Durch die Allianz werden verschiedene Organisationen zusammengeführt, die auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene Verantwortung für Menschen mit Demenz tragen. Zudem sollen dadurch die Kräfte aller Verantwortlichen gebündelt werden. Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen geleistet werden. Die Agenda der Allianz ist geprägt vom Leitbild der Inklusion. Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Demenz stehen im Vordergrund der Überlegungen. Die Umsetzung der Agenda soll in unterschiedlicher Trägerschaft und Verantwortung in den kommenden Jahren erfolgen. Ein erster Fortschrittsbericht soll Anfang 2016 vorgelegt werden.

Effizienzsteigerung der
Pflegedokumentation

Um das Thema Entbürokratisierung in der Pflege voranzutreiben, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit bereits im Juni 2011 Frau Elisabeth Beikirch als Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege benannt und mit der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen betraut. Sie sollte Themen der Entbürokratisierung der Pflege identifizieren, systematisch zuordnen und Handlungsbedarfe aufzeigen. Aufgrund der Unzufriedenheit vieler Pflegekräfte mit dem Umfang des bürokratischen Aufwands in ihrem Beruf, der insbesondere durch Pflegedokumentation verursacht wird, wurde durch die Ombudsfrau die Pflegedokumentation als Handlungsfeld vorgeschlagen. Um Lösungsvorschläge für eine einfachere Pflegedokumentation in der Praxis zu erproben, wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit das Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ gefördert. Das Projekt wurde von einem Lenkungsgremium begleitet, dem maßgebliche Akteure der Pflege und Verbraucherorganisationen angehören. Auch die PKV war darin vertreten. An der Erprobung beteiligten sich ca. sechzig Pflegeeinrichtungen in fünf Regionen in Deutschland.

Grundlage für die Erprobung einer veränderten Dokumentationspraxis, waren die Ergebnisse der intensiven Beratungen mit pflegefachlichen/pflegewissenschaftlichen und juristischen Expertinnen und Experten, die zudem mit relevanten Vertreterinnen und Vertretern der Fachöffentlichkeit, der Selbstverwaltung und den Ländern diskutiert wurden. Mit dem Praxistest sollten insbesondere Erkenntnisse zur vorgeschlagenen Grundstruktur einer Pflegedokumentation (Pflegeprozess), zur Praktikabilität des fachlichen Konzepts (Strukturierte Informationssammlung und Risikoeinschätzung), zu Fragen der rechtlichen Belastbarkeit und zur möglichen Zeitersparnis gewonnen werden.

Finanzierung der
Altenpflegeausbildung

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde ein Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufgesetzes erstellt. Das Gutachten wurde in einer überarbeiteten Fassung im Oktober 2013 vorgelegt. Ausgehend von den derzeitigen Kosten in der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegeausbildung und der Altenpflegeausbildung wurden die Mehrkosten einer künftigen Pflegeausbildung unter generalistischen Bedingungen berechnet und anhand von vier Finanzierungsvarianten mögliche Kostenverteilungen modelliert. Betrachtet wurden zudem die Auswirkungen einer ergänzenden Akademisierung der Pflegeausbildung. Gegenüber den heutigen Gesamtkosten der Pflegeausbildung von 2.414 Mio. Euro jährlich werden Kostensteigerungen von 305 Mio. Euro (+13 %) erwartet. Etwa ein Drittel dieser Mehrkosten (das entspricht 4 % der Gesamtkosten) ist den mit einer Generalistik unmittelbar verknüpften qualitätssteigernden Veränderungen zuzurechnen; die Hälfte der Steigerung ist darüber hinaus Folge für erforderlich erachteter Qualitätsverbesserungen bei der Praxisanleitung, und die restlichen Mehrkosten betreffen die Ausbildungsvergütungen.

Das Gutachten soll als Entscheidungsgrundlage für die Klärung von Finanzierungsfragen dienen. An der Finanzierung für den Bereich der Altenpflege im Wege einer generalistischen Ausbildung sollen sich nach dem Beschluss der 90. Arbeits- und Sozialministerkonferenz auch die soziale und private Pflegeversicherung beteiligen.

Mit dem Pflegeberufegesetz wird das Ziel verfolgt, die Pflegeberufe attraktiver zu gestalten, um den zukünftigen Bedarf an qualifizierten Pflegekräften zu decken. Durch eine Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft wurden unter Federführung des BMG bereits „Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes“ vorgelegt.

Recht der Versicherungsleistungen

Am 26. Februar 2013 stellte der Bundesgerichtshof in einem Urteil (Az. VI ZR 359/11) klar, dass dem Pflegeheimbewohner grundsätzlich ein Einsichtsrecht in die ihn betreffende Pflegedokumentation als Nebenanspruch aus dem Heimvertrag zusteht. Das Recht auf Selbstbestimmung und die personale Würde des Heimbewohners gebieten es, sich über den Inhalt der ihn betreffenden Pflegedokumentation zu informieren. Zur Einsicht muss er insbesondere kein besonderes Interesse darlegen, dies ergibt sich unmittelbar aus seinem Selbstbestimmungsrecht. Der Anspruch auf Einsicht geht gem. § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X iVm § 401 Abs. 1 analog, § 412 BGB auf den auf Grund eines Schadensereignisses zu kongruenten Sozialleistungen verpflichteten Sozialversicherungsträger über, wenn und soweit mit seiner Hilfe das Bestehen von Schadensersatzansprüchen geklärt werden soll und die Altenpflegern obliegende Pflicht zur Verschwiegenheit einem Gläubigerwechsel nicht entgegensteht.

Das Oberlandesgericht Düsseldorf hat in einem Beschluss (Az. 24 U 130/10) entschieden, dass bei der Minderung des Heimentgeltes bei Schlechtleistung (§ 5 HeimG bzw. § 10 WBVG) eine Voraussetzung ein rechtzeitiges und eindeutiges Kürzungsverlangen (geschäftsähnliche Handlung) des Bewohners ist. Die Kürzung ist möglich, wenn der Träger die heimvertraglichen Leistungen ganz oder teilweise nicht erbringt oder diese nicht unerhebliche Mängel aufweisen. Die angemessene Kürzung kann bis zu sechs Monate rückwirkend erfolgen und ist für seinen Eigenanteil auch nicht von den Minderungsansprüchen der Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) abhängig. Die Beweislast liegt beim Bewohner.

Am 26. September 2013 urteilte das Hessische Landessozialgericht (Az. L 1 KR 72/11), dass mangels konkreter Feststellungen des MDK zum Hilfebedarf (hier zur Rentenversicherungspflicht), die Angaben des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson zu berücksichtigen sind; diese sind auf Verlangen glaubhaft zu machen. Dabei ist eine Tatsache nach § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB X dann als glaubhaft anzusehen, wenn ihr Vorliegen nach dem Ergebnis der Ermittlungen, die sich auf sämtliche erreichbaren Beweismittel erstrecken sollen, überwiegend wahrscheinlich ist.

Das Thüringer Landessozialgericht hat mit Urteil vom 28. Januar 2013 (Az. L 6 KR 955/09) entschieden, dass mobile Patientenlifter bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim grundsätzlich vom Heimträger zur Verfügung zu stellen sind. Dies gilt auch, wenn sich der Pflegebedürftige in einer Einrichtung im Sinne des § 43a SGB XI befindet.

Einsichtsrecht in
Pflegedokumentation

Minderung Heimentgelt

Rentenversicherungspflicht

Mobile Patientenlifter

Mit Beschluss vom 28. Juni 2012 (Az. L 2 P 1/12) hat das Bayerische Landessozialgericht klargestellt, dass der Anspruch auf Pflegegeld nicht der Pflegeperson, sondern dem versicherten Pflegebedürftigen zu steht. Damit hat die Pflegeperson auch keine Aktivlegitimation für die Geltendmachung des Anspruchs im eigenen Namen. Aus einer Patientenverfügung oder Betreuungsverfügung kann eine Sonderrechtsnachfolge nicht abgeleitet werden. Im vorliegenden Fall war auch eine Abtretung etwaiger Pflegegeldansprüche nach § 398 BGB nicht enthalten.

Medizinische Begutachtung der Antragsteller (Medicproof)

Die Leistungsvoraussetzungen für die private Pflegepflichtversicherung werden von der MEDICPROOF GmbH festgestellt. Mit 140.763 bearbeiteten Aufträgen ergab sich 2013 gegenüber dem Vorjahr (129.030) ein Anstieg von mehr als 9 Prozent. Davon entfielen 24 Prozent auf die stationäre und 76 Prozent auf die ambulante Pflege.

Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und der Ausprägung von Einschränkungen der Alltagskompetenz sowie die Notwendigkeit der Versorgung mit Pflege-/Hilfsmitteln und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes einschließlich der Prüfung von gegebenenfalls erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt bundesweit durch unabhängige Gutachter. Ein ärztliches Gutachten kann durch eine pflegfachliche Stellungnahme ergänzt werden, wenn es um die Klärung spezifischer pflegerischer Sachverhalte geht. Pflegefachliche Stellungnahmen werden durch Pflegefachkräfte erbracht. Daneben führen die Pflegefachkräfte der MEDICPROOF GmbH auch die als Versicherungsleistung unter § 4 Absatz 15 MB/PPV 2014 aufgeführte „Schulung pflegender Angehöriger“ durch.

Die freiberuflich tätigen Ärzte und Fachpflegekräfte werden vor Antritt ihrer Tätigkeit geschult und anschließend in regelmäßigen Intervallen in den spezifischen Belangen der Pflegeversicherung weitergebildet.

Die Feststellungen erfolgen auf der Grundlage der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) in der jeweils geltenden Fassung. In der Beurteilung medizinischer und pflegerischer Sachverhalte sind die Gutachter der MEDICPROOF GmbH nicht weisungsgebunden.

Die Zahl der externen Gutachter richtet sich nach dem Aufkommen von Begutachtungen. Entsprechend wurde der Stamm der Gutachter im vergangenen Jahr weiter ausgebaut. Mit Stand vom 31. Dezember 2013 waren 982 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig, 837 Ärzte und 145 Pflegefachkräfte.

Bei der Auswahl der freien Mitarbeiter kommt es neben der erforderlichen Fachkompetenz vor allem auf die Fähigkeit an, die Bedürfnisse und Bedarfe chronisch kranker, behinderter und älterer Menschen adäquat zu erfassen und zu beschreiben. Zum Vertragsabschluss kommt es erst nach der erfolgreichen Teilnahme an einer Basisschulung zur Pflegebegutachtung.

In der Folge führt MEDICPROOF dann Aufbau-seminare mit speziellen Themenschwerpunkten und Erfahrungsaustauschen zu Fragen der Pflegebegutachtung mit Fallbesprechungen durch. Darüber hinaus steht den Gutachtern eine eigens für die Begutachtung in der privaten Pflegepflichtversicherung

eingerrichtete Wissensdatenbank mit E-Learning-Modulen und Schulungsfilmen zur Verfügung.

Als Ergebnis der gutachterlichen Feststellung ergaben sich für das Jahr 2013 folgende Einstufungen:

	ambulante Pflege in Prozent	stationäre Pflege in Prozent
Erstbegutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit	30,1	11,7
Pflegestufe I	50,1	44,9
Pflegestufe II	17,1	35,5
Pflegestufe III	2,7	7,9
Alle Begutachtungen		
keine Pflegebedürftigkeit	20,3	5,4
Pflegestufe I	43,9	28,4
Pflegestufe II	28,1	44,8
Pflegestufe III	7,7	21,4

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 27.02.2014)

R13/3705

Seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 besteht ein zusätzlicher Leistungsanspruch für Personen, die aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung einen regelmäßigen und dauerhaften Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf haben. Der Anspruch auf sogenannte zusätzliche Betreuungsleistungen besteht auch, wenn der Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung noch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen setzen sich zusammen aus einem Grundbetrag (für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) und einem erhöhten Betrag (für Personen, deren Alltagskompetenz in erhöhtem Maße eingeschränkt ist). Im vollstationären Bereich erhalten Pflegeeinrichtungen Vergütungszuschläge für eine zusätzliche Betreuungskraft, wenn sie 25 Bewohner mit mindestens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz pflegen und betreuen. Die Beurteilung der Alltagskompetenz erfolgt im Rahmen jeder Pflegebegutachtung.

Die nachfolgende Tabelle liefert eine Übersicht über die Verteilung des Grades der Einschränkung bei den im Jahr 2013 durchgeführten Einstufungen.

Ergebnisse der gutachterlichen Feststellungen

Eingeschränkte Alltagskompetenz

Übersicht über die Verteilung des Grades der Einschränkung

Pflege stufe	ambulant			stationär		
	Einschränkung der Alltagskompetenz in Prozent...					
	nein	erheb- lich	in erhöhtem Maße	nein	erheb- lich	in erhöhtem Maße
0	75,3	19,8	4,9	67,1	25,8	7,1
1	71,5	15,2	13,2	51,1	27,0	21,8
2	56,3	18,3	25,4	29,1	28,8	42,1
3	35,7	22,5	41,8	10,9	28,1	61,0

Quelle: MEDICPROOF GmbH: (Stand 27.02.2014)

R13/3706

„Härtefall“

Entsprechend § 36 SGB XI MB/PPV 2013 können die Pflegekassen „in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III“ weitere Leistungen bis zu einem Maximalwert gewähren, „wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt“. Gemäß Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelung (Härtefall-Richtlinien-HRi) vom 10. Juli 1995, geändert durch Beschluss vom 28. Oktober 2005, ist das der Fall, wenn Hilfeleistungen in der Grundpflege mindestens sechs Stunden, davon mehrmals in der Nacht erforderlich sind. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen. Des Weiteren handelt es sich um einen außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand, wenn die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam – zeitgleich – erbracht werden kann.

Den gesetzlichen Vorgaben entsprechend (§ 36 SGB XI bzw. § 43 SGB XI) ist der Anteil der Härtefälle bei ambulanter Pflege auf 3 Prozent der Pflegestufe III und bei stationärer Pflege auf 5 Prozent der Pflegestufe III zu begrenzen. Am Stichtag 31. Dezember 2013 belief sich der Anteil der als schwerstpflegebedürftig eingestufteten Versicherten mit einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand im ambulanten Bereich auf 2,8 Prozent. Im stationären Bereich wurde die 5 Prozent-Grenze des Anteils der als schwerstpflegebedürftig anerkannten Versicherten, bei denen auch die Kriterien eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes festgestellt wurden, erneut knapp erreicht.

Begutachtungsfristen

Die Zeit zwischen Eingang des Antrags auf Pflegeversicherungsleistungen bis zur Mitteilung des Leistungsanspruchs an den Antragsteller soll nach § 18 Absatz 3 SGB XI nicht mehr als fünf Wochen betragen. Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) zum 30. Oktober 2012 wurde diese Vorgabe um die folgende ergänzt: „(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt

ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.“ Nach einer Vereinbarung mit den auftraggebenden Versicherungsunternehmen stehen MEDICPROOF insgesamt 25 Kalendertage zur Auftrags erledigung zur Verfügung.

Im Jahr 2013 wurden umfangreiche organisatorische und technische Maßnahmen zur Verkürzung der Bearbeitungszeiten umgesetzt. So werden seit Juli 2013 die Begutachtungsaufträge und Gutachten weitgehend online übermittelt und innerhalb der MEDICPROOF-Zentrale digital bearbeitet. Die Prozesse der Beauftragung, Gutachtenerstellung und -übermittlung sowie die einzelnen Abläufe zwischen MEDICPROOF und den unabhängigen Gutachtern bzw. MEDICPROOF und den auftraggebenden Versicherungsunternehmen wurden optimiert. Durch ein umfassendes Schulungsprogramm wurden die Gutachter optimal auf die neuen Verfahren vorbereitet. Darüber hinaus wurde das Netz der Gutachter ausgebaut, um auch bei Auftragspitzen die Begutachtungen zeitgerecht durchführen zu können. Die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Eingang des Begutachtungsauftrags bei MEDICPROOF bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens lag im Jahr 2013 bei 20 Tagen im Bereich ambulanter und bei 17 Tagen im Bereich stationärer Pflege. Verzögerungen, die auf die Antragsteller oder ihre Kontaktpersonen zurückzuführen sind (z. B. wenn die zu begutachtende Person sich im Krankenhaus befindet oder zur Begutachtung erforderliche Personen verhindert sind), sind hierin enthalten.

Bei verkürzter Bearbeitungsfrist (stationäre Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation, Beantragung von (Familien-) Pflegezeit, Antrag auf Palliativ-Versorgung) besteht die Möglichkeit, innerhalb von zwei Tagen eine vorläufige Pflegestufenzuordnung nach Aktenlage zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung eines Antragstellers zu erhalten.

Qualitätssicherung

Die zur Erhebung der Ergebnisqualität notwendigen Qualitätskontrollen konzentrieren sich zunächst auf die formalen Vorgaben der Begutachtungs-Richtlinien. In der Beurteilung medizinischer und pflegerischer Sachverhalte sind die beauftragten Ärzte und Pflegefachkräfte an Weisungen nicht gebunden. Formal auffällige Gutachten werden einer zusätzlichen Plausibilitätsprüfung unterzogen. Systematische Qualitätskontrollen erfolgen darüber hinaus bei einer einprozentigen Stichprobe sowie bei allen Gutachten von neu hinzugekommenen freien Mitarbeitern, bei allen von Pflegefachkräften erstellten Gutachten, bei allen Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres und bei allen Gutachten mit der Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands. Die Qualitätskontrollen der Gutachten und die Supervision der freien Mitarbeiter dienen der Qualitätssicherung der Gutachtenerstellung, ermöglichen es, Schwachstellen zu erkennen und zu beseitigen und bilden damit die Grundlage für Schulungskonzepte.

Beziehungen zu den Leistungserbringern

Unter Beteiligung der PKV wurden die nachfolgend aufgeführten Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI überarbeitet oder neu verhandelt. Gründe dafür waren insbesondere die Notwendigkeit einer Aktualisierung der Verträge bedingt durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (vom 28. Mai 2008), das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (vom 29. Oktober 2012)

sowie die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI (zum 1. Juni 2011 in Kraft getreten).

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

Verhandlungen der
Pflegevergütungen
(ambulant)

Die Umsetzung des PNG zur Einführung der Leistungen der Häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI bestimmte nach wie vor in einigen Bundesländern die Verhandlungen. In den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein wurde das Leistungskomplexsystem entsprechend ergänzt.

Ebenfalls zur Umsetzung des PNG wurden Verhandlungen zur Vereinbarung einer Zeitvergütung nach § 89 SGB XI geführt. Diese alternative Vergütungsform für die Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung wurde in den Bundesländern Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Saarland vereinbart.

Darüber hinaus erfolgten auch Verhandlungen über Steigerungen der Vergütungen in der ambulanten Pflege sowie der für die Inanspruchnahme der Steigerung notwendigen vorzulegenden Kalkulationsunterlagen. Zusätzlich oder auch ergänzend fanden in den Bundesländern Verhandlungen im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI, Verhandlungen über die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI oder Gespräche mit den Verbänden der Leistungserbringer statt.

Verhandlung der
Pflegevergütungen
(stationär)

Die durch das PNG ermöglichte Verbesserung der Betreuungsschlüssel für § 87b SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen wurde in allen Bundesländern umgesetzt. Darüber hinaus wurden in allen Bundesländern die Voraussetzungen zur Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 87b SGB XI in teilstationären Pflegeeinrichtungen geschaffen.

Ergänzend erfolgten Verhandlungen über die Steigerung der Vergütungen der stationären Pflegeeinrichtungen. Dies erfolgte vereinzelt im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI oder aber auch durch Verhandlungen mit den Verbänden der Leistungserbringer sowie im Rahmen von Einzelverhandlungen mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen.

Schiedsstelle nach § 76
SGB XI

Die vom BSG aufgestellten Grundsätze zur Plausibilitätsprüfung, zur Vorlage geeigneter Unterlagen und zum externen Vergleich führen immer wieder zu Verfahren vor den Schiedsstellen nach § 76 SGB XI. Im Zusammenhang mit der Umsetzung des PNG hinsichtlich der Zeitvergütung nach § 89 SGB XI und der Anpassung des Rahmenvertrages zur ambulanten Pflege nach § 75 SGB XI wurde in Berlin die Schiedsstelle angerufen. Im Rahmen eines Erörterungstermins vor der Schiedsstelle wurden die Partner jedoch dazu aufgefordert, die Verhandlungen unter Berücksichtigung der Hinweise des Vorsitzenden der Schiedsstelle wieder aufzunehmen. Die bereits gestellten Anträge der Leistungserbringer zur Festlegung der Vergütungen im Bereich der ambulanten Pflege in Berlin wurden aufgrund der Wiederaufnahme der Verhandlungen im gegenseitigen Einvernehmen ruhend gestellt. In einem Verfahren zur teilstationären Pflege hatte die Schiedsstelle im Land Brandenburg über die Höhe der Fahrtkosten zu entscheiden. Eine Entscheidung der Schiedsstelle in Hamburg war die Grundlage für die anschließend getroffenen Vereinbarungen zu einer Zeitvergütung nach § 89

SGB XI über Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung.

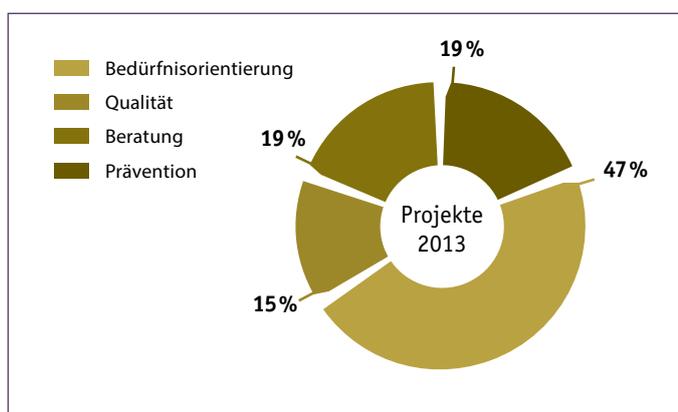
Am Fördervolumen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen beteiligte sich die PKV entsprechend § 45c Abs. 1 Satz 2 SGB XI mit 10 Prozent. Durch die PKV wurden im Jahr 2013 bundesweit 1,550 Mio. Euro (Vorjahr: 1,357 Mio. Euro) zur Förderung bereitgestellt. Auf die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte und durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz gestärkte Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe durch die private und soziale Pflegeversicherung entfielen 1,110 Mio. Euro (Vorjahr: 1,107 Mio. Euro).

Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Das Zentrum für Qualität in der Pflege leistete auch 2013 mit seinen Projekt- und Studienergebnissen wichtige Beiträge für eine bessere Qualität in der deutschen Langzeitpflege.

Das Stiftungsjahr 2013 stand hierbei im Zeichen des zentralen Themas „Bedürfnisorientierung“. Durch die ZQP-Projekte zu diesem Themenschwerpunkt sollten Grundlagen geschaffen werden für neue pflegerische Konzepte, welche die – durch verschiedene religiöse und kulturelle Hintergründe, moderne Familienkonstellationen und unterschiedliche Lebenskonzepte geprägte – Individualität und Diversität pflegebedürftiger Menschen stärker berücksichtigen als bisher. Beispiele hierfür waren die ZQP-Untersuchung zur kultursensitiven Pflege, die sich mit den spezifischen Wünschen älterer türkischer Menschen an eine gute pflegerische Versorgung auseinandersetzte, sowie die Studie zur Genderspezifik von Betreuungskonzepten in stationären Pflegeeinrichtungen. In der im Frühjahr 2013 gestarteten Perspektivenwerkstatt zur Qualität in der häuslichen Versorgung wurden darüber hinaus die individuellen Qualitätserwartungen Pflegebedürftiger und ihrer pflegenden Angehörigen bei der Versorgung in den eigenen vier Wänden von einem nationalen Expertenteam in den Blick genommen.

Übersicht zu den inhaltlichen Schwerpunkten der ZQP-Arbeit 2013



Auch in ihren anderen Arbeitsfeldern gelang der Stiftung 2013 die Schaffung von anwendungsorientiertem Wissen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung. Als ein derartiger Impuls im Bereich der Weiterentwicklung von Methoden und Instrumenten der Qualitätssicherung hatte das

ZQP beispielsweise die Qualität von im deutschsprachigen Raum etablierten pflegerischen Leitlinien und Standards auf den Prüfstand gestellt. In einer umfangreichen Studie wurden hierzu erstmalig diese Instrumente vollständig erfasst, ihre Güte anhand international anerkannter Bewertungskriterien eingeschätzt und Empfehlungen zur Verbesserung ausgesprochen. In diesem Zusammenhang wurden auch Methoden identifiziert, durch welche die Verbraucherperspektive

Niedrigschwellige
Betreuungsangebote und
Modellvorhaben, Förderung
ehrenamtlicher Strukturen
sowie der Selbsthilfe

zukünftig stärker als bisher bei der Entwicklung von pflegerischen Qualitätssicherungsinstrumenten eingebunden werden kann.

Ebenso wurde 2013 vom ZQP im Rahmen seiner Programmlinie zur „Prävention in der Pflege“ – also den Untersuchungen zu den Risikofaktoren von Pflegebedürftigkeit sowie zu den Möglichkeiten deren Vermeidung und dem Erhalt einer autonomen Lebenswelt – eine umfangreiche Erhebung zu Praktikabilität und Wirksamkeit von pflegerischen Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung vorgelegt. Die Studie zur Implementierung von Interventionen zur Mobilitätssteigerung schuf zudem wichtige Erkenntnisse, wie vorhandene Gesundheitspotenziale bei hochaltrigen Pflegeheimbewohnern mobilisiert werden können.

Als wichtiger Beitrag zur Qualitätsentwicklung der Pflegeberatung legte die Stiftung 2013 unter anderem ein Kerncurriculum zum Case-Management vor. Dieses bot für Bildungsträger erstmalig einen kompetenz- und handlungsfeldorientierten Leitfaden gemäß den verbindlichen Vorgaben des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR).

Insgesamt bearbeiteten die zwölf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stiftung 34 Projekte; 12 Projekte wurden neu initiiert, sieben abgeschlossen und erfolgreich publiziert.

Im Jahr 2013 begonnene Projekte des ZQP

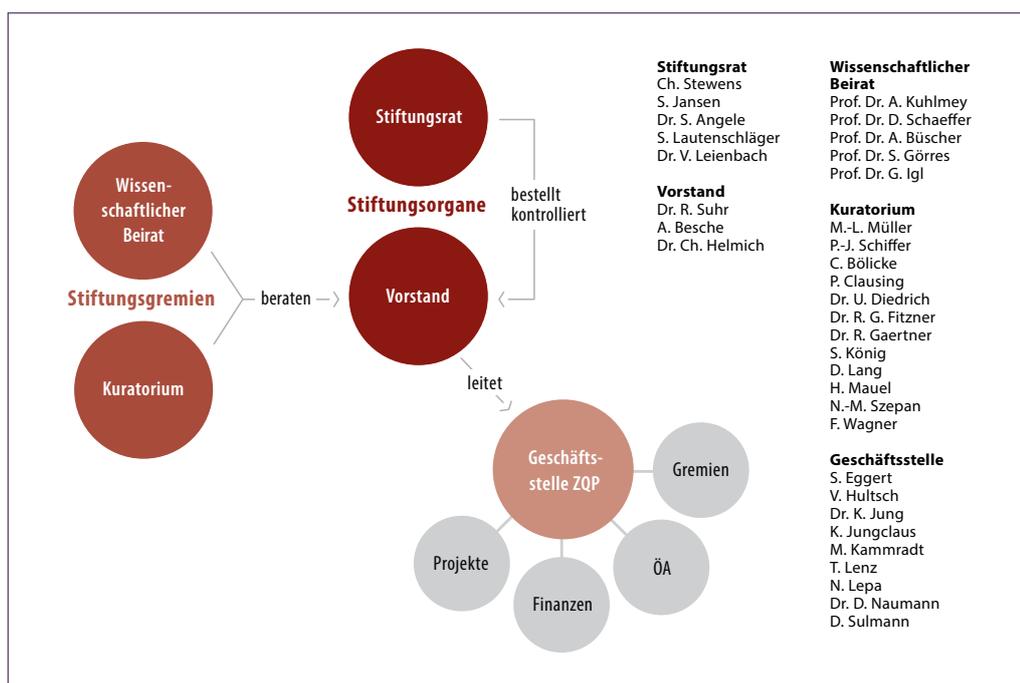
Lfd.-Nr.	Projekt
1	Strukturierte Recherche zu bundesweiten Beratungsangeboten bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit
2	Entwicklung eines Leitfadens zur Wohn- und Lebensraumanpassung für pflegende Angehörige demenziell erkrankter Menschen
3	Untersuchung zur Implementierung von Interventionen zur Mobilisierung hochaltriger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen
4	Aufbau einer Datenbank für Praxisprojekte in der Pflege
5	Kohortenstudie zu physischen und psychosozialen Risiko- und Ressourcenkonstellationen bei älteren Menschen
6	Weiterentwicklung der Datenbank zu Angeboten der Pflegeberatung nach §7a SGB XI
7	Weiterentwicklung der ZQP-Forschungsdatenbank
8	Evaluation von Praktikabilität und Wirksamkeit der Methode der „Schattentage“ in Einrichtungen der Langzeitpflege
9	Untersuchung eines Trainings- und Unterstützungsprogramms für Patient-Angehörigen-Dyaden bei Demenz im ländlichen Raum
10	Studie zur Modifikation des Pflegeberatungsinventars (PBI)
11	Erforschung der Bedürfnisse hochaltriger und chronisch erkrankter Menschen und deren Angehörigen in der Palliativpflege
12	Erhebung der Potenziale von Beratung und Schulung zur Qualitätssicherung in der familialen Pflege in Deutschland

Überdies legte das ZQP im Jahr 2013 eine neue zielgruppenspezifische Schriftenreihe zum Theorie-Praxis-Transfer auf: Für die Zielgruppe der Pflegenden wurde gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer ein Themenratgeber zur Förderung der Mundgesundheit pflegebedürftiger Menschen publiziert, im Rahmen der Themenreporte zum pflegerischen Versorgungsmix wurde die Rolle des Ehrenamts sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege näher beleuchtet.

Alle Projektergebnisse stellte das ZQP als gemeinnützige Einrichtung der Öffentlichkeit kostenlos zur Verfügung. Die Medienresonanzanalyse, mit 2.500 Veröffentlichungen in Tages-, Fach- und Publikumsmedien und einer Leserreichweite von über 120 Millionen, sowie die regelmäßige Berichterstattung in Funk und Fernsehen zeigten auf, dass es der Stiftung auch im Jahr 2013 gelungen ist, Pflegepolitik und Pflegefachszene sowie die breitere Öffentlichkeit zu erreichen. Auch die Steigerung der Zugriffe auf den Wissensdatenbanken der Zentralen Internet-Plattform (ZIP) des ZQP um 50 % gegenüber dem Vorjahr belegten das Interesse der Öffentlichkeit an der Stiftungsarbeit und die Wirkung der vom ZQP bearbeiteten Projekte. Zudem führte die Stiftung mit guter Resonanz verschiedene zielgruppenspezifische Veranstaltungen durch, beispielsweise auch die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Fachkonferenz „Pflege ohne Zwang“, welche sich an professionell Pflegenden richtete und dem Wissenstransfer zu Möglichkeiten der Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei demenziell erkrankten Menschen diente.

Die vielfältigen positiven Rückmeldungen zur Stiftungsarbeit, die Kooperationsanfragen von etablierten Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen, die Berufung des ZQP als unabhängigen Experten zum EU-Peer-Review 2013 in Stockholm im Rahmen des EU-Programms „Social Protection and Social Inclusion“ durch das Bundesgesundheitsministerium sowie die Projektförderung durch Dritte wie beispielsweise dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zeigten, dass das ZQP als ein relevanter Akteur in der Pflege wahrgenommen wird. Einen wichtigen Beitrag zu dieser Anerkennung der ZQP-Arbeit und zur Verankerung der Stiftung in der Fachszene hatten hierbei die ehrenamtlich tätigen Experten der beratenden Gremien des ZQP, des wissenschaftlichen Beirats und des Kuratoriums. Im Jahr 2013 wurden diese – zur Stärkung der interdisziplinären und multiprofessionellen Ausrichtung der Stiftungsarbeit – erweitert durch zwei renommierte Vertreter der Kostenträger und der Wohlfahrtsverbände sowie durch Experten aus dem Bereich der Palliativversorgung und der Pflegequalitätsforschung.

Aufbau des ZQP und Mitglieder der Organe und Gremien 2013





4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen



4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen

Rechengrößen 2014

Die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2014 legt die für das Jahr 2014 maßgebenden Rechengrößen fest. Es ergibt sich daraus eine Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für 2014 in den alten Bundesländern in Höhe von 71.400 Euro jährlich und 5.950 Euro monatlich (Vorjahr: 69.600 Euro jährlich bzw. 5.800 Euro monatlich) und in den neuen Bundesländern von 60.000 Euro jährlich bzw. 5.000 Euro monatlich (Vorjahr: 58.800 Euro jährlich bzw. 4.900 Euro monatlich). Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit Abs. 6 SGB V 53.550 Euro jährlich bzw. 4.462,50 Euro monatlich (Vorjahr: 52.200 Euro jährlich bzw. 4.350 Euro monatlich). Sie gilt für das Neugeschäft seit 1. Januar 2003. Für diejenigen, die am Tag vor dem Inkrafttreten des Beitragssatzsicherungsgesetzes (BGBl. I 2002, S. 4637), also am 31. Dezember 2002, wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und in einer privaten substitutiven Krankenversicherung versichert waren, beträgt gemäß § 6 Abs. 7 SGB V die Jahresarbeitsentgeltgrenze 2014 48.600 Euro jährlich bzw. 4.050 Euro monatlich (Vorjahr: 47.250 Euro jährlich bzw. 3.937,50 Euro monatlich). Die Beitragsbemessungsgrenzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Sozialen Pflegeversicherung betragen für das Jahr 2014 ebenfalls 48.600 Euro jährlich bzw. 4.050 Euro monatlich (Vorjahr: 47.250 Euro jährlich bzw. 3.937,50 Euro monatlich).

Nach den vorgegebenen Rechengrößen beträgt die Bezugsgröße 2014 gemäß § 18 SGB IV 33.180 Euro jährlich bzw. 2.765 Euro monatlich in den alten und 28.140 Euro jährlich bzw. 2.345 Euro monatlich in den neuen Bundesländern. Zu beachten ist, dass Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der GKV vorsieht, dass auch die Bezugsgröße West, soweit sie für den Kranken- und Pflegeversicherungsbereich relevant ist, für das ganze Bundesgebiet gilt. Die Bezugsgröße ist maßgebend für folgende Werte:

Ein Siebtel der Bezugsgröße und damit im Jahr 2014 bundeseinheitlich monatlich 395 Euro (Vorjahr: 385 Euro) beträgt die Einkommensgrenze für die Einbeziehung des Ehegatten, des Lebenspartners und der Kinder in die Familienversicherung in der GKV nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V und in der SPV nach § 25 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI.

Ein Drittel der Bezugsgröße und damit 921,67 Euro (Vorjahr: 898,32 Euro) monatlich macht die dem Beitrag freiwilliger GKV-Mitglieder nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zugrunde zu legende Mindesteinnahme aus. Für hauptberuflich selbständig erwerbstätige freiwillige GKV-Mitglieder gelten nach § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V als beitragspflichtige Einnahmen auf den Monat umgerechnet mindestens drei Viertel der Bezugsgröße und damit 2.073,75 Euro (Vorjahr: 2.021,25 Euro).

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

Beitragsbemessungs- und Jahresarbeitsentgeltgrenzen

Bezugsgröße

Familienversicherung in GKV und SPV

Mindestbeitrag freiwilliger GKV-Mitglieder

Beitragszuschuss für ALG II-Bezieher

(Beitragsatz für Versicherte, die kein Krankengeld beziehen) ergibt sich für 2014 daraus ein Zuschuss in Höhe von 142,13 Euro. Für die PPV gelten als beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße (§ 110 Abs. 2 Satz 4 i.V.m. § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Der Zuschuss beträgt damit 2014 bei einem Beitragsatz von 2,05 Prozent 20,52 Euro.

Diesbezüglich hat das Bundessozialgericht mit Entscheidung vom 18. Januar 2011, Az.: B 4 AS 108/10R, jedoch festgestellt, dass eine Begrenzung des Zuschusses für eine Private Krankenversicherung auf den vorgenannten Betrag rechtswidrig ist. Die Bundesagentur für Arbeit hat daraufhin den Zuschuss für laufende Leistungsfälle ab dem 18. Januar 2011 auf die Hälfte des zu zahlenden Beitrags, höchstens jedoch auf die Höhe des halben Beitrags im Basistarif (2014: 313,88 Euro) erhöht.

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 2014 126 Euro monatlich (Vorjahr: 123 Euro) ausmacht. In den neuen Bundesländern hat dieser Beitragszuschuss keine Bedeutung.

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 450 Euro.

Rechengrößen für 2014 in Euro
 (bisherige Werte in Klammern)

		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung	jährlich	71.400	(69.600)	60.000	(58.800)
	monatl.	5.950	(5.800)	5.000	(4.900)
Beitragsbemessungsgrenze Kranken-, Pflegeversicherung	jährlich	48.600	(47.250)	48.600	(47.250)
	monatl.	4.050	(3.937,50)	4.050	(3.937,50)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	53.550	(52.200)	53.550	(52.200)
	monatl.	4.462,50	(4.350)	4.462,50	(4.350)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	48.600	(47.250)	48.600	(47.250)
	monatl.	4.050	(3.937,50)	4.050	(3.937,50)
Bezugsgröße	jährlich	33.180	(32.340)	28.140	(27.300)
	monatl.	2.765	(2.695)	2.765	(2.275)
Geringfügigkeitsgrenze		450		450	
Einkommensgrenze für Familienversicherung		395 (385)		395 (385)	
Allgemeiner Beitragssatz der GKV		15,5% (15,5%)		15,5% (15,5%)	
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		295,65 (287,44)		295,65 (287,44)	
Höchstbeitrag PVN	einzel	83,02	(80,72)	83,02	(80,72)
	Ehegatten (150%)	124,53	(121,08)	124,53	(121,08)
	Ehegatten (75%)	62,26	(60,54)	62,26	(60,54)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	41,51	(40,36)	41,51	(40,36)
Höchstbeitrag PVB	einzel	33,21	(32,29)	33,21	(32,29)
	Ehegatten (150%)	49,82	(48,44)	49,82	(48,44)
	Ehegatten (75%)	24,91	(24,22)	24,91	(24,22)
	Basistarif	41,51	(40,36)	41,51	(40,36)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	20,76	(20,18)	20,76	(20,18)
Zuschuss zur PPV		41,51 (40,36)		41,51 (40,36) in Sachsen 21,26 (20,67)	
Höchstbeitrag Basistarif		627,75 (610,32)		627,75 (610,32)	
Höchstbeitrag Standardtarif		627,75 (610,32)		627,75 (610,32)	
Zuschuss zur Krankenversicherung für ALG II-Empfänger		142,13 (138,54) 313,88 (305,16)*		142,13 (138,54) 313,88 (305,16)*	
Zuschuss zur Pflegeversicherung für ALG II-Empfänger		20,52 (20,00)		20,52 (20,00)	

* Die Bundesagentur für Arbeit hat aufgrund der Entscheidung des Bundessozialgerichts den Zuschuss für laufende Leistungsfälle ab dem 18. Januar 2011 auf die Hälfte des zu zahlenden Beitrags, höchstens jedoch auf die Höhe des halben Beitrags im Basistarif (2014: 313,88 Euro) erhöht.

R13/4101

Arzneimittelrabatte

Durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der Gesetzlichen Krankenversicherung – AMNOG – (BGBl vom 22.12.2010 I S. 2262ff) wurden die von den pharmazeutischen Unternehmen den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Versicherungsunternehmen zu gewährenden Rabatte umfassend neu geregelt. Nach § 1 Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) finden die Herstellerrabatte nach § 130a SGB V auch entsprechende Anwendung in der Privaten Krankenversicherung. Die aufgrund des AMNOG um 10 Prozentpunkte auf 16 Prozent erhöhten Herstellerabschläge waren gesetzlich befristet bis zum 31. Dezember 2013. Durch das 14. SGB V-Änderungsgesetz (BT-Drs. 18/201), dessen Regelungen zum 1. Januar 2014 bzw. zum 1. April 2014 in Kraft getreten sind, wird der Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1 SGB V nun auf 7 Prozent festgelegt (Artikel 1 Nr. 2a 14. SGBVÄndG). Zugleich wurde das Preismoratorium in § 130a Absatz 3a SGB V bis zum 31. Dezember 2017 verlängert (Artikel 1 Nr. 2b 14. SGBVÄndG). Im Gegenzug wurde die Ausdehnung der Nutzenbewertung auf den Bestandsmarkt gemäß § 35a Abs. 6 SGB V beendet (Artikel 1 Nr. 1 14. SGBVÄndG). Des Weiteren wurde durch das Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (BGBl vom 12.08.2013 I S. 3108ff) mit Wirkung zum 1. Januar 2011 klargestellt, dass der Herstellerrabatt auch dann in voller Höhe zu gewähren ist, wenn aufgrund eines Selbstbehaltes der Versicherer bzw. der Beihilfeträger nur einen Teil der Aufwendungen für das Arzneimittel erstattet (Artikel 3a Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften). Der Einzug der Rabatte zugunsten der abschlagsberechtigten Stellen (PKV-Unternehmen und Beihilfeträger) erfolgt durch die ZESAR (Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten) GmbH, als der in § 2 AMRabG hierfür vorgesehenen zentralen Stelle seit Januar 2011. Während der Einzug der Rabatte über ZESAR in den meisten Fällen unproblematisch verläuft, verweigern einige wenige Pharmaunternehmen die Zahlung aus verfassungsrechtlichen und einfachrechtlichen Gründen.

Zur Klärung der offenen Rechtsfragen wurden durch ein Mitgliedsunternehmen zwei Musterverfahren angestrengt. In einem der Verfahren liegt bereits eine landgerichtliche Entscheidung vor. Mit Urteil vom 19. Dezember 2013 (Az. 17 O 5027/12) hat das Landgericht Nürnberg-Fürth der Klage des PKV-Unternehmens stattgegeben und den Arzneimittelhersteller zur Zahlung der Abschläge vollumfänglich verurteilt. Die Verfassungsmäßigkeit der Rabatte zugunsten der Privaten Krankenversicherung wurde durch das Gericht ausdrücklich bestätigt. Die Entscheidung ist nicht rechtskräftig. Das Berufungsverfahren ist anhängig beim Oberlandesgericht Nürnberg. In dem zweiten Musterverfahren, das sich gegen einen Importeur richtet, liegt noch keine Entscheidung vor. Darüber hinaus hat das Landgericht München I mit Urteil vom 18. September 2013 (Az. 29 O 18909/12) die negative Feststellungsklage eines pharmazeutischen Unternehmens gegen ein Mitgliedsunternehmen abgewiesen. Das pharmazeutische Unternehmen beehrte die Feststellung, dass die Regelungen über die Rabatte zugunsten der Privaten Krankenversicherung verfassungswidrig sind und daher keine Zahlungspflicht besteht. Das Landgericht München I ist dem nicht gefolgt. Es hat in seiner Entscheidung die Verfassungsmäßigkeit der Regelungen bestätigt. Die Entscheidung ist nicht rechtskräftig. Das Berufungsverfahren ist anhängig beim Oberlandesgericht München.

Als problematisch hat sich bislang zudem die Umsetzung des Rabatteinzuges für Fertigarzneimittel, die in parenteralen Zubereitungen enthalten sind, erwiesen. Dabei handelt es sich um Arzneimittel, die der Apotheker zum Beispiel im Rahmen einer Krebsbehandlung individuell für einen bestimmten Versicherten

herstellt. Diese Zubereitungen bestehen aus vielen einzelnen Fertigarzneimitteln, die teilweise in sehr kleinen Mengen verwendet werden. Auch für diese Teilmengen können Rabatte geltend gemacht werden. Bislang scheiterte der Rabatteinzug jedoch daran, dass die für den Rabatteinzug erforderlichen Daten nicht alle auf die Arzneimittelverordnung aufgedruckt wurden. Mit dem Deutschen Apothekerverband konnte eine Vereinbarung geschlossen werden, auf deren Grundlage die Apotheker die entsprechenden Daten speichern und zum Abruf bereithalten. Die abschlagsberechtigten Stellen können ZESAR seit Februar 2014 mit dem Abruf dieser Daten beauftragen.

Klinische Krebsregister

Am 8. April 2013 ist das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister“ in Kraft getreten. Es sieht eine flächendeckende Einführung Klinischer Krebsregister durch die Bundesländer vor.

Klinische Krebsregister sind fachlich unabhängige Einrichtungen, die alle wichtigen Daten, die im Verlauf einer Krebsbehandlung anfallen, erfassen, auswerten und an die Leistungserbringer zurückmelden. Sie nehmen die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch einzelne Leistungserbringer im ambulanten und stationären Sektor in den Blick. Ihre Arbeit soll Optimierungspotenziale aufdecken und Qualitätsverbesserungen anstoßen. Die Klinischen Krebsregister sollen mit diesen Funktionen eine leitliniengerechte Versorgung unterstützen, eine Beurteilung der Qualität der individuellen Krebstherapie ermöglichen, die interdisziplinäre, die patientenbezogene Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung in der Region fördern und dazu beitragen, Qualitätsdefizite in der onkologischen Versorgung zu erkennen und zu beseitigen (BT-Drs. 17/11267, S. 2). Weitere Einzelheiten ergeben sich aus § 65c Abs. 1 SGB V.

Die Investitionskosten werden durch die Länder mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe getragen.

Der Betrieb der Klinischen Krebsregister wird durch eine fallbezogene Pauschale in Höhe von grundsätzlich 119 Euro gefördert. Abweichungen von der Höhe der Pauschale sind bei Vorliegen regionaler Besonderheiten möglich. Nach einer Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2017 wird die Pauschale nur noch gezahlt, wenn das Klinische Krebsregister die Fördervoraussetzungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 65c Abs. 3 SGB V erfüllt. Voraussetzung ist danach unter anderem, dass mehr als 90 Prozent der Krebserkrankungen dem Klinischen Krebsregister gemeldet werden. Der Verband der Privaten Krankenversicherung ist an der Erarbeitung der Fördervoraussetzungen zu beteiligen, wenn die privaten Krankenversicherungsunternehmen den Betrieb der Klinischen Krebsregister fördern, indem sie die Pauschale zahlen. Gleiches gilt für die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, wenn sie für Meldungen einen Teil der fallbezogenen Krebsregisterpauschale zahlen.

Ärzte, Zahnärzte oder Krankenhausträger, die eine Neuerkrankung melden, erhalten hierfür eine Meldegebühr. Die Höhe der einzelnen Meldevergütungen vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bis zum 31. Dezember 2013. Wenn die privaten Krankenversicherungsunternehmen den Klinischen Krebsregistern die Kosten für Vergütungen von Meldungen

Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG)

Aufgaben der Klinischen Krebsregister

Finanzierung der Klinischen Krebsregister

Meldegebühren

von Daten privat krankenversicherter Personen erstatten, tritt der Verband der Privaten Krankenversicherung bei der Vereinbarung an die Seite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Gleiches gilt für die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, wenn sie den Klinischen Krebsregistern einen Teil der Meldegebühr erstatten. Da die Festlegung nicht bis zum 31. Dezember 2013 erfolgt ist, wird das Schiedsverfahren eingeleitet werden.

Beteiligung der PKV

Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung unterstützen das mit dem KFRG verfolgte Ziel, die Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen zu verbessern. Sie sind insbesondere bereit, den Betrieb der Klinischen Krebsregister durch die – im Falle einer beihilfekonformen privaten Krankenversicherung anteilige – Zahlung der Krebsregisterpauschale zu fördern und die durch die Krebsregister gezahlten Meldevergütungen anteilig zu erstatten.

Voraussetzung für eine Beteiligung der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung sind aber sichere datenschutzrechtliche Grundlagen. Es bedarf nicht nur einer Erlaubnisgrundlage für die Übermittlung personenbezogener Daten des Patienten von der meldenden Stelle an das Krebsregister und für die Verarbeitung dieser Daten durch das Krebsregister. Erforderlich sind darüber hinaus gesetzliche Regelungen, die es dem Klinischen Krebsregister erlauben, personenbezogene Daten des privat versicherten Patienten an dessen Versicherer zu Abrechnungszwecken zu übermitteln und dem Versicherer des Patienten gestatten, die vom Krebsregister übermittelten Daten zu verarbeiten sowie es dem Versicherer erlauben, dem Krebsregister durch Zahlung der Krebsregisterpauschale bzw. der Meldevergütung zu bestätigen, dass Versicherungsschutz besteht.

GWB-Novelle

8. GWB-Novelle

Am 30. Juni 2013 ist in den wesentlichen Teilen das Achte Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-Novelle) in Kraft getreten (BGBl. I 2013, S. 1738). Der Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucksache 17/9852) sah eine umfassende Anwendung des Wettbewerbsrechts auch auf die gesetzlichen Krankenkassen vor, was sehr kontrovers diskutiert wurde. Auf Vorschlag des Vermittlungsausschusses wurde die Anwendung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) und des Kartellrechts (GWB) auf die gesetzlichen Krankenkassen jedoch nur teilweise eröffnet. Das UWG regelt Unterlassungsansprüche gesetzlicher Krankenkassen *untereinander* wegen unzulässiger Werbung (§ 4 Abs. 3 S. 2. SGB V). Das GWB findet auf die Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen (sog. Fusionskontrolle) Anwendung.

Fusionskontrolle

Nach dem neu eingefügten § 172a SGB V finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle des GWB bei der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen entsprechende Anwendung. Der Zusammenschluss darf erst erfolgen, wenn das Bundeskartellamt die Vereinigung nach § 40 GWB freigegeben hat oder sie als freigegeben gilt (§ 172a Abs. 2 SGB V). Die Fusionskontrolle bei den gesetzlichen Krankenkassen, die zunächst durch das Bundeskartellamt durchgeführt, dann aber aufgrund einer Entscheidung des Landessozialgerichts Hessen gestoppt wurde, hat damit eine ausdrückliche Rechtsgrundlage erhalten.

Beteiligung der PKV

Diese Änderungen können auch Auswirkungen auf die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung haben. Im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle ist nach Maßgabe von § 36 GWB zu beurteilen, ob aufgrund des

Zusammenschlusses eine marktbeherrschende Stellung begründet oder verstärkt wird und ob diese gegebenenfalls wegen einer Verbesserung der Wettbewerbsbedingungen gerechtfertigt werden kann. Erforderlich ist daher eine Beurteilung der Marktverhältnisse. Hierbei wird jeweils zu prüfen sein, ob die Private Krankenversicherung in diese Marktbeurteilung einzubeziehen ist. In seinen bisherigen Stellungnahmen ist das Bundeskartellamt wohl von einem einheitlichen Markt ausgegangen. Der EuGH hat mit Urteil vom 3. Oktober 2013 (Rechtssache C-59/12) entschieden, dass die gesetzlichen Krankenkassen (verfahrensbeteiligt war die BKK Mobil Oil) im Hinblick auf die Mitgliederwerbung dem Unternehmensbegriff des Gewerbetreibenden nach dem UWG unterliegen. Vorbehaltlich der noch ausstehenden endgültigen Entscheidung des BGH können deshalb auch private Krankenversicherer, sofern sie z. B. in der substitutiven Krankenversicherung Mitbewerber der gesetzlichen Kassen sind, deren Wettbewerbsverstöße nach Maßgabe des UWG verfolgt werden. Soweit die gesetzlichen Krankenkassen nunmehr der Fusionskontrolle unterliegen, kann sich auch eine verfahrensrechtliche Stellung privater Krankenversicherer als Beigeladener nach § 54 GWB ergeben. Die Vorschrift wird ausdrücklich in § 172a Abs. 1 SGB V in die entsprechende Anwendung einbezogen. Nach § 54 Abs. 2 Nr. 3 GWB sind an dem Verfahren beim Bundeskartellamt Personen und Personenvereinigungen zu beteiligen, deren Interessen durch die Entscheidung erheblich berührt werden und die die Kartellbehörde auf ihren Antrag zu dem Verfahren beigeladen hat. Unter diesen Voraussetzungen erfolgt die Beiladung auch auf Antrag des Betroffenen. Beigeladen werden können auch Unternehmensvereinigungen, soweit die Interessen der Mitglieder betroffen sind. Es gilt ein weiter Maßstab: Eine Verschlechterung der Wettbewerbschancen reicht aus.

4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft

VVG-Änderungsgesetz

Am 1. Mai 2013 sind die für die PKV relevanten Vorschriften des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften (VVG-Änderungsgesetz) in Kraft getreten. Folgende Regelungen des Gesetzes wurden in die Versicherungsbedingungen des Verbandes mit Wirkung zum 1. Mai 2013 übernommen: Das Auskunftsrecht des Versicherten bei Heilbehandlungen, die voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten (§ 192 Abs. 8 VVG), die Auskunftspflicht des Versicherers nach § 202 VVG, das Verbot des Wechsels aus einem Unisex- in einen Bisextarif (§ 204 Abs. 1 Nr. 1 VVG), die Verlängerung der Frist zur Sonderkündigung bei Beitragserhöhungen und Leistungsminderungen auf zwei Monate (§ 205 Abs. 4 VVG) sowie der erleichterte Wechsel der Selbstbehaltstufe im Basistarif, wenn die Vereinbarung der Selbstbehaltstufe nicht zu einer Verringerung der Prämie führt (§ 12 Abs. 1a Satz 4 VAG).

Notlagentarif

Durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BGBl vom 18.07.2013 I S. 2423ff) wurde der so genannte Notlagentarif für die Private Krankenversicherung zum 1. August 2013 eingeführt. Der Notlagentarif hat den Charakter einer vorübergehenden Lösung bei Zahlungsschwierigkeiten und er sanktioniert zugleich die Nichtzahlung. Hintergrund für die Einführung des Notlagentarifs war, dass seit der Einführung

Anpassung der
Versicherungsbedingungen
des Verbandes

der Pflicht zur Versicherung säumigen Beitragszahlern seitens des Versicherers nicht mehr gekündigt werden durfte. Die Unternehmen konnten die Leistungen der Krankenversicherung allenfalls auf Ruhensleistungen reduzieren. Demgegenüber wuchsen die Außenstände der säumigen Zahler von Monat zu Monat an. Für die Betroffenen wurde es immer schwieriger, eine vollständige Rückzahlung zu erreichen. Die erbrachten Leistungen mussten aus den Beitragsmitteln anderer Mitglieder ausgeglichen werden. Für die Nichtzahler mussten ohne Beitragszahlung Alterungsrückstellungen aufgebaut und Leistungen gewährt werden. Durch die Einführung des Notlagentarifs wurde die Situation nun sowohl für das vertragstreue Versichertenkollektiv als auch für die säumigen Beitragszahler deutlich verbessert.

Der Notlagentarif ist kein Tarif, der freiwillig abgeschlossen werden kann. Versicherungsnehmer, die ihre Beiträge nicht zahlen, werden nach der Durchführung eines gesetzlich vorgeschriebenen Mahnverfahrens vom Versicherer in den Notlagentarif umgestellt, ihr Vertrag im ursprünglichen Tarif ruht solange (§ 193 Abs. 6 VVG). Im Notlagentarif erhalten die Versicherten nur Leistungen zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 12h Abs. 1 VAG). Für Kinder und Jugendliche sind darüber hinaus insbesondere Vorsorgeuntersuchungen und empfohlene Schutzimpfungen zu erstatten. Der PKV-Verband ist damit beliehen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus AVB und Tarifteil, festzulegen (§ 12 Abs. 1d VAG). Wenn ein Versicherter alle Beitragsschulden, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten ausgeglichen hat, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats automatisch wieder in seinem ursprünglichen Tarif fortgesetzt (§ 193 Abs. 9 VVG). Zwischenzeitlich eingetretene Änderungen des Tarifs (Prämienanpassungen und Bedingungsänderungen) gelten dann auch für den „Rückkehrer“ ab dem Tag der Fortsetzung.

Ziel des Gesetzgebers war es, die Beitragsschuldner vor weiterer Überschuldung zu schützen, gleichzeitig ihre Notfallversorgung zu gewährleisten und das Kollektiv der Versichertengemeinschaft finanziell zu entlasten. Jeder Versicherer hat für die in seinem Unternehmen im Notlagentarif Versicherten eine einheitliche Prämie zu kalkulieren (§ 12h Abs. 2 VAG). Während der Versicherung im Notlagentarif wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Gleichzeitig ist auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie die bereits vorhandene Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie aus der Alterungsrückstellung geleistet werden (§ 12h Abs. 2 VAG).

Um auch den Versicherten zu helfen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Gesetzes bereits erhebliche Beitragsschulden angehäuft hatten, ordnet der Gesetzgeber in Artikel 7 EGVG eine Rückwirkung des Notlagentarifs auf den Zeitpunkt an, zu dem die Leistungen aus dem Vertrag nach § 193 Abs. 6 VVG a.F. ruhend gestellt worden sind. Voraussetzung für die Rückwirkung ist, dass die Prämie im Notlagentarif niedriger ist als die im Zeitpunkt des Ruhendstellens geschuldete Prämie (Artikel 7 EGVG). Der Versicherungsnehmer schuldet dann nicht mehr die höhere vertragliche Prämie, sondern die geringere des Notlagentarifs. Der Versicherungsnehmer erhält aber das Recht, der rückwirkenden Versicherung innerhalb von sechs Monaten nach Hinweis auf die mit der rückwirkenden Versicherung verbundenen Folgen zu widersprechen.

Für Versicherungsnehmer, die hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind oder werden, ergeben sich durch die Einführung des Notlagentarifs keine Änderungen zur bisherigen Rechtslage. In diesem Fall tritt das Ruhen der Leistungen und eine Umstellung in den Notlagentarif

nicht ein oder ein Ruhen endet (§ 193 Abs. 6 WVG). Voraussetzung ist, dass die Hilfebedürftigkeit vom zuständigen Leistungsträger bescheinigt und gegenüber dem Versicherer nachgewiesen wird. Die Betroffenen haben die Möglichkeit, in den Basistarif zu wechseln, dort vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte und wird durch den Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende oder der Sozialhilfe übernommen.

Vertriebsfragen

Gesetzliche Krankenkassen können in ihrer Satzung die Vermittlung privater Zusatzversicherungen zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vorsehen (§ 194 Abs. 1a SGB V). Fraglich war, ob sie hierfür eine Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 Satz 1 Gewerbeordnung (GewO) brauchen oder ob sich die Befugnis aus § 194 Abs. 1a SGB V ergibt.

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 18. September 2013 (Az.: 1 ZR 183/12) über eine Klage entschieden, mit der wettbewerbsrechtliche Unterlassungsansprüche geltend gemacht wurden. Die beklagte Krankenkasse handele bei der Vermittlung privater Zusatzversicherungen rechtswidrig. Ihr fehle im Hinblick auf die Vermittlung privater Zusatzversicherung die nach § 34d Abs. 1 Satz 1 GewO erforderliche Erlaubnis.

Die Vorinstanz (OLG Brandenburg, NZS 2013, 100) hatte die Klage abgewiesen. Die Vermittlungsbefugnis ergebe sich aus der Spezialvorschrift des § 194 Abs. 1a SGB V. Dem ist der BGH nicht gefolgt. Er hat der Klage stattgegeben und der beklagten Krankenkasse die Vermittlung privater Zusatzversicherungen ohne eine solche Erlaubnis untersagt.

Die Anwendung des § 34d GewO werde durch die Vorschrift des § 194 Abs. 1a SGB V nicht verdrängt. Die Krankenkasse erfülle mit einer Kooperation im Bereich von Zusatzversicherungen keinen öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag. Die Vorschriften des Wettbewerbsrechts seien daher anwendbar. Zu den insoweit relevanten Bestimmungen gehörten insbesondere auch die gewerberechtlichen. Dafür spreche auch, dass der Gesetzgeber weder bei Erlass von § 34d GewO noch bei späteren Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Ausnahme von der Erlaubnispflicht für Krankenkassen geregelt habe.

Weiterhin handelte die beklagte Krankenkasse nach Auffassung des BGH auch gewerbsmäßig. Nach den dem § 34d Abs. 1 Satz 1 GewO zugrundeliegenden Regelungen in der Richtlinie 2002/92/EG (Erwägungsgrund 11) seien von ihrem Anwendungsbereich Personen erfasst, deren Tätigkeit darin bestehe, für Dritte Versicherungsvermittlungsdienstleistungen für eine Gegenleistung zu erbringen, die finanzieller Art sein oder jede andere Form eines wirtschaftlichen Vorteils annehmen könne, der zwischen den Parteien vereinbart wurde und an die Leistung geknüpft sei. Der Begriff der Gegenleistung sei danach in einem weiten Sinn zu verstehen, ebenso wie der Begriff der Vergütung. Diese Voraussetzungen seien bei der beklagten Krankenkasse, die von dem kooperierenden Versicherungsunternehmen eine Aufwandsentschädigung erhalte, erfüllt.

Nach dem Urteil des BGH bedarf eine gesetzliche Krankenkasse daher einer Erlaubnis nach § 34d GewO, wenn sie für die Vermittlung eines Versicherungsvertrages eine Aufwandsentschädigung oder sogar eine Provision erhält.

Der federführende Wirtschafts- und Währungsausschuss (ECON) des Europäischen Parlaments (EP) hat im Januar 2014 Änderungsvorschläge zur IMD2

beschlossen, die im Plenum des EP am 26. Februar 2014 in den wichtigsten Punkten Zustimmung erhalten haben. Bedeutsam ist insbesondere der Beschluss, dass der Versicherungsvermittler den Kunden über die Art (Honorar oder Provision) sowie den Zahlungspflichtigen (Kunde oder Versicherungsunternehmen) informieren muss. Auf Nachfrage soll der Vermittler zudem über weitere, jedoch nicht näher spezifizierte Details informieren. Schließlich sollen Versicherungsvermittler im Falle von Interessenkonflikten den Kunden „relevante quantitative Elemente“ der Vergütung offenlegen. EIOPA soll hierzu konkretisierende Leitlinien erarbeiten.

Im Rahmen der Beratungen des EP wurde ein Änderungsantrag eingereicht, der Sozialversicherungsträger und damit auch gesetzliche Krankenkasse aus dem Anwendungsbereich von IMD 2 ausgenommen hätte. Der PKV-Verband hat sich gegen eine solche Ausnahme ausgesprochen:

Durch die IMD1 wurde für Versicherungsvermittler eine Berufserlaubnis eingeführt, die insbesondere die für die Vermittlung von Versicherungsprodukten erforderliche Sachkunde und Zuverlässigkeit voraussetzt. Damit ist gewährleistet, dass der Versicherungsvermittler in der Lage ist, das den Versicherungsbedürfnissen des Verbrauchers entsprechende Produkt zu vermitteln und dem Verbraucher die in Frage kommenden Versicherungsprodukte, insbesondere in punkto Beitrag und Versicherungsleistung, erläutern zu können. Dies stellt sicher, dass der Verbraucher seine Entscheidung, ob und gegebenenfalls welches Versicherungsprodukt er abschließt, auf Grundlage zutreffender Informationen fällt und qualifiziert beraten wird. Demgemäß sind mit der IMD 1 auch Auskunftspflichten des Versicherungsvermittlers zugunsten des Verbrauchers verbunden.

Eine Ausnahme von der Erlaubnis- und Registrierungspflicht gilt für Versicherungsunternehmen. Nach der IMD 1 liegt keine Versicherungsvermittlung vor, wenn sie ein Versicherungsunternehmen oder ein unter seiner Verantwortung tätiger Angestellter ausübt. Ein Versicherungsunternehmen ist nach der IMD 1 ein Unternehmen, dem die behördliche Zulassung (gemäß Art. 6 der Richtlinie 73/239/EWG oder gemäß Art. 6 der Richtlinie 79/267/EWG) erteilt wurde. Der Erlaubnis- und Registrierungsfreiheit liegt die Erwägung zugrunde, dass zugelassene Versicherungsunternehmen auch dann die beruflichen Anforderungen gemäß IMD 1 erfüllen, wenn dies nicht zuvor behördlich überprüft wurde. Denn an die Erlaubnis zum Versicherungsbetrieb werden erheblich strengere Anforderungen gestellt als an die beruflichen Anforderungen an Versicherungsvermittler nach der IMD 1: Sie wird nur erteilt, wenn sichergestellt ist, dass die detaillierte Kenntnis über alle mit dem Betrieb und dem Produkt einer Versicherung zusammenhängenden Fragen, also z. B. bezogen auf Recht, Rechnungslegung, Steuern, Risikomanagement, Kalkulation, Versicherungsleistungen etc. vorhanden sind. Auch die Ausnahme für Angestellte des Versicherers ist sachgemäß, weil sie nicht selbst als Versicherungsvermittler tätig werden, sondern vielmehr als abhängig Beschäftigte für ein im Sinne der IMD 1 als Versicherungsvermittler tätiges Versicherungsunternehmen und das Versicherungsunternehmen in diesem Fall die Verantwortung für eine ausreichende Ausbildung des Beschäftigten trägt – in Deutschland orientiert sich diese nach der Qualifikation Versicherungsfachmann oder -frau. Hinzu kommt, dass eine Haftung durch das Versicherungsunternehmen gewährleistet ist und in diesen Fällen den Versicherer (gemäß den Richtlinien 92/49/EWG, 2002/65/EG sowie 2002/83/EG) selbst umfangreiche Informations- und Beratungspflichten treffen.

Die Regelungen der IMD 1 gelten auch für die Vermittlung von Zusatzversicherungen durch gesetzliche Krankenkassen. Dies wurde, wie dargestellt, auch durch den Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 18. September 2013 (I ZR 183/12) bestätigt. Dabei ist der Bundesgerichtshof auch auf die Befreiung von der Erlaubnispflicht von Versicherungsunternehmen eingegangen. Er hat ausdrücklich festgestellt, dass die Befreiung für Versicherungsunternehmen nicht für gesetzliche Krankenkassen gilt. Dies ist zutreffend und sachgerecht. Die für die Vermittlung von Versicherungsprodukten erforderliche Sachkunde wird also nach der IMD 1 für gesetzliche Krankenkassen nicht durch eine Zulassung zum Geschäftsbetrieb als Versicherungsunternehmen gesetzlich impliziert.

Dass gesetzliche Krankenkassen für die Vermittlung von Zusatzversicherung zunächst eine Registrierung erreichen und insbesondere auch die dafür erforderliche Sachkunde nachweisen müssen, ist auch deshalb sachlich richtig, weil die Durchführung der Gesetzlichen Krankenversicherung keine Kenntnisse hinsichtlich des Betriebs der Privaten Krankenversicherung vermittelt und erfordert. Gesetzliche und Private Krankenversicherung funktionieren nach völlig unterschiedlichen Regelungsmechanismen und folgen vollkommen unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen. Die vorgenannten Aspekte gelten erst recht für andere Träger der Sozialversicherung, wie z. B. Rentenversicherungen, die ebenfalls aus dem Anwendungsbereich von IMD 2 ausgenommen bleiben sollen.

Würden die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen von IMD 2 aus dem Anwendungsbereich rausgenommen, bedeutete dies im Vergleich zu IMD 1 einen deutlichen Rückschritt. Das mit IMD 2 verfolgte Ziel, die richtigen Ansätze von IMD 1 fortzusetzen und zu intensivieren, würde insoweit nicht nur nicht erreicht, sondern sogar konterkariert werden. Ziel muss es vielmehr sein, gleiche Rahmenbedingungen für alle Versicherungsvermittler zu schaffen. Für gesetzliche Krankenkassen darf es bezogen auf die beruflichen Anforderungen keine geringeren Voraussetzungen geben als für andere natürliche und juristische Personen, die als Versicherungsvermittler tätig sind. Nur so lässt sich ein lückenloser Verbraucherschutz sicherstellen.

EU-Datenschutzverordnung

Der im Januar 2012 von der EU-Kommission vorgestellte Entwurf einer Europäischen Datenschutzverordnung wurde 2013 in den beratenden Ausschüssen sehr intensiv erörtert. Insgesamt wurden zu dem Entwurf über 3.000, sich teilweise diametral widersprechende Änderungsanträge eingebracht. Der federführende Ausschuss für Bürgerliche Freiheiten, Justiz und Inneres (LIBE-Ausschuss) hat auf Grundlage der eingebrachten Änderungsanträge nach mehrmonatigen Verhandlungen seinen Bericht zu dem Entwurf im Oktober 2013 abgestimmt. Der Bericht wurde am 12. März 2014 im Plenum des Europäischen Parlaments mit sehr großer Mehrheit angenommen. Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung sind folgende drei Regelungen ganz besonders bedeutsam:

Der Bericht des Europäischen Parlaments zum Entwurf der EU-Datenschutzverordnung sieht eine Erlaubnisgrundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten vor, soweit dies zur Vorbereitung und Durchführung eines Vertrages mit dem Betroffenen oder für vorvertragliche Maßnahmen erforderlich ist. Die zur Durchführung des Krankenversicherungsvertrages erforderliche Verarbeitung von Gesundheitsdaten müsste danach nicht mehr auf eine komplizierte und wenig praxisgerechte Einwilligung gestützt werden. Die Verarbeitung von

Abstimmung im
LIBE-Ausschuss

Verarbeitung von
Gesundheitsdaten

Gesundheitsdaten ist für die Private Krankenversicherung unabdingbare Voraussetzung für die Durchführung des Versicherungsvertrags, sie begrüßt daher die Regelung sehr. Die Versicherungswirtschaft strebt an, dass auch wichtige Folgeprozesse in den Begriff „Erforderlichkeit“ einbezogen werden.

Einwilligung

Nach dem Entwurf der Kommission war eine Einwilligung unwirksam, wenn zwischen dem Einwilligenden und datenverarbeitender Stelle ein erhebliches Ungleichgewicht besteht. Dies hätte die Rechtssicherheit von Einwilligungen stark beeinträchtigt. Erfreulicherweise wurde das Tatbestandsmerkmal des erheblichen Ungleichgewichts im Bericht des Europäischen Parlaments gestrichen.

Statistische Datenverarbeitung

An die statistische Verarbeitung von Gesundheitsdaten werden im Bericht des Europäischen Parlaments im Vergleich zum Verordnungsvorschlag der Kommission strengere Maßstäbe gestellt. Die Verarbeitung soll nur mit der Einwilligung des Betroffenen zulässig sein. Dies wird seitens der Privaten Krankenversicherung abgelehnt. Statistiken sind unentbehrliche Grundlage für die Tarifentwicklung, die Beitragskalkulation und das Risikomanagement. Diese dürfen, insbesondere soweit sie gesetzlich vorgeschrieben werden, nicht von der Einwilligung des Versicherten abhängig gemacht werden.

Beschwerdemanagement

EIOPA- Leitlinien zum Beschwerdemanagement

Die Europäische Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen und die betriebliche Altersversorgung (EIOPA) hat am 14. Juni 2012 Leitlinien für die Bearbeitung von Beschwerden durch Versicherungsunternehmen veröffentlicht. Im Januar 2013 hatte die BaFin EIOPA mitgeteilt, dass sie die Beschwerdeleitlinien in die nationale Verwaltungspraxis implementieren wird und daraufhin im Mai 2013 den Versicherungsunternehmen empfohlen, sich mit den Inhalten der EIOPA-Leitlinien vertraut zu machen. Weiterhin wurde angekündigt, an der nationalen Umsetzung der EIOPA-Leitlinien für Versicherer zu arbeiten.

Nach Durchführung eines Konsultationsverfahrens hat die BaFin am 20. September 2013 eine Sammelverfügung erlassen, die am 1. Januar 2014 in Kraft getreten ist. In Verbindung mit dem in Bezug genommenen BaFin-Rundschreiben 3/2013 ergeben sich danach zusammengefasst folgende Mindestanforderungen an die Beschwerdebearbeitung durch Versicherungsunternehmen:

Interne Leitlinien zur Beschwerdebearbeitung

Die Versicherungsunternehmen haben interne Leitlinien zur Beschwerdebearbeitung vorzusehen. Sie sind schriftlich niederzulegen und allen mit der Beschwerdebearbeitung befassten Mitarbeitern des Versicherungsunternehmens über geeignete interne Wege zugänglich zu machen. Sie haben Bestimmungen zur Beschwerdeeinreichung, Beschwerdebearbeitung, zu Schulungen sowie zur Einhaltung der internen Leitlinien zu enthalten.

Beschwerdemanagementfunktion und Beschwerdeanalyse

Die Versicherungsunternehmen haben eine Beschwerdemanagementfunktion einzurichten. Dabei sollten die Unternehmen mindestens eine erfahrene Person auswählen, die möglichst direkt unterhalb der Geschäftsleiterebene für die ordnungsgemäße Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen der Beschwerdebearbeitung verantwortlich ist.

Die Versicherungsunternehmen haben weiterhin die Daten zur Beschwerdebearbeitung fortlaufend zu analysieren (Beschwerdeanalyse), um zu gewährleisten, dass wiederholt auftretende oder systematische Probleme sowie potenzielle rechtliche und operationelle Risiken festgestellt und behoben werden.

Beschwerden sind unternehmensintern zu registrieren. Dabei sollen, soweit dies insbesondere rechtlich möglich ist, der Gegenstand der Beschwerde und der Versicherungszweig, die Stammdaten des Beschwerdeführers, die Daten zum Eingang und zur Bearbeitung bzw. Beantwortung der Beschwerde sowie das Ergebnis des Beschwerdeverfahrens erfasst werden. Die Versicherungsunternehmen sind zudem verpflichtet, der BaFin gegenüber einen Beschwerdebericht zu erstatten.

Die Versicherungsunternehmen haben Informationen über das Verfahren zur Beschwerdebearbeitung bereit zu stellen und auf leicht zugängliche Weise zu veröffentlichen sowie, falls eine unverzügliche Bearbeitung nicht erfolgen kann, Beschwerdeführern einen eindeutigen, genauen und aktuellen Zwischenbescheid zu geben.

Die Versicherungsunternehmen haben schließlich

- sich darum zu bemühen, sämtliche relevanten Beweismittel und Informationen bezüglich der Beschwerde zusammenzutragen und zu prüfen
- in klarer, eindeutig verständlicher Sprache zu kommunizieren
- ohne unnötige Verzögerung eine Antwort zu erteilen; andernfalls ist ein Zwischenbescheid mit bestimmten Informationen zum Verfahrensstand zu geben
- bei Erteilen einer endgültigen Entscheidung, die den Forderungen des Beschwerdeführers nicht vollständig nachkommt, den Standpunkt des Versicherungsunternehmens hinsichtlich der Beschwerde eingehend zu erläutern und die Möglichkeiten des Beschwerdeführers zur Aufrechterhaltung der Beschwerde darzulegen (z. B. die Möglichkeit, sich an eine Ombudsstelle zu wenden, sich an die BaFin zu wenden, alternative Streitbeilegungsverfahren zu nutzen usw.); die Entscheidung soll – sofern der Beschwerdeführer dies wünscht – schriftlich erfolgen.

Beihilfe des Bundes und der Länder

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

Beihilfe des Bundes

Am 1. Juli 2013 trat die Neufassung der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Februar 2009, zuletzt geändert durch die vierte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 12. Dezember 2012, in Kraft. Sie enthält alle bis zur vierten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung ergangenen Änderungen.

Mit Rundschreiben vom 24. Januar 2014 hat das Bundesministerium des Inneren darüber informiert, dass im Rahmen von Organtransplantationen für das Jahr 2014 nachstehende beihilfefähigen Beträge gelten:

- 15.189 Euro je transplantiertes Organ, für das kein eigenständiger Flugtransport durchgeführt wurde. Der Betrag setzt sich zusammen aus:
 - Organisationspauschale für die Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs
 - Aufwandserstattungspauschale der Entnahmekrankenhäuser

Registrierung und Informationspflichten

Bereitstellung von Informationen

Verfahren für die Beantwortung von Beschwerden

- Transplantationsbeauftragtenpauschale
 - Finanzierungspauschale für den Betrieb der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin
- b) 22.537 Euro bei extrarenalen Organen (z. Z. Herz, Leber, Lunge, Pankreas und Darm) je transplantiertes Organ, für das ein eigenständiger Flugtransport durchgeführt wurde. Der Betrag setzt sich zusammen aus:
- den Pauschalen nach Buchstabe a) und
 - Flugtransportkostenpauschale.
- c) 43.881 Euro zusätzlich zu den Pauschalen nach Buchstabe a) und b) je transplantiertes Herz, für das ein OCS TM -Einsatz durchgeführt wurde.

Beihilfe der Länder

Die Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung vom 26. November 2013 wurde am 5. Dezember 2014 verkündet. Die Änderungen betreffen vor allem Aufwendungen für Pflege, Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen, Suchtbehandlung sowie für Kuren.

Am 6. November 2013 hat der Landtag von Baden-Württemberg das Gesetz zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften beschlossen. Mit dem Gesetz wird insbesondere die 2012 beschlossene Absenkung der Beihilfebemessungssätze von 70 auf 50 Prozent bei neu eingestellten Beamten sowie deren Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner für den Bereich der Pflegeaufwendungen revidiert. Stattdessen werden rückwirkend die vor dem 1. Januar 2013 geltenden Beihilfebemessungssätze für anwendbar erklärt. Dadurch entfällt die 20-prozentige Erstattungslücke, die durch die Absenkung der Sätze im Pflegebereich entstanden war. Das Ministerium für Wirtschaft und Finanzen hat sich damit der Ansicht des PKV-Verbandes angeschlossen, nach der die privaten Krankenversicherungsunternehmen gesetzlich nicht verpflichtet seien, einen auf die Beihilfebemessungssätze der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg abgestimmten Pflegepflichttarif anzubieten.

Am 17. Januar 2014 wurde die Verordnung des Finanz- und Wirtschaftsministeriums zur Änderung der Beihilfeverordnung vom 20. Dezember 2013 im Gesetzblatt für Baden-Württemberg veröffentlicht. Mit der Verordnung wurde die Beihilfeverordnung an die geltende Rechtsprechung angepasst. Außerdem wurden die aufgrund des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung erfolgten Neuerungen übernommen. Des weiteren gab es insbesondere folgende Änderungen:

- Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit von Arznei- und Verbandsmittel sowie für Teststreifen für Körperflüssigkeiten; Erforderlichkeit eines medizinischen Gutachtens für die Beihilfefähigkeit von Nahrungsergänzungsmitteln, Vitaminen und Mineralstoffpräparaten
- Abrechnung von Krankenhausbehandlungen
- Höchstbeitrag für Familien- und Haushaltshilfe
- Normierung, dass auch Aufwendungen für Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem SGB V oder auf Grund von Verträgen mit den PKV-Unternehmen mit Leistungserbringern erbracht worden sind, angemessen sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden.

Beihilfe des Landes
Bremen

Beihilfe des Landes
Baden-Württemberg

Mit den in Artikel 2, Absatz 2 und 3 der Verordnung normierten Ausnahmen tritt die Verordnung am 1. April 2014 in Kraft.

Am 19. Juli 2013 wurde die Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Beihilfeverordnung vom 2. Juli 2013 veröffentlicht. Im Wesentlichen ergeben sich dadurch folgende Neuerungen:

- § 32: Rechtsgrundlage für die Beteiligung des Dienstherrn oder der Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, an den Kosten für die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI
- § 34: Bei vollstationärer Pflege Erstattung der nach § 85 SGB XI vereinbarten Pflegesätze (zuvor: pauschale Leistungsbeträge nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI); Abs. 9 enthält eine Härtefallregelung
- §§ 38, 38a, 38b: Neustrukturierung des Vorsorgebereichs; nunmehr z. B. Beteiligung an den Kosten für Gesundheits- und Präventionskursen möglich (§ 38 Abs. 9)
- Explizite Abschaffung der Praxisgebühr
- Klarstellungen im Arzneimittelbereich durch Übernahme von Regelungsgegenständen aus Verwaltungsvorschriften in die Verordnung.

Die Vierte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 15. November 2013 wurde am 29. November 2013 verkündet. Der Schwerpunkt der Verordnung liegt auf einer Änderung in der stationären Pflege: Basierend auf der geltenden Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts werden die pflegebedingten Aufwendungen aus Fürsorgegründen auf 100 Prozent aufgestockt, Artikel 1 Nr. 5 der Verordnung.

Hingewiesen sei auf das Urteil des Verwaltungsgerichts Koblenz vom 23. Mai 2013 (Az.: 6 K 11/13.KO, mit dem entschieden wurde, dass ein Beamter, der im Standardtarif privat krankenversichert ist, im Krankheitsfall einen Beihilfeanspruch ebenfalls nur auf der Grundlage der im Standardtarif vorgesehenen reduzierten Gebührensätze für ärztliche Leistungen habe. Der Kläger, ein Landesbeamter, hatte geltend gemacht, aufgrund seiner Schwerbehinderung innerhalb der Privaten Krankenversicherung auf den Standardtarif angewiesen zu sein. Das rheinland-pfälzische Beihilferecht sieht vor, dass sich bei Standardtarifversicherten auch die Berechnung der dem Beamten vom Dienstherrn zu gewährenden Beihilfe im Krankheitsfall nach dem reduzierten Gebührensatz richtet. Der Kläger sah darin eine Verletzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes und der beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht, da ihm im Fall einer ernsthaften und längerfristigen Erkrankung ihm deshalb der wirtschaftliche Ruin drohe. Das Verwaltungsgericht Koblenz verneinte Verstoß gegen höherrangiges Recht und wies die Klage ab. Ein Verstoß der rheinland-pfälzischen Beihilfeverordnung gegen höherrangiges Recht liege nicht vor: Der im Standardtarif versicherte Beamte habe einen Anspruch auf die qualitativ gleiche medizinische Behandlung wie ein im Normaltarif privat versicherter Beamter. Unterschiede bestünden lediglich bei der Liquidation der erbrachten ärztlichen Leistungen. Auch wenn der Arzt grundsätzlich nicht zu einer Behandlung zu den Gebührensätzen des Standardtarifs verpflichtet und es nicht gewährleistet sei, dass der Beamte die von ihm gewünschte ärztliche Leistung zu diesem Tarif gerade bei dem Arzt seiner Wahl erhalten könne, reiche es unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht des Dienstherrn aus, wenn der Beamte in zumutbarer Entfernung einen zur Abrechnung nach dem Standardtarif bereiten Arzt finden könne. Dazu hatte der Kläger nichts Konkretes vorgetragen.

Beihilfe des Landes
Niedersachsen

Beihilfe des Landes
Nordrhein-Westfalen

Beihilfe des Landes
Rheinland-Pfalz

Das Urteil bezieht sich nur auf Leistungen, die nach dem Standardtarif abgerechnet werden können: Bei anderen Leistungen bleibt es bei den üblichen Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte.

Beihilfe des Freistaats Sachsen

Am 25. Dezember 2013 ist die Erste Verordnung zur Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung (SächsBhVO) in Kraft getreten. Die Verordnung übernimmt insbesondere die sich aus dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPGÄndG) vom 21. Juli 2012 und dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz) vom 23. Oktober 2012 ergebenden Änderungen in das Sächsische Beihilferecht. Im Übrigen wurden redaktionelle Berichtigungen, inhaltliche Klarstellungen und Ergänzungen vorgenommen, insbesondere die Folgenden:

- Aufhebung der Begrenzung für Material- und Laborkosten für implantologische Leistungen bei den schwerwiegenden Indikationen des § 11 Abs. 2 SächsBhVO,
- Anpassung der Anwendungsbereiche für ambulante psychotherapeutische Leistungen an die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Aufnahme der Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V im Umfang der Beihilfe,
- Anpassung des Umfangs der Beihilfefähigkeit für eine neuropsychologische Therapie an das Niveau der GKV auf Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Aktualisierung des Kurortverzeichnis und des Verzeichnisses der Kurorte im europäischen Ausland.

Des weiteren wurde am 31. Dezember 2013 das Gesetz zur Neuordnung des Dienst-, Besoldungs- und Versorgungsrechts im Freistaat Sachsen (Sächsisches Dienstrechtsneuordnungsgesetz) verkündet, das Änderungen der gesetzlichen Grundlage zum Beihilferecht (§ 80 SächsBG-neu) enthält, die teilweise zum 1. Januar 2014 in Kraft getreten sind. Betroffen sind die Gleichstellung der eingetragenen Lebenspartner mit Ehegatten (§ 80 Abs. 4 und 7 Satz 2 Nr. 3 SächsBG) und die Absenkung des kalenderjährlichen Selbstbehalts von 80 auf 40 Euro (§ 80 Abs. 7 Satz 5 SächsBG).

Beihilfe des Landes Sachsen-Anhalt

Der Landtag Sachsen-Anhalts hat am 11. Dezember 2013 eine nach Besoldungsgruppen und sozialen Aspekten gestaffelte Kostendämpfungspauschale in der Beihilfe beschlossen. Diese ist in dem seit dem 1. Januar 2014 in Kraft getretenen Haushaltsbegleitgesetz 2014 geregelt. Als Begründung für die Einführung der Kostendämpfungspauschale wird die Senkung von Personalausgaben genannt. Es wird darauf verwiesen, dass es keine verfassungsrechtliche Verpflichtung gebe, Beihilfen in einer bestimmten Höhe zu gewähren.

Beihilfe des Landes Thüringen

Am 1. August 2013 ist die erste Verordnung zur Änderung der Thüringischen Beihilfeverordnung (ThürBhV) in Kraft getreten. Die Änderungen gelten überwiegend ab 01. August 2013, soweit nichts abweichendes geregelt ist. Mit dieser Änderungsverordnung werden im Wesentlichen die sich aus dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz) vom 23. Oktober 2012 ergebenden Änderungen auf das Beihilferecht übertragen. Außerdem wurde der Eigenbehalt für ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen entsprechend der Praxisgebühr abgeschafft. Neben Klarstellungen und redaktionellen Änderungen wurden neue medizinische Therapiemöglichkeiten berücksichtigt und insbesondere folgende Ergänzungen vorgenommen:

- Begrenzung der Aufwendungen der Leistungen für Heilpraktiker auf neue Höchstbeträge
- Gutachten für ambulante psychotherapeutische Behandlungen werden bei den für die gesetzliche Krankenversicherung tätigen Gutachtern eingeholt.
- Der Höchstbetrag für Hörhilfen wird von 1.025 Euro auf 1.500 Euro je Ohr angehoben.
- Die Neuropsychologische Therapie wird im Beihilferecht neu aufgenommen.
- Die Vergleichsberechnung bei Aufwendungen für Leistungen in Privatkliniken wurde neu geregelt.

4.3 Rechnungslegung

IASB-Projekt Insurance Contracts

Das International Accounting Standards Board (IASB) hat am 20. Juni 2013 den Exposure Draft ED/2013/7 Insurance Contracts zur Überarbeitung des ED/2010/8 veröffentlicht, vgl. <http://www.ifrs.org/Current-Projects/IASB-Projects/Insurance-Contracts/Exposure-Draft-June-2013/Documents/ED-Insurance-Contracts-June-2013.pdf>. Der neue Entwurf konnte bis 25. Oktober 2013 kommentiert werden. Das IASB hat in zentralen Fragen auf die Kritik der Versicherungswirtschaft an den Vorschlägen aus dem Jahr 2010 reagiert. Die grundsätzliche Ablehnung des IASB-Ansatzes zur Umsetzung des ‚mirroring principles‘ ist mit einem Alternativvorschlag der Branche verbunden. Um dem IASB zu signalisieren, dass dieser Alternativvorschlag keine zeitliche Verzögerung des Versicherungsprojektes mit sich bringen muss, werden in der deutschen Stellungnahme neben den Vorteilen des Alternativansatzes auch die Standardänderungen genannt, deren Umsetzung den Alternativvorschlag ermöglichen würde. Schließlich wird nunmehr die klare Unterstützung für die OCI-Darstellung der diskontsatzbedingten Volatilität mit der Forderung verbunden, diese als Option auszugestalten.

Exposure Draft ED/2012/4 (IFRS 9)

Zu dem am 28. November 2012 publizierten Standardentwurf ED/2012/4 „Classification and Measurement: Limited Amendments to IFRS 9“ hat die deutsche Versicherungswirtschaft eine Stellungnahme beim IASB und bei der EFRAG eingereicht. Darin wird insbesondere der IASB-Vorschlag zur Einführung einer geschäftsmodellbasierten FV/OCI-Kategorie, d.h. einer erfolgsneutralen Zeitwertbewertung für gehaltene Schuldinstrumente, begrüßt. Die deutsche Versicherungswirtschaft kritisiert jedoch den zu restriktiven Anwendungsbereich der FV/OCI-Kategorie, mahnt die Einführung einer FV/OCI-Option für zu Anschaffungskosten bilanzierte Schuldinstrumente an und fordert die Zulassung von ‚Recycling‘ bei zu FV/OCI-bewerteten Eigenkapitalinstrumenten.

Im Mai 2013 begann das IASB, sich mit den Stellungnahmen zu den im ED/2012/4 vorgelegten Vorschlägen auseinanderzusetzen. Eine erste Auswertung ergab, dass etwa ein Drittel die FV/OCI-Kategorie innerhalb des IFRS 9 ablehnt. Dazu gehört auch die Eingabe der Technical Expert Group (TEG) der European Financial Reporting Advisory Group (EFRAG). Zwar wird das Interesse der Versicherer

an der FV/OCI-Kategorie für Finanzinstrumente zur Kenntnis genommen, die Lösung soll das IASB allerdings im Versicherungsprojekt verankern. Die Versicherungswirtschaft setzt sich unverändert für einen robusten IFRS 9 ein, der den berechtigten Interessen aller Branchen gerecht werden sollte.

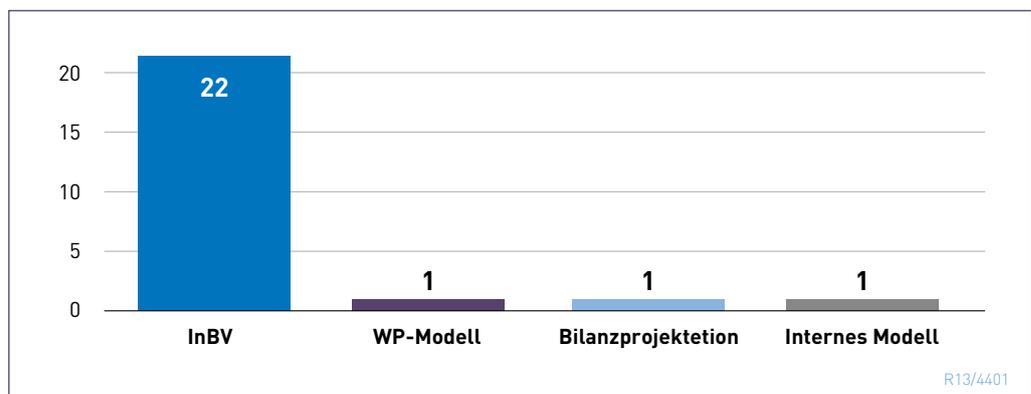
Insgesamt ist noch nicht sicher, dass die für den ED akzeptierte FV/OCI-Kategorie für einfache Schuldinstrumente auch in den finalen IFRS 9 überführt wird. Die deutsche Versicherungswirtschaft hebt in den Diskussionen einerseits die Transparenz und die Gleichwertigkeit der OCI-Lösung hervor, andererseits wird die Notwendigkeit einer inhaltlichen Konsistenz der Bilanzierungsvorgaben für Versicherer betont.

4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement

Long-Term Guarantee Assessment (LTGA)

Zwischen 28. Januar und Ende März 2013 hat EIOPA im Auftrag der Europäischen Kommission das Long-Term Guarantee Assessment (LTGA) durchgeführt.

Am LTGA haben sich 25 private Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland mit einem Marktanteil von 63 Prozent beteiligt. 88 Prozent der Teilnehmer haben das inflationsneutrale Bewertungsverfahren zur Neubewertung der versicherungstechnischen Rückstellungen in der PKV für Solvency II verwendet. Einen Überblick der verwendeten Bewertungsverfahren während des LTGA enthält die nachfolgende Abbildung:



Die LTGA-Ergebnisse zeigten die Notwendigkeit auf, an den ursprünglich vorliegenden Rechtstexten für Solvency II (Level 1 als auch Level 2) Anpassungen vorzunehmen. Eine antizyklische Volatilitätsanpassung der Zinsstrukturkurve ist erforderlich, um dem langfristigen Charakter der versicherungstechnischen Verpflichtungen in der PKV ökonomisch gerecht zu werden. Der Extrapolationsbeginn für die Ableitung der Solvency II-Zinsstrukturkurve sollte ab dem Jahr 20 erfolgen; die Annäherung an den langfristigen Gleichgewichtszinssatz (die die Ultimate Forward Rate – UFR) sollte innerhalb weniger Jahre ab dem Extrapolationsbeginn erreicht werden.

Die durchschnittliche Solvency II-Bedeckungsquote in der PKV ist im LTGA-Basisszenario gegenüber der QIS6 im Jahr 2012 von 148 Prozent auf 140 Prozent lediglich leicht zurückgegangen. Angesichts der nachhaltigen Niedrigzinsphase ist dies weiterhin eine solide Überdeckung.

Die Ergebnisse des LTGA hat EIOPA am 14. Juni 2013 veröffentlicht. Entsprechend der europarechtlichen Systematik sind die Ergebnisse der PKV in die Rubrik Non-Life eingegangen. Ergänzend zum EIOPA-Bericht hat die BaFin einen Länderbericht in deutscher und englischer Sprache vorgelegt, vgl. http://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Meldung/2013/meldung_130614_ltga_studie.html.

Die BaFin-Länderberichte enthalten detailliertere Aussagen zur Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung, insbesondere zu der im Rahmen des LTGA getesteten Übergangsvorschrift.

Für den Bereich der Lebensversicherung plant die BaFin für Sommer 2014 eine Vollerhebung. An dieser Vollerhebung wird sich auch die Private Krankenversicherung in Deutschland beteiligen und darin das weiter entwickelte inflationsneutrale Bewertungsverfahren mit den Bilanzdaten zum Stichtag 31. Dezember 2013 erproben. Zusätzlich soll die Solvenzsituation auf den 1. Januar 2016 projiziert werden.

Weitere Projektmeilensteine von Solvency II

Die Trilog-Parteien (EU-Parlament, EU-Kommission und EU-Ministerrat) haben sich am 13. November 2013 auf eine Modifikation der ursprünglichen Solvency II-Rahmenrichtlinie aus dem Jahr 2009 geeinigt (Omnibus II). Diese Einigung ist ein wesentlicher Meilenstein im Solvency II-Projektfahrplan. Gemäß dem aktuellen Zeitplan soll Solvency II mit Wirkung zum 1. Januar 2016 in Kraft treten. Zuvor ist eine Anpassung des nationalen Aufsichtsrechts in Form einer VAG-Novelle erforderlich, die bis Frühjahr 2015 erfolgen soll. Im ersten Halbjahr 2014 werden die überarbeiteten Level II-Bestimmungen (delegated acts vormalis implementing measures) bis August 2014 final entwickelt werden. Parallel hierzu hat am 1. Januar 2014 eine zweijährige Vorbereitungsphase auf Solvency II begonnen und umfasst insgesamt Bestimmungen zu den Themenbereichen FLAOR (Forward-Looking Assessment of Own Risks, vormalis ORSA), Governance, Berichterstattung sowie zur Vorantragsphase für interne Modelle. Die BaFin hat am 20. Dezember 2013 auf ihrer Homepage Details zur Struktur und zum Ablauf der Vorbereitungsphase auf Solvency II veröffentlicht, vgl. http://www.bafin.de/DE/Aufsicht/VersichererPensionsfonds/VorbereitungSolvencyII/vorbereitung_solvency_ii_artikel.html.

Zur Strukturierung der Vorbereitungsphase hat die BaFin die EIOPA-Leitlinien der genannten Anwendungsbereiche in 15 Themenblöcke gegliedert. Es ist vorgesehen, zu jedem der 15 Themenblöcke eine Verlautbarung mit ergänzenden Erläuterungen und Hinweisen zu veröffentlichen. Die Aufsicht fordert alle Versicherungsunternehmen auf, sich frühzeitig mit den Inhalten der Vorbereitungsleitlinien auseinander zu setzen. Ab 1. Januar 2016 sollen dann alle Unternehmen die Anforderungen des neuen Aufsichtssystems erfüllen können.

4.5 Steuern

Gesetzgebung

Im Berichtszeitraum sind keine grundlegenden Gesetzesvorhaben zu verzeichnen, die spezifische Steuerfragen der Privaten Krankenversicherung betreffen. Durch das Verkehrssteueränderungsgesetz vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I, S. 2431) wurde die Ausnahme von der Versicherungssteuer für die private Pflegeversicherung gemäß § 5 Nr. 4 Versicherungssteuergesetz neu gefasst. Es wurde entsprechend der bisherigen Praxis klargestellt, dass Beiträge für private Pflegeversicherungen, auch Pflegezusatzversicherungen, von der Versicherungssteuer ausgenommen sind.

Finanztransaktionssteuer

Im Rahmen der so genannten verstärkten Zusammenarbeit von elf Mitgliedstaaten hat die Europäische Kommission am 14. Februar 2013 den Vorschlag für eine Finanztransaktionssteuer in den Mitgliedstaaten, die an der verstärkten Zusammenarbeit teilnehmen, vorgelegt. Der Entwurf ist weitgreifend. Der Finanztransaktionssteueranspruch entsteht im Grundsatz bei jeder Finanztransaktion zum Zeitpunkt ihrer Durchführung, sofern mindestens eine der an der Transaktion beteiligten Parteien im Hoheitsgebiet eines teilnehmenden Mitgliedstaates ansässig ist und eine im Hoheitsgebiet eines teilnehmenden Mitgliedstaates ansässige Finanzinstitution eine Transaktionspartei ist, die entweder für eigene oder fremde Rechnung oder im Namen einer Transaktionspartei handelt. Versicherungsunternehmen zählen dabei zu den von der Richtlinie erfassten Finanzinstitutionen. Nach dem Entwurf beträgt die Steuerbelastung für jede Transaktion mindestens 0,2 bzw. 0,02 Prozent. Aus der Einführung der Finanzmarkttransaktionssteuer würden daher auch erhebliche Belastungen für die Private Krankenversicherung resultieren. Die Versicherungswirtschaft setzt sich dafür ein, dass Geschäfte, die im Zusammenhang mit Altersvorsorgeprodukten stehen, aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie herausgenommen werden. Hierzu zählt auch die nach Art der Lebensversicherung betriebene Private Krankenversicherung. Das Verfahren zur Einführung der Finanzmarkttransaktionssteuer ist allerdings insgesamt ins Stocken geraten. Es ist derzeit nicht absehbar, wann und in welcher Weise sich die beteiligten Mitgliedstaaten auf eine Einführung verständigen werden.

FATCA

Am 31. Mai 2013 wurde das bilaterale Abkommen zwischen den Vereinigten Staaten von Amerika und der Bundesrepublik Deutschland zur Umsetzung des Foreign Account Tax Compliance Acts (FATCA) im Verhältnis zwischen der Bundesrepublik und den Vereinigten Staaten unterzeichnet. Das Abkommen ist inzwischen ratifiziert und gilt als einfaches Bundesrecht in Deutschland. Gegenstand des FATCA-Abkommens sind insbesondere Meldepflichten von Versicherungsunternehmen an die US-amerikanischen Steuerbehörden. Die Produkte der Privaten Krankenversicherung liegen allerdings außerhalb des Anwendungsbereichs von FATCA.

Bürgerentlastungsgesetz

Auf der Ebene der Anwendung des bestehenden Steuerrechts steht nach wie vor die Umsetzung des Bürgerentlastungsgesetzes auch auf neue Sachverhalte wie den Notlagentarif im Vordergrund. Das BMF hat in Abstimmung mit den Finanzverwaltungen der Länder das Anwendungsschreiben zur einkommensteuerrechtlichen Behandlung von Vorsorgeaufwendungen und Altersbezügen überarbeitet und in der Fassung vom 19. August 2013 im Bundessteuerblatt I, S. 1087, veröffentlicht. Die Neufassung betrifft insbesondere die steuerliche Behandlung von Vorauszahlungen, rückwirkende Vertragsänderungen und Meldungen sowie das Verhältnis der privaten Zusatzversicherung zur GKV zu den Beitragspflichten aus der GKV. Der PKV-Verband hat sich hier aktiv in die

Konsultationen über die Fassung des Anwendungsschreibens eingebracht und konnte zahlreiche Klarstellungen und Vereinfachungen erreichen. Darüber hinaus hat das BMF mit Schreiben vom 3. September 2013 klargestellt, dass die schriftliche Einwilligung in die Datenübermittlung der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung auch auf einem so genannten Unterschriftenpad geleistet werden kann.

Einschneidend ist eine Änderung der Verwaltungsauffassung im Hinblick auf die Behandlung der durch den Arbeitgeber geleisteten Beiträge für die betriebliche Krankenversicherung. Das Bundesfinanzministerium hat in Abstimmung mit den Landesfinanzverwaltungen der Länder mit Schreiben vom 10. Oktober 2013 die bisher in den amtlichen Lohnsteuerhinweisen niedergelegte Verwaltungsauffassung mit Wirkung ab dem 1. Januar 2014 aufgegeben und bewertet nunmehr auch in Abkehr von der gefestigten Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs die Beiträge als Barlohn. Die Folge, dass die lohnsteuerrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Erleichterungen für Sachlohn, insbesondere die 44 Euro-Freigrenze nach § 8 Abs. 2 Satz 9 EStG sowie die Möglichkeit zur Pauschalierung der Lohnsteuer gemäß § 37b EStG, nicht mehr greifen. Die für die Änderung der Verwaltungsauffassung gegebene Begründung überzeugt weder steuerrechtlich noch sozialpolitisch. Sie benachteiligt die betriebliche Krankenversicherung. Der PKV-Verband ist der Änderung der Verwaltungsauffassung daher entgegengetreten. Er strebt nunmehr in Abstimmung mit dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft einen ausdrücklichen steuerlichen Befreiungstatbestand für die Produkte der betrieblichen Krankenversicherung an.

Mit einem weiteren Schreiben vom 17. Februar 2014 hat sich das Bundesfinanzministerium in Abstimmung mit den Obersten Finanzbehörden der Länder zur Umsatzsteuerfreiheit der Entgelte, die von an Plankrankenhäusern angegliederten Privatkliniken (sog. Ausgründungen) erhoben werden, geäußert. Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde § 17 Abs. 1 KHG um Satz 5 ergänzt. Nach dieser Regelung darf eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, für allgemeine dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als es nach dem Krankenhausentgeltrecht zulässig war. Die umsatzsteuerliche Bewertung der nach Maßgabe von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG „gedeckelten Entgelte“ war streitig. Der PKV-Verband hat sich dafür eingesetzt, dass die krankenhausesentgeltrechtliche Angleichung an die Verhältnisse im Plankrankenhaus auch umsatzsteuerlich durch eine Umsatzsteuerfreiheit nachvollzogen wird. Denn die von der Vorschrift erfassten Krankenhausleistungen werden unter den Bedingungen erbracht, welche im Sinne des Artikel 132 Abs. 1 Buchstabe b) der Mehrwertsteuersystemrichtlinie in sozialer Hinsicht mit den Bedingungen vergleichbar sind, die für die Plankrankenhäuser gelten. Die Finanzverwaltung ist dieser Auffassung mit dem benannten Schreiben gefolgt mit der Folge, dass die Entgelte umsatzsteuerfrei sind.

Im Berichtszeitraum waren zwei vom PKV-Verband unterstützte finanzgerichtliche Verfahren anhängig. Beim Finanzgericht Münster wurde unter dem Aktenzeichen 10 K 1310/12K die Frage anhängig gemacht, ob die Zuführung der rechnungsmäßigen Zinsen zur Deckungsrückstellung und die Zuführung der außerrechnungsmäßigen Zinsen zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung bei der Ermittlung der ausländischen Einkünfte nach Maßgabe des § 34c Abs. 1 Satz 4 EStG i.d.F. durch das Steuervergünstigungsabbaugesetz vom 16. März 2003 als Betriebsausgaben oder Betriebsvermögensminderungen abzuziehen sind. Die Finanzverwaltung vertritt die Auffassung, dass ein entsprechender

Betriebliche
Krankenversicherung

Umsatzsteuerfreiheit
bei ausgegründeten
Privatkliniken

Zinszuführung zur
Deckungsrückstellung und
RfB

Abzug zu erfolgen hat. Dies hat zur Folge, dass die im Ausland auf die Kapitalerträge entrichteten Quellensteuern nicht steuermindernd geltend gemacht werden könnten. Hieraus resultiert eine erhebliche wirtschaftliche Belastung für die Kranken- wie auch die Lebensversicherungsunternehmen. Streitgegenständlich im Musterverfahren sind die Jahre 2004 und 2005. Aufgrund des Verfahrens konnte ein erster Teilerfolg erzielt werden. Für die Jahre in denen das Gesetz über Kapitalanlagegesellschaften (KAGG) galt, hat die Finanzverwaltung ihre Auffassung revidiert. Unter Geltung des KAGG sei die Regelung des § 34 Abs. 1 Satz 4 EStG nicht anzuwenden. Die Finanzverwaltung hat insoweit bereits den Jahren 2003 und 2004 abgeholfen und gezahlte Steuern erstattet. Noch anhängig ist die Rechtslage nach dem Streitjahr 2005 unter Geltung des Investmentsteuergesetzes.

Das vom Verband unterstützte Musterverfahren zur Verpflichtung zur Abzinsung der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung nach dem Pflegepoolvertrag gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3a Buchstabe e) EStG i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 3 EStG in den Jahren 2005 bis 2006 wurde vom Finanzgericht Niedersachsen mit Urteil vom 12. Dezember 2013 in erster Instanz entschieden. In Abkehr von seiner bisherigen Rechtsprechung fordert das Niedersächsische Finanzgericht nunmehr die Abzinsung. § 21 Abs. 3 KStG sei im Anschluss an die Rechtsprechung des BFH auf die erfolgsunabhängige Rückstellung für Beitragsrückerstattungen nicht anwendbar. Trotz der Änderung des Poolvertrages sei die Rückstellung nicht verzinslich. Das Gericht hat daher die Klage abgewiesen, aber die Revision zum Bundesfinanzhof zugelassen. Die Revision zum BFH wurde erhoben. Die Entscheidung des Niedersächsischen Finanzgerichts ist daher nicht rechtskräftig.

Abzinsung der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung

4.6 Internationale Zusammenarbeit

PKV-Veranstaltung in Brüssel

Der PKV-Verband organisierte auch im Jahr 2013 eine eigene Veranstaltung in Brüssel, um die Rolle der Privaten Krankenversicherung auf europäischer Bühne zu untermauern. Der Einladung zur Diskussionsveranstaltung „How to ensure/insure healthcare in Europe?“ folgten über 100 Vertreter aus den EU-Institutionen, Landesvertretungen und Verbänden in die Landesvertretung Nordrhein-Westfalens. Zusammen mit den Versicherungsverbänden aus Frankreich, Österreich, Belgien und dem Vereinigten Königreich konnte im Rahmen einer Podiumsveranstaltung aufgezeigt werden, welche gesellschaftspolitische Bedeutung die Private Krankenversicherung in den jeweiligen Ländern einnimmt. Dabei wurden anhand aktueller EU-Initiativen wie Solvency II und der Datenschutz-Grundverordnung die gesetzlichen Rahmenbedingungen diskutiert, die für die korrekte Abbildung des Geschäftsmodells der Privaten Krankenversicherung benötigt werden.

PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach untermauerte in der lebhaft geführten Podiumsdiskussion die zentrale, gesellschaftspolitische Aufgabe der Privaten Krankenversicherung als Sicherungssystem in Europa und erläuterte in diesem Zusammenhang die Bedeutung des PKV-Geschäftsmodells. Die Europaabgeordnete und stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Europäischen Parlament, Christa Klauß, betonte, dass die Gesundheitsthemen einen immer größer werdenden Bereich auf dem Brüsseler Parkett einnehmen.

Auch wenn die Gesundheitspolitik Kernkompetenz der Mitgliedstaaten blieben, so würden einige Initiativen der Europäischen Union verdeutlichen, dass es auch hier europäische Gestaltungsmöglichkeiten gibt.

Wie auch im Jahr 2012 war die PKV-Veranstaltung im Herzen der EU ein großer Erfolg und stieß nicht nur bei politischen Entscheidungsträgern auf breites Interesse. Die eigene Veranstaltungsreihe des PKV-Verbandes soll daher auch in den kommenden Jahren fortgeführt werden.

Insurance Europe

Als Mitglied im Health Committee des europäischen Dachverbandes Insurance Europe steht der PKV-Verband im kontinuierlichen Austausch mit Vertretern der führenden Versicherungsverbände in Europa. In Abstimmung mit dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft ist der PKV-Verband auch in weiteren Arbeitskreisen und regelmäßigen Sitzungen vertreten, die von Insurance Europe geleitet werden.

Im Jahr 2013 standen die europäischen Gesetzgebungsverfahren zur geplanten Solvency II-Richtlinie im Vordergrund der Zusammenarbeit mit Insurance Europe. Für die Private Krankenversicherung in Deutschland war von zentraler Bedeutung, dass die Durchführungsbestimmungen der Säule 2 innerhalb des Solvency II-Regelwerks in einigen Punkten geändert werden, damit eine risikogerechte Abbildung des Geschäftsmodells möglich ist und Eigenmittelanforderungen nicht extrem überzeichnet werden. Im Rahmen diverser Sitzungen hat der PKV-Verband sich dafür eingesetzt, dass die Anliegen der PKV auch die Unterstützung der europäischen Versicherungswirtschaft gegenüber den EU-Institutionen findet.

Die politische Debatte zur EU-Datenschutz-Grundverordnung nahm einen weiteren, großen Raum innerhalb der Zusammenarbeit zwischen dem PKV-Verband und Insurance Europe ein. Für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten beim Abschluss von Versicherungsverträgen und bei der Erfüllung von Ansprüchen benötigen die Versicherungsunternehmen eine eindeutige Erlaubnisgrundlage. Mögliche Erlaubnisgrundlagen sind eine Einwilligung oder alternativ eine Erlaubnisnorm in der Verordnung. Der Legislativvorschlag der EU-Kommission stellt diese Grundlagen jedoch nicht eindeutig heraus, so dass der PKV-Verband sich in Zusammenarbeit mit Insurance Europe neben weiteren inhaltlichen Aspekten für entsprechende Änderungen in dem Verordnungsvorschlag eingesetzt hat.

Der Vorschlag für die Richtlinie über Formen der alternativen Beilegung verbraucherrechtlicher Streitigkeiten und zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 2006/2004 und der Richtlinie 2009/22/EG stellte in der Zusammenarbeit mit Insurance Europe ebenfalls ein bedeutendes Gewicht dar. Der Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz des Europäischen Parlaments hatte im Sommer 2012 einen Berichtsentwurf vorgelegt, der Änderungsanträge enthält, welche die Tätigkeit des PKV-Ombudsmannes betreffen. In den weiteren Verhandlungen mit dem Europäischen Parlament sowie der Europäischen Kommission konnte der PKV-Verband zusammen mit Insurance Europe seine Position zu diesem Dossier einbringen.

In Arbeitskreisen von Insurance Europe zum Thema „Prädiktivität und Gen-tests“ konnte der PKV-Verband ebenfalls an gemeinsamen Stellungnahmen

mitwirken und maßgebliche Punkte in die Positionierung der europäischen Versicherungswirtschaft einfließen lassen.

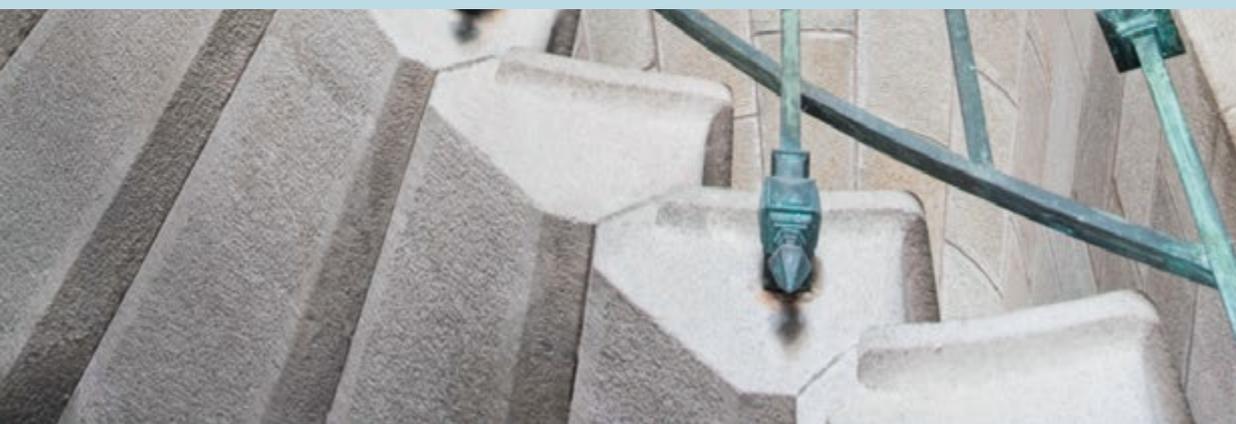
Besuch der FFSA

Am 17. Januar 2014 besuchte eine Delegation des französischen Versicherungsverbandes, la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), den PKV-Verband. Ein regelmäßiger Austausch zu aktuellen die Versicherungsbranche betreffenden Themen in Deutschland und Frankreich ist seit einigen Jahren gute Tradition zwischen beiden Verbänden.

Im „Jahresrückblick 2013“ wurde den französischen Gästen insbesondere von den ersten Erfahrungen mit der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung berichtet. Themen rund um die Pflegeversicherung stoßen bei den französischen Kollegen stets auf besonders großes Interesse, da es in Frankreich, anders als in Deutschland, derzeit noch keine Pflegepflichtversicherung gibt. Angesichts der demografischen Entwicklung wird in unserem Nachbarland intensiv darüber diskutiert, wie der Anstieg an Pflegebedürftigen in Zukunft verkraftet werden kann. Entsprechend groß war das Interesse dann ebenfalls an dem Vortrag, in dem der Vorstandsvorsitzende des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), Dr. Ralf Suhr, über die Arbeit und die Forschungsergebnisse des ZQP berichtete.



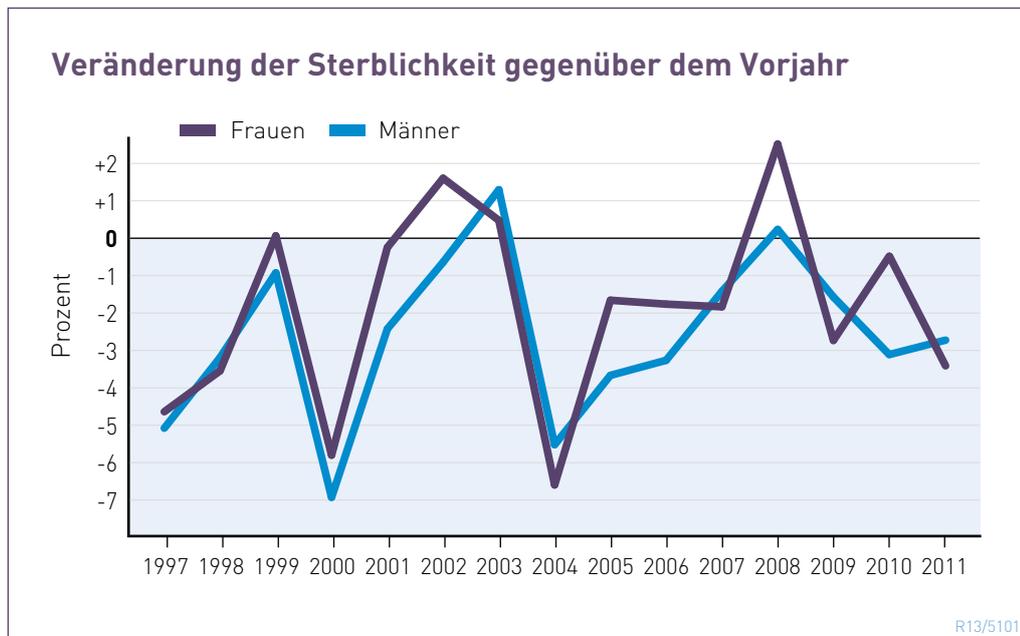
5. Aktuarielle Schwerpunkte



5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2014“

In der Privaten Krankenversicherung werden seit 1996 Sterbetafeln verwendet, die nicht aus allgemeinen Bevölkerungsstatistiken, sondern aus den vom Verband erhobenen Todesfall-Statistiken der Mitgliedsunternehmen abgeleitet werden. Die Erhebung dieser Daten erfolgt jährlich; ebenfalls jährlich wird untersucht, inwieweit sich Abweichungen ergeben und ob die für die PKV gültige Sterbetafel erneuert werden muss. Die im Jahr 1996 erstmals verwendete PKV-eigene Sterbetafel wurde allgemein als PKV-2000 bezeichnet und basierte auf den Todesfall-Statistiken der Jahre 1992 bis 1994. Sie enthielt zur Berücksichtigung der weiteren Erhöhung der Lebenserwartung eine Projektion auf das Jahr 2000. Seitdem gab es mit den Sterbetafeln PKV-2001, PKV-2004, PKV-2007, PKV-2008, PKV-2009, PKV-2010, PKV-2011, PKV-2012 und PKV-2013 neun weitere Aktualisierungen. Die zuletzt genannte Tafel PKV-2013 basiert auf den Statistiken der Jahre 1996 bis 2010 und enthält eine Projektion auf das Jahr 2017. Die Untersuchung der Sterblichkeitsdaten des Jahres 2011 führte zu dem Ergebnis, dass die Sterblichkeit wie im Vorjahr etwas abgenommen hat. Der Trend für die Extrapolation wurde aber weiter leicht reduziert. Zusätzlich war nun die Projektion auf das Jahr 2018 vorzunehmen, um die neue Sterbetafel PKV-2014 zu erstellen. Diese Tafel wurde für die Beitragsanpassungen ab 1. Januar 2014 zur Verfügung gestellt.

Die folgende Grafik zeigt die Veränderung der Sterblichkeit im Vergleich zum Vorjahr seit 1997. Dazu wird für jedes Jahr das Verhältnis aus der Anzahl der gemeldeten Todesfälle und der Anzahl der auf der Basis der Sterbetafel PKV-2013 ermittelten „rechnungsmäßigen Todesfälle“ gebildet. Der Quotient aus diesen Verhältnissen zweier aufeinanderfolgender Jahre wird dabei als Veränderung der Sterblichkeit betrachtet.



Die Werte der Jahre 2002 und 2003 machen deutlich, dass nach Erhebung der Daten aus diesen Kalenderjahren eine Aktualisierung der Sterbetafel nicht erforderlich war. Die Entwicklung im Jahr 2004 begründete dagegen eine Neuberechnung, die zur Sterbetafel PKV-2007 führte. In den Jahren 2004 bis 2007 hat sich die Verbesserung der Sterblichkeit kontinuierlich abgeschwächt. Nachdem

die Sterblichkeit im Jahr 2008 sogar angestiegen war, ist sie von 2009 bis 2011 wieder gesunken. Im Interesse einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Rechnungsgrundlage Sterblichkeit wird die PKV-Sterbetafel regelmäßig aktualisiert, damit größere Beitragssprünge aufgrund geänderter Sterbetafeln vermieden werden können.

Das Verfahren zur Berechnung der PKV-Sterbetafeln wurde in folgenden Veröffentlichungen mathematisch ausführlich dargestellt:

- Norbert Bleckmann und Jürgen Mnich, Erstellung der Sterbetafel PKV 95 für die Private Krankenversicherung, Blätter der DGVM, Band XXII (1996), Heft 3, Seite 591 – 621
- Antonius Gartmann, Aktualisierung der Sterbetafel für die deutsche Private Krankenversicherung, Blätter der DGVM, Band XXVI (2004), Heft 3, Seite 483 - 500.

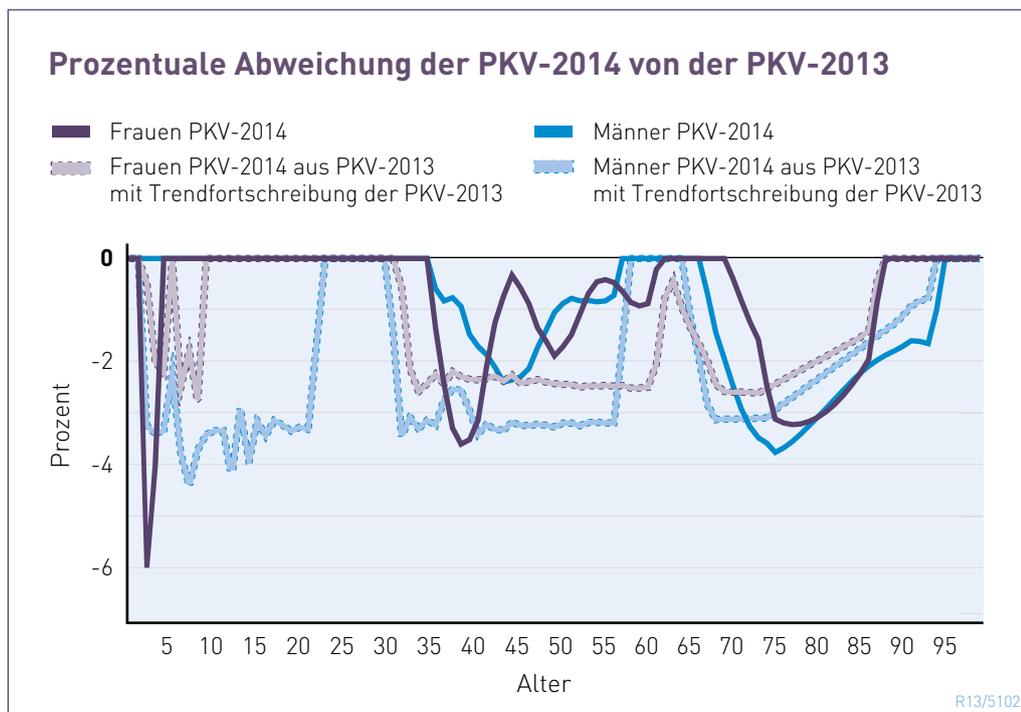
Auch für die Ermittlung der Sterbetafel PKV-2014 wurde das Verfahren unverändert durchgeführt. Es besteht aus folgenden Schritten:

- Erhebung der Ausgangsdaten
- Ermittlung der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten
- Ausgleich über die Alter nach Whittaker-Henderson
- Ausgleich über die Jahre 1996 bis 2011 mit logarithmisch-linearem Ansatz
- Berücksichtigung des statistischen Schwankungsrisikos
- linearer Ausgleich der Trendfaktoren in Abschnitten
- Projektion um sieben Jahre
- Restriktion auf die Vorläufer-Tafel

Als Ausgangsdaten dienen die Statistiken der Jahre 1996 bis 2011. Grundsätzlich bleiben Personen in der Statistik unberücksichtigt, die zu Beginn des jeweiligen Auswertungsjahres noch keine zwei Jahre privat krankenversichert sind. Eine Ausnahme hiervon bilden nur die Zugänge durch Geburten. Die Sterbetafel soll die Sterbewahrscheinlichkeiten aller PKV-versicherten Personen darstellen. Der Wechsel einer Person von einem PKV-Unternehmen zu einem anderen ist daher in der Summe über alle Unternehmen genauso zu erfassen, als hätte der Wechsel nicht stattgefunden. Es spielt auch keine Rolle, ob die Person in der PKV voll- oder zusatzversichert ist. Durch die Eliminierung der Neuzugänge zur PKV erhält man einen simuliert geschlossenen Bestand, welcher sich nur noch durch Geburten, Todesfälle und Storno verändert. Die rohen Sterbewahrscheinlichkeiten ergeben sich als Division der Todesfälle durch die Bestände je Alter, Geschlecht und Beobachtungsjahr. Die so ermittelten Rohdaten werden zuerst je Geschlecht und Beobachtungsjahr über die Alter mit dem Whittaker-Henderson-Verfahren ausgeglichen, um die Schwankungen in den statistischen Rohdaten zu glätten. Durch den Ausgleich je Geschlecht über die Jahre, der über einen logarithmisch-linearen Ansatz vorgenommen wird, werden die statistischen Schwankungen der einzelnen Jahre ausgeglichen. Aus diesem Ausgleich über die Jahre erhält man je Alter und Geschlecht Trend-Faktoren. Diese weisen allerdings in Abhängigkeit vom Alter ebenfalls starke Schwankungen auf, so dass auch sie wieder (über die Alter) ausgeglichen werden müssen. Mit den so ausgeglichenen Trend-Faktoren erfolgt nun die Extrapolation auf das Jahr 2018. Vorher werden noch – um das Schwankungsrisiko zu berücksichtigen – Sicherheitsabschläge vorgenommen, die in Abhängigkeit von den Beständen festgesetzt werden. Der Abschlag aufgrund des statistischen Schwankungsrisikos

spielt im Vergleich zum berücksichtigten Trend aber nur eine untergeordnete Rolle. Die so ermittelten Werte werden noch auf die Vorläufer-Tafel (PKV-2013) beschränkt, da Sterblichkeitsverschlechterungen auch in einzelnen Altern aus Sicherheitsgründen nicht zugelassen werden.

Der marginal reduzierte Trend in der Berechnung der PKV-2014 gegenüber der PKV-2013 führt bei der Projektion auf das Jahr 2018 im Erwachsenenbereich in vielen Altersbereichen zu geringeren Veränderungen, als wenn die Tafel PKV-2013 mit den dort verwendeten Trend-Werten lediglich um ein Jahr weiter projiziert worden wäre. Die folgende Grafik zeigt diesen Unterschied über die prozentualen Abweichungen der Tafel PKV-2014 bzw. der weiter extrapolierten Tafel PKV-2013 von der Tafel PKV-2013. Trotz dieses reduzierten Trends liegen die neuen Werte in einigen Altern über denen der Tafel PKV-2013. Aufgrund der aus Vorsichtsgründen vorgenommenen Restriktion auf die Vorläufer-Tafel wirken sich bei der Aktualisierung jedoch nur Absenkungen aus. In der Grafik ist dies daran zu sehen, dass hier die Kurven exakt auf der Null-Linie liegen.



Aus der folgenden Tabelle lassen sich die Veränderungen in den Rest-Lebenserwartungen bei einzelnen Altern ersehen. Dabei sind nicht nur die Lebenserwartungen der Tafeln PKV-2012, -2013 und -2014 dargestellt, sondern auch die aus der allgemeinen Sterbetafel der Bevölkerung (Quelle: Statistisches Bundesamt), die aus den Daten der Jahre 2009 bis 2011 berechnet wurde.

Restliche Lebenserwartung in Jahren								
Alter	Frauen				Männer			
	Bevölkerung*	PKV-2012	PKV-2013	PKV-2014	Bevölkerung*	PKV-2012	PKV-2013	PKV-2014
0	82,73	87,41	87,47	87,57	77,72	84,04	84,15	84,32
10	73,07	77,50	77,56	77,67	68,11	74,15	74,26	74,43
20	63,16	67,59	67,65	67,76	58,25	64,27	64,38	64,55
30	53,29	57,72	57,78	57,88	48,56	54,49	54,60	54,77
40	43,50	47,83	47,89	47,99	38,93	44,66	44,77	44,93
50	33,98	38,10	38,15	38,25	29,67	34,99	35,10	35,26
60	24,96	28,68	28,73	28,82	21,31	25,78	25,89	26,05
70	16,53	19,64	19,69	19,79	13,89	17,12	17,23	17,40
80	9,13	11,36	11,38	11,45	7,77	9,61	9,67	9,78
90	4,25	5,39	5,39	5,39	3,84	4,57	4,57	4,62
100	2,14	2,17	2,17	2,17	1,98	2,13	2,13	2,13

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

R13/5103

Modellrechnungen haben ergeben, dass die geringe Änderung der Sterbetafel von PKV-2013 auf PKV-2014 auch nur einen sehr geringen Einfluss auf die Beiträge hat.

5.2 Beitragsanpassungen im Basistarif

Da in der Privaten Krankenversicherung ein großes Änderungsrisiko hinsichtlich der Krankheitskosten besteht, müssen die Versicherungsunternehmen regelmäßig überprüfen, ob die Beiträge der Versicherten noch den gegebenen Verhältnissen entsprechen. Eine Beitragsanpassung stellt eine einseitige Vertragsänderung dar, die in § 12b Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt wird. Danach müssen die Versicherer mindestens einmal jährlich für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif für jede Beobachtungseinheit die erforderlichen mit den kalkulierten (rechnungsmäßigen) Versicherungsleistungen vergleichen. Diese Gegenüberstellung muss dem mathematischen Treuhänder und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegt werden. Falls die erforderlichen und die rechnerischen Leistungen einer Beobachtungseinheit eines Tarifs um einen in den Versicherungsbedingungen festgelegten Prozentsatz, maximal 10 Prozent, voneinander abweichen, müssen die Prämien dieser Beobachtungseinheit überprüft werden. Ist diese Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen, sind die Beiträge mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders anzupassen. Außerdem müssen für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif für die Beobachtungseinheiten Männer und Frauen jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten verglichen werden. Ergibt hier die dem Treuhänder und der BaFin vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, hat das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

Diese jährliche Überprüfung der Beiträge sowie Sterbewahrscheinlichkeiten findet auch im Standard- und Basistarif statt. Da diese Tarife per Gesetz Einheitstarife der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sind, erfolgt auch die Beobachtung gemeinsam. Um die Rechnungsgrundlagen jährlich zu überprüfen, melden die einzelnen Unternehmen die erforderlichen Daten, das heißt die beobachteten Leistungen und Bestände, gemäß Poolvertrag des Standardtarifs bzw. des Basistarifs an den PKV-Verband, der unter anderem die Beitragskalkulationen für die Tarife durchführt. Die erforderlichen und die rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen müssen für alle Beobachtungseinheiten getrennt gegenübergestellt werden. Zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Beitragsanpassung dient der sogenannte Auslösende Faktor. Ein Verfahren zur Berechnung des Auslösenden Faktors wird in der Kalkulationsverordnung (KalV) beschrieben, wobei auch äquivalente Verfahren zulässig sind. Ebenfalls in der KalV wird das Verfahren zur Gegenüberstellung der kalkulierten mit den zuletzt veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten, das heißt die Berechnung des Auslösenden Faktors Sterblichkeit beschrieben. Die Vorgehensweise zur Berechnung der Auslösenden Faktoren für den Standardtarif bzw. den Basistarif wird in den entsprechenden Technischen Rechnungsgrundlagen festgelegt.

Im Standardtarif für Beihilfeberechtigte STB (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sowie im Standardtarif für Nicht-Beihilfeberechtigte STN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach in keiner der Beobachtungseinheiten der Auslösende Faktor an. Auch der Auslösende Faktor Sterblichkeit lag in beiden Tarifen in keiner Beobachtungseinheit absolut über 5 Prozent. Daher fanden hier zum 1. Juli 2013 keine Beitragsanpassungen statt.

Im Basistarif für Beihilfeberechtigte BTB (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) und im Basistarif für Nicht-Beihilfeberechtigte BTN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprachen in den Beobachtungseinheiten der Kinder und Jugendlichen die Auslösenden Faktoren an. In beiden Tarifen lagen außerdem in den Beobachtungseinheiten der Männer und Frauen jeweils die Auslösenden Faktoren Sterblichkeit absolut über der Grenze von 5 Prozent. Deshalb wurden im BTB und BTN zum 1. Juli 2013 Beitragsanpassungen in allen Beobachtungseinheiten notwendig.

Die Beiträge wurden gemäß den in § 10 der KalV vorgeschriebenen Grundsätzen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet. Dabei erfolgte die Berechnung getrennt nach den Beobachtungseinheiten Männer und Frauen, Kinder (Alter 0 bis einschließlich 15) sowie männliche und weibliche Jugendliche (jeweils Alter 16 bis einschließlich 20) sowie in Abhängigkeit vom Eintrittsalter. Die Kalkulation wurde bis auf die Verteilung der Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft geschlechtsabhängig durchgeführt, da die maßgeblichen Rechnungsgrundlagen (Kopfschäden, Sterbetafel, Stornowahrscheinlichkeiten) für Männer und Frauen signifikante Unterschiede aufweisen.

Beitragsanpassungen im Basistarif zum 1. Juli 2013

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge des Basistarifs bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2014 mit Projektion auf das Jahr 2018, allerdings ohne Begrenzung auf die Vorgängertafel PKV-2013. Um die Morbidität der zu erwartenden Klientel, die sich aus dem modifizierten

Standardtarif ableiten ließ, darzustellen, wurden die Sterbewahrscheinlichkeiten mit Korrekturfaktoren multipliziert. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der BaFin des Jahres 2011 abgeleitet. Gemäß § 5 Abs. 2 KalV dürfen bei Gewährung von Versicherung im Basistarif außer den Sterbewahrscheinlichkeiten und dem Abgang zur Gesetzlichen Krankenversicherung keine weiteren Abgangswahrscheinlichkeiten berücksichtigt werden.

Die Herleitung der Kopfschäden erfolgte auf Basis der rechnungsmäßigen Kopfschäden des jeweiligen Standardtarifs. Der Berechnung der tariflichen Kopfschäden der Tarifstufe BTN für die Beobachtungseinheiten Männer und Frauen lagen somit die rechnungsmäßigen Kopfschäden des STN, die sich aufgrund der Neukalkulation zum 1. Juli 2010 ergaben, zu Grunde. Für die Beobachtungseinheit Kinder und Jugendliche basierte die Berechnung der Kopfschäden auf den rechnungsmäßigen Kopfschäden der Kinder und Jugendlichen des STN, die sich aufgrund der Neukalkulation zum 1. Juli 2011 ergaben. Die Grundlage für die rechnungsmäßigen Kopfschäden der Tarifstufe BTB bildeten für alle Beobachtungseinheiten die Kopfschäden des STB, die sich aufgrund der Neukalkulation zum 1. Juli 2011 ergaben. Dabei wurden die Kopfschadenreihen von STN und STB in die geschlechtsabhängigen Kopfschäden und die geschlechtsunabhängigen Teilkopfschäden für Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen aufgeteilt, denn nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) müssen diese auf beide Geschlechter gleichmäßig verteilt werden. Die Leistungsabweichungen zwischen Basistarif und Standardtarif wurden durch geeignete Umrechnungsfaktoren abgebildet. Außerdem wurde die gesetzliche Bestimmung, Mehraufwendungen für Vorerkrankungen auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen (§ 12g Abs. 1 Satz 3 VAG), umgesetzt. Mittels eines mathematischen Verfahrens wurden die Leistungen für Vorerkrankungen aus den Kopfschäden des Standardtarifs eliminiert und über einen allgemeinen geschlechts- und altersunabhängigen Zuschlag gedeckt.

Wegen der am 28. Januar 2010 getroffenen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem PKV-Verband im Einvernehmen mit den Beihilfekostenträgern bezüglich der Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte wurde bei der Kalkulation der 1,2-fache GOÄ-Satz für persönliche Leistungen sowie der 1,0-fache GOÄ-Satz für technische Leistungen angesetzt. Bei zahnärztlichen Leistungen erfolgte die Kalkulation mit dem im Gesetz vorgesehenen 2,0-fachen GOZ-Satz für persönliche Leistungen. Um den reduzierten GOÄ-Satz für ärztliche Leistungen in den Kopfschäden abzubilden, wurden entsprechende Faktoren aus den Häufigkeitsverteilungen von GOÄ-Vielfachen je Leistungsposition der Jahre 2008 bis 2010 des PKV-Verbandes und den Anteilen an den Gesamtkopfschäden aus BaFin-Profilen des Jahres 2011 berechnet.

Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ-Novelle), die zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, wurde das Gebührenverzeichnis an die medizinische und technische Entwicklung angepasst. In der Kalkulation wurde dies durch eine Erhöhung der zahnärztlichen Leistungen um 10 Prozent berücksichtigt. Dazu wurden aus BaFin-Profilen des Jahres 2011 alters- und geschlechtsabhängige Faktoren ermittelt, die diese Erhöhung für den Zahnanteil des Kopfschadens abbilden.

Da die Versicherten der Tarifstufe BTN unter bestimmten Voraussetzungen nach 42 Tagen Karenzzeit Anspruch auf ein Krankentagegeld haben, wurden für diese Leistung aus BaFin-Profilen des Jahres 2011 Teilkopfschäden für die Alter 21 bis 67 hergeleitet.

Gemäß § 12 Abs. 1a Satz 3 VAG muss den Versicherten im Basistarif die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte in Höhe von 300, 600, 900 und 1.200 Euro zu vereinbaren. Die in den üblichen PKV-Tarifen enthaltene Risikosteuerung durch die Vereinbarung von Selbsthalten, welche zur separaten Kalkulation der Beiträge der Selbstbehaltsstufen des einzelnen Tarifs führen, ist im Basistarif nicht gegeben. Es ist davon auszugehen, dass sich im Basistarif vor allem die Versicherten in höheren Altern in niedrigeren Selbstbehaltsstufen versichern werden. Aus diesem Grund ist für diese Alter bei der Kalkulation ein einheitlicher Selbstbehalt anzusetzen, um den korrekten Aufbau von Alterungsrückstellung zu gewährleisten. Es muss also von einem einzigen Risikokollektiv über alle Selbstbehalte gesprochen werden. Daher wurde die alterungsrückstellungsrelevante Kalkulation ohne Einrechnung eines Selbstbehaltes, das heißt für die niedrigste Selbstbehaltsstufe 0 Euro, durchgeführt. Um die Beiträge für die vom Gesetz vorgeschriebenen Selbstbehaltsstufen in Abhängigkeit von den kalkulierten Bruttoprämien zu erhalten, wurden aus BaFin-Profilen des Jahres 2011 alters- und geschlechtsabhängige Abschläge hergeleitet, die sich mit steigendem Alter erhöhen und somit zwangsläufig zu sinkenden Zahlbeiträgen bei steigendem Alter führen. Um Bagatelländerungen im Beitrag zu verhindern, wurden diese Abschläge auf 0,50 Euro gerundet.

Die Kostenzuschläge wurden vom PKV-Verband für den Zweck des Poolausgleichs anhand von Branchenzahlen festgesetzt. Die Mitgliedsunternehmen müssen für die unternehmensspezifischen Beiträge eigene Kostennachweise und -festlegungen vornehmen. Zur Ermittlung des rechnungsmäßigen Bedarfs an mittelbaren Abschluss-, Schadenregulierungs- und Verwaltungsaufwendungen in der Krankheitsvollversicherung wurden die Beobachtungen der Geschäftsjahre 2008 bis 2011 der Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes herangezogen.

Nach § 12 Abs. 1c VAG darf der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich seit dem 1. Januar 2011 aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu addiert wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a Abs. 2 SGB V. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen tritt an die Stelle des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs im ambulanten Bereich entspricht. Für das Jahr 2013 betrug der Höchstbeitrag der GKV 610,32 Euro, der Zusatzbeitrag 0 Euro. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, haben Versicherte für die Dauer der Hilfebedürftigkeit nur die Hälfte des Zahlbeitrages zu entrichten. Dies gilt auch, wenn die Hilfebedürftigkeit nur durch die Zahlung des vollen Beitrages entstehen würde. Für die Deckung der Beitragskappungen im Basistarif ist gemäß § 12g Abs. 1 VAG ein Zuschlag in die Bruttobeiträge aller Vollversicherungstarife einzurechnen, welcher sowohl für den Beihilfebereich als auch für den Nicht-Beihilfebereich mit 1,2 Prozent ermittelt wurde. Er wurde aus dem Anteil der Kappungsbeträge an den geschätzten Beitragseinnahmen der PKV im Jahr 2013 berechnet. Zur Schätzung des gesamten monatlichen Kappungsbedarfs wurde pro Alter und Geschlecht die Differenz zwischen dem Höchstbeitrag der GKV und dem in der niedrigsten Selbstbehaltsstufe zu zahlenden Beitrag berechnet, wobei die Altersverteilung aus dem mittleren Bestand des Basistarifs im Jahr 2011 bei einem mittelfristig zu erwartenden Bestand von 55.000

Personen abgeleitet wurde. Es wurde angenommen, dass davon 50 Prozent Hilfebedürftige im oben genannten Sinn sind.

In den nachfolgenden Tabellen sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2013 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschließlich des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent für Männer und Frauen bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für die Tarifstufen BTB (30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) und BTN und der ab 1. Januar 2013 gültige Höchstbeitrag der GKV aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Die zuletzt gültigen Prämien sind zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

BTB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt							
30 Prozent Erstattung							
Alter	Frauen Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Männer Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Entsprechender Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2013
	ab 1.7. 2013	ab 1.7. 2012	Veränderung	ab 1.7. 2013	ab 1.7. 2012	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	210,78	192,79	+9,33	199,51	180,90	+10,29	183,10
25	215,58	197,49	+9,16	204,81	186,00	+10,11	183,10
30	219,71	201,54	+9,02	210,19	191,14	+9,97	183,10
35	221,57	203,29	+8,99	213,18	193,89	+9,95	183,10
40	224,37	205,99	+8,92	217,26	197,73	+9,88	183,10
45	229,08	210,62	+8,76	223,80	204,00	+9,71	183,10
50	234,19	215,67	+8,59	231,56	211,48	+9,49	183,10
55	239,83	221,23	+8,41	240,41	220,02	+9,27	183,10
60	223,83	206,87	+8,20	227,96	209,13	+9,00	183,10
65	231,05	214,04	+7,95	239,75	220,61	+8,68	183,10
70	239,93	222,90	+7,64	255,03	235,60	+8,25	183,10
75	249,48	232,49	+7,31	272,43	252,79	+7,77	183,10
80	258,34	241,39	+7,02	290,33	270,53	+7,32	183,10
85	267,22	250,31	+6,76	309,49	289,59	+6,87	183,10
90	276,40	259,49	+6,52	330,23	310,15	+6,47	183,10
95	285,33	268,36	+6,32	350,30	329,98	+6,16	183,10
100	292,08	274,89	+6,25	363,83	343,16	+6,02	183,10

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

R13/5201

**BTB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag
bei 0 Euro Selbstbehalt**
50 Prozent Erstattung

Alter	Frauen Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Männer Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Entspre- chender Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2013 in Euro
	ab 1.7. 2013	ab 1.7. 2012	Verände- rung	ab 1.7. 2013	ab 1.7. 2012	Verände- rung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	351,31	321,31	+9,34	332,51	301,49	+10,29	305,16
25	359,29	329,16	+9,15	341,34	309,99	+10,11	305,16
30	366,19	335,91	+9,01	350,32	318,57	+9,97	305,16
35	369,28	338,82	+8,99	355,30	323,15	+9,95	305,16
40	373,96	343,32	+8,92	362,10	329,54	+9,88	305,16
45	381,79	351,02	+8,77	372,99	339,99	+9,71	305,16
50	390,32	359,44	+8,59	385,92	352,46	+9,49	305,16
55	399,72	368,72	+8,41	400,68	366,71	+9,26	305,16
60	373,06	344,78	+8,20	379,93	348,55	+9,00	305,16
65	385,09	356,74	+7,95	399,59	367,68	+8,68	305,16
70	399,88	371,51	+7,64	425,05	392,66	+8,25	305,16
75	415,81	387,48	+7,31	454,05	421,32	+7,77	305,16
80	430,56	402,31	+7,02	483,89	450,88	+7,32	305,16
85	445,36	417,18	+6,75	515,82	482,64	+6,87	305,16
90	460,66	432,48	+6,52	550,38	516,92	+6,47	305,16
95	475,56	447,26	+6,33	583,83	549,97	+6,16	305,16
100	486,80	458,15	+6,25	606,38	571,94	+6,02	305,16

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

R13/5202

BTN: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	Frauen Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Männer Brutto- Neugeschäftsbeiträge			Entsprechender Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2013 in Euro
	ab 1.7. 2013	ab 1.7. 2012	Verände- rung	ab 1.7. 2013	ab 1.7. 2012	Verände- rung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	696,50	679,09	+2,56	660,81	644,73	+2,49	610,32
25	715,78	697,84	+2,57	679,01	662,89	+2,43	610,32
30	737,75	718,99	+2,61	701,03	684,92	+2,35	610,32
35	757,98	738,46	+2,64	722,35	706,21	+2,29	610,32
40	779,05	758,81	+2,67	746,19	730,03	+2,21	610,32
45	802,18	781,33	+2,67	776,24	760,30	+2,10	610,32
50	826,33	805,05	+2,64	812,34	797,20	+1,90	610,32
55	850,95	829,65	+2,57	852,34	838,95	+1,60	610,32
60	798,63	779,63	+2,44	811,82	802,13	+1,21	610,32
65	828,31	809,61	+2,31	852,60	845,97	+0,78	610,32
70	863,60	845,12	+2,19	902,63	899,23	+0,38	610,32
75	906,64	888,51	+2,04	961,88	961,70	+0,02	610,32
80	950,51	933,00	+1,88	1.006,69	1.009,29	-0,26	610,32
85	975,36	958,41	+1,77	1.029,12	1.033,16	-0,39	610,32
90	985,28	968,74	+1,71	1.041,23	1.046,17	-0,47	610,32
95	991,16	974,82	+1,68	1.046,71	1.051,78	-0,48	610,32
100	997,22	981,05	+1,65	1.047,61	1.052,08	-0,42	610,32

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

R13/5203

Wie man den Tabellen entnehmen kann, wird in allen Altern der Beitrag auf den Höchstbeitrag der GKV begrenzt, das heißt der von den Versicherten zu zahlende Bruttobeitrag entspricht dem Höchstbeitrag der GKV. In den Fällen der Beitragsbegrenzung wird der gesetzliche Zuschlag gemäß § 12a VAG nur in der Höhe angespart, die sich aus der Differenz zwischen Höchstbeitrag und Brutto-Neugeschäftsprämie ohne den Zuschlag ergibt.

Die ab 1. Juli 2013 gültigen Brutto-Neugeschäftsprämien in den Tarifstufen BTB (100 Prozent und 20 Prozent Erstattung) und BTN für Kinder und Jugendliche für die niedrigste Selbstbehaltsstufe, jeweils bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes, sind im Vergleich zu den zuletzt gültigen Prämien in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt.

BTB: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

100 Prozent Erstattung

	Alter	ab 1.7.2013 in Euro	ab 1.7.2011 in Euro	Veränderung in Prozent
Kinder	0 – 15	244,67	240,34	+ 1,80
Jugendliche (weibl.)	16 – 20	272,85	266,81	+ 2,26
Jugendliche (männl.)	16 – 20	248,42	242,62	+ 2,39

R13/5205

BTB: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

20 Prozent Erstattung

	Alter	ab 1.7.2013 in Euro	ab 1.7.2011 in Euro	Veränderung in Prozent
Kinder	0 – 15	48,93	48,07	+ 1,79
Jugendliche (weibl.)	16 – 20	54,57	53,36	+ 2,27
Jugendliche (männl.)	16 – 20	49,68	48,53	+ 2,37

R13/5206

BTN: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

	Alter	ab 1.7.2013 in Euro	ab 1.7.2011 in Euro	Veränderung in Prozent
Kinder	0 – 15	244,44	215,28	+ 13,55
Jugendliche (weibl.)	16 – 20	283,32	247,79	+ 14,34
Jugendliche (männl.)	16 – 20	249,03	218,35	+ 14,05

R13/5207

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.



6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)



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

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

Ein Tätigkeitsschwerpunkt des WIP liegt in der Auswertung von Abrechnungsdaten. Seit 2006 analysiert das WIP die Arzneimittelverordnungen von Privatversicherten. An diesem Projekt beteiligen sich mittlerweile 16 PKV-Unternehmen, bei denen fast 75 Prozent aller Privatversicherten versichert sind. Die teilnehmenden PKV-Unternehmen erhalten jährlich eine umfangreiche unternehmensspezifische Auswertung ihrer Arzneimitteldaten, aus der sie über einzelne Kennzahlen auch einen anonymisierten Vergleich mit anderen teilnehmenden PKV-Unternehmen vornehmen können. In einem weiteren Projekt wird die ambulante, wahlärztliche und zahnärztliche Versorgung von Privatversicherten untersucht. Hierzu wird eine Stichprobe von jährlich etwa 40.000 ambulanten Rechnungen analysiert, die der PKV-Verband von den 20 größten Mitgliedsunternehmen nach einem repräsentativen Erhebungsverfahren übermittelt bekommt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Forschungsergebnisse des WIP aus dem Jahr 2012 vorgestellt.

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten

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

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

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

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

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

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten

Die Studie gibt einen umfassenden und detaillierten Überblick über das Verordnungs- und Umsatzprofil sowie die Bedeutung von generikafähigen Wirkstoffen, nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten und von Arzneimittelneueinführungen. Es wird verdeutlicht, welche Medikamente maßgeblich für die Arzneimittelausgaben in der PKV verantwortlich sind und welche Medikamente Privatversicherte hauptsächlich erhalten. Erstmals erfolgte eine gesonderte Analyse der Medikamente ohne Festbetrag in der GKV, der Parallel- und Reimporte sowie der Medikamente der Homöopathie und der Anthroposophie.

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

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

Arzneimittelausgaben für monoklonale Antikörper

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

Geburten und Kinderzahl in der PKV

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

Privatversicherte erhalten mehr Herz-Kreislaufmittel und Immunsuppressiva

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

Geburtenzahl in der PKV wächst gegen den Trend

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

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

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



Anhang



I. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013)

§§ 1-18

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Rahmen der nachfolgenden Regelungen ausschließlich für Aufwendungen, die zur Heilbehandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind und für sonstige Leistungen des Notlagentarifs.

Die Erstattungspflicht des Versicherers beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

(2) Versicherungsfall für die Leistungen nach Absatz 1 ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung oder eines Schmerzzustands; bei versicherten Kindern und Jugendlichen die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Der Versicherungsfall endet bei Kindern und Jugendlichen, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht; bei anderen versicherten Personen endet der Versicherungsfall, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit wegen der akuten Erkrankung bzw. des Schmerzzustands nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine akute Krankheit ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Mutterschaft, und ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch nach Maßgabe des § 218a Abs. 2 und 3 Strafgesetzbuch durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen;
- b) für Kinder und Jugendliche Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz empfiehlt;
- c) teilstationäre und stationäre Versorgung in einem Hospiz;
- d) die spezialisierte ambulante Palliativversorgung;
- e) die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen chronischer Erkrankung, deren Nichtbehandlung nach medizinischem Befund in einem absehbaren Zeitraum zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit zu einer akuten Erkrankung führt.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil AVB/NLT 2013, Tarif NLT) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere § 12h Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. Unter den im Tarif genannten Voraussetzungen können auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Anspruch genommen werden.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(7) Ein Wechsel aus dem Notlagentarif in einen anderen Tarif ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz in diesem Tarif beginnt mit dem Ruhen des Vertrages. Tritt der Versicherungsfall vor diesem Zeitpunkt ein, bestimmt sich die Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt nach diesen Bedingungen. Für nicht teilbare Kostenpositionen von Heilbehandlungen, die vor dem Beginn des Versicherungsschutzes nach Satz 1 begonnen haben und danach fortgesetzt werden, bestimmt sich die Leistungspflicht gemäß den Bedingungen des Notlagentarifs zeitanteilig. Dies gilt auch, wenn der Versicherer für die Heilbehandlung vor dem Zeitpunkt der Versicherung im Notlagentarif eine Leistungszusage erteilt hat.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt in dem Tarif, in dem der Elternteil versichert war, bevor er als im Notlagentarif versichert gilt, ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

Im Notlagentarif bestehen keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art, Höhe, Umfang und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die zur vertragsärztlichen bzw. -zahnärztlichen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind (Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte).

(3) Arznei-, Verband- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Leistungserbringern vor deren Bezug verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung, einschließlich der Behandlung wegen Schwangerschaft und Mutterschaft, hat die versicherte

Person Anspruch auf Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern nach Maßgabe der Abschnitte B und D des Tarifs NLT.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung sowie bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und Mutterschaft in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang nur für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, sowie für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme (z. B. Sterilisation, ästhetische Operationen, Tätowierungen, Piercings) zugezogen hat sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung

des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner i.S.v. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- e) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- f) für ambulante Psychotherapie;
- g) für Heilmittel, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht;
- h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- i) für Kosten des Rücktransports aus dem Ausland.

(2) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die folgenden Nachweise, die Eigentum des Versicherers werden, erbracht sind:

- a) Es sind Rechnungsoriginale oder gegebenenfalls deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Kostenträgers über die erbrachten Leistungen einzureichen.
- b) Die Belege der Leistungserbringer müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Entschädigungen und Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten, die Vertragsarztnummer und das Institutionskennzeichen des Krankenhauses enthalten.
- c) Arzneimittelverordnungen sollen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers eingereicht werden, es sei denn, dass der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vermerkt hat. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein; außerdem muss die Pharmazentralnummer und das Apothekenkennzeichen aufgedruckt werden. Rechnungen über Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen, Hilfsmittelrechnungen müssen die Hilfsmittelnummern des Hilfsmittelverzeichnisses der Gesetzlichen Krankenversicherung ausweisen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

d) Die nach Buchstaben a) bis c) geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres eingereicht werden.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes im Notlagentarif

(1) Der Versicherungsschutz im Notlagentarif endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(2) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war. Wird der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Sozialgesetzbuches, wird der Vertrag ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war; der Eintritt der Hilfebedürftigkeit ist durch Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. In den Fällen der Sätze 1 und 2 ist die versicherte Person so zu stellen, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit durchgeführte Prämienanpassungen, Anpassungen des Selbstbehaltes sowie des Risikozuschlages und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab diesem Zeitpunkt auch für die versicherte Person.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Prämienzahlung

(1) Die Prämie ist eine Monatsprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Prämie ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Die Pflicht zum Ausgleich der im Zeitpunkt der Umstellung bestehenden Prämienrückstände aus der ursprünglichen, die Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 Abs. 3 VVG erfüllende Krankenversicherung zuzüglich der Säumniszuschläge und Beitreibungskosten bleibt von der Prämienzahlungspflicht im

Notlagentarif unberührt und besteht auch nach Beendigung des Versicherungsschutzes im Notlagentarif fort.

(3) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

(4) Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes gemäß § 193 Abs. 6 S. 2 VVG einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten.

§ 8a Prämienberechnung und -begrenzung

(1) Die Berechnung der Prämien erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Für die für den Versicherten zu zahlenden Prämien wird im Notlagentarif die Alterungsrückstellung gemäß § 12h Abs. 2 S. 6 VAG in der Weise angerechnet, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

(2) Für die Dauer der Versicherung im Notlagentarif entfallen Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte.

(3) Die zu zahlende Prämie ist für die versicherte Person begrenzt auf die Höhe des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung und der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch jeweils bekannt gegebenen Höhe wird hinzugerechnet.

Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder mit vergleichbaren Ansprüchen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige tritt an die Stelle des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.

(4) Solange eine Versicherung nach dem Notlagentarif besteht, kann der Versicherer verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen.

§ 8b Prämienanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Prämien überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Von einer solchen Prämienanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(2) Sind die zu zahlenden Prämien infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Prämien gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung des Höchstbeitrages angeglichen werden.

(3) Prämienanpassungen gemäß Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt; Prämienangleichungen gemäß Absatz 2 werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrages wirksam.

§ 9 Obliegenheiten und Pflichten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Die versicherte Person ist vor Behandlungsbeginn verpflichtet, gegenüber den in § 4 Abs. 2 und 4 genannten Leistungserbringern unter Vorlage des vom Versicherer ausgehändigten Nachweises auf ihren Versicherungsschutz im Notlagentarif hinzuweisen.

Händigt der Versicherer der bei ihm versicherten Person statt des Nachweises eine elektronische Gesundheitskarte aus, ist deren Vorlage beim Leistungserbringer für die versicherte Person zwingend.

Ein vom Versicherer ausgegebener Ausweis über den Versicherungsschutz (Card für Privatversicherte) darf mit Beginn der Versicherung im Notlagentarif nicht mehr verwendet werden; er ist dem Versicherer unverzüglich zurückzugeben.

(5) Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht

unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Lauf des Versicherungsjahres bemisst sich nach den Bestimmungen des Ursprungstarifs.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Versicherungsverhältnis rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht die Prämie in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Prämien aufgrund der Prämienanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen

versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Prämienenerhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Die Kündigung nach den Absätzen 1, 2 und 4 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis in dem Tarif, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(7) Die Kündigung erstreckt sich auch auf den Tarif, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war.

(8) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer überträgt.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, ist der Versicherer berechtigt, den Übertragungswert bis zum Ausgleich des Rückstandes zurückzubehalten.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben für den Fall unberührt, dass dem Versicherer unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen, insbesondere der Verpflichtung gemäß § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zugemutet werden kann.

(2) Das Kündigungsrecht nach § 38 VVG bleibt unberührt, wenn der Versicherte nicht mehr der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG unterliegt.

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, unter

Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Notlagentarifs und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine

unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

(3) Die im Notlagentarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge gemäß § 75 Abs. 3b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt werden. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Ehrenmitglieder des Verbandes

Generaldirektor i.R. Heinrich Frommknecht

ehemaliger Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund

Generaldirektor i.R. Peter Greisler

ehemaliger Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

Generaldirektor i. R. Reinhold Schulte

ehemaliger Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

II. Verbandsorgane

(Stand: 03.04.2014)

II.1 Hauptausschuss und Vorstand

Hauptausschuss

bestehend aus...

... von der Mitgliederversammlung gewählten Mitgliedern

1. **Uwe Laue – Vorsitzender** (seit 01.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
2. **Dr. Harald Benzing – stellvertr. Vorsitzender** (seit 18.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
3. **Dr. Birgit König – stellvertr. Vorsitzende**
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
4. **Ulrich Leitermann – stellvertr. Vorsitzender** (seit 01.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
5. **Dr. Clemens Muth – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
6. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskranken- hilfe V.V.a.G., Lüneburg
7. **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstands der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

8. **Dr. Andreas Eurich** (seit 01.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal
9. **Gerhard Glatz**
Vorsitzender des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
10. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Kranken- versicherung a.G., Dortmund
11. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Kranken- versicherung AG, Coburg
12. **Dr. Ralf Kantak** (seit 01.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
13. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
14. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstands der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
15. **Eberhard Sautter** (seit 18.06.2013)
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der HanseMercur Krankenversicherung AG, Ham- burg, und Vorstandsmitglied der HanseMercur Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
16. **Heinz Wilhelm Teuscher**
Vorsitzender des Vorstands der Central Kran- kenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
17. **Peter Thomas**
Vorsitzender des Vorstands der INTER Kranken- versicherung aG, Mannheim

... kooptierten Mitgliedern

18. **Frank-Henning Florian**
Vorsitzender des Vorstands der R+V Kranken- versicherung AG, Wiesbaden
19. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. h.c. Josef Beutelmann** (bis 30.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Klaus Henkel** (bis 30.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
- **Dr. Ulrich Knemeyer** (bis 31.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
- **Fritz Horst Melsheimer** (bis 18.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
- **Reinhold Schulte** (bis 27.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Dr. Heinz-Jürgen Schwering** (bis 28.02.2014)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

Vorstand

1. **Uwe Laue – Vorsitzender** (seit 01.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
2. **Dr. Harald Benzing – stellvertr. Vorsitzender** (seit 18.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
3. **Dr. Birgit König – stellvertr. Vorsitzende**
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
4. **Ulrich Leitermann – stellvertr. Vorsitzender** (seit 01.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
5. **Dr. Clemens Muth – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
6. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
7. **Dr. Volker Leienbach – geschäftsführendes Vorstandsmitglied**
Verbandsdirektor, Köln

II.2 Sonderausschüsse

a) Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
2. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstands der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
3. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
4. **Dr. Jan Esser** (seit 01.10.2013)
Fachbereichsleiter für Produktentwicklung und Aktuariat der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
5. **Frank-Henning Florian**
Vorsitzender des Vorstands der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
6. **Gerhard Glatz**
Vorsitzender des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
7. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
8. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
9. **Dr. Wolf-Rüdiger Knocke**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
10. **Matthias Kreibich**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WVaG, Frankfurt am Main
11. **Christoph Laarmann** (seit 11.03.2014)
stellvertr. Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
12. **Dr. Ralph Maaßen** (seit 12.09.2013)
Abteilungsleiter Mathematik und Ertragssteuerung der AXA Krankenversicherung AG, Köln
13. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
14. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
15. **Hans-Herbert Rospleszcz**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln

16. **Eberhard Sautter**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMercur Spezial-Krankenversicherung AG, Hamburg
17. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
18. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
19. **Dr. Rainer Wilmlink** (seit 01.01.2014)
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
20. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Helmut Hofmeier** (bis 30.09.2013)
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Thomas Jebbink** (bis 27.05.2013)
Bereichsleiter Mathematik und Ertragssteuerung der AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Birgit König** (bis 12.09.2013)
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Klaus Michel** (bis 31.12.2013)
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
- **Heinz-Werner Richter** (bis 31.12.2013)
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht

1. **Dr. Birgit König – Vorsitzende**
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
2. **Michael Baulig**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
3. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
4. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

7. **Silke Lautenschläger**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
8. **Thomas List**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
9. **Karl-Josef Maiwald**
Abteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
10. **Christian Molt**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
11. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
12. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
13. **Martin Risse** (seit 11.03.2014)
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
14. **Hans-Herbert Rospleszcz**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
15. **Manfred Schnieders** (seit 12.09.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
16. **Volker Schulz**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
17. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
18. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Ulrich Knemeyer** (bis 31.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
- **Norbert Lessmann** (bis 31.12.2013)
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Dr. Heinz-Jürgen Schwering** (bis 28.02.2014)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

c) Ausschuss für Pflegeversicherung

1. **Dr. Clemens Muth – Vorsitzender**
(seit 18.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
2. **Dr. Karl-Josef Bierth – stellvertr. Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
3. **Dr. Jan Esser** (seit 01.07.2013)
Fachbereichsleiter für Produktentwicklung und Aktuariat der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
4. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
7. **Christoph Laarmann** (seit 11.03.2014)
stellvertr. Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
8. **Grit Läuter-Lüttig**
Hauptabteilungsleiterin der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
9. **Thomas List**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
10. **Karl-Josef Maiwald**
Abteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
11. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
12. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstands der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
13. **Hans-Herbert Rospleszcz**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
14. **Hans-Josef Schmitz** (seit 18.06.2013)
Bereichsleiter der AXA Krankenversicherung AG, Köln

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Jan Esser** (bis 30.06.2013)
Prokurist der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
- **Dr. Ulrich Knemeyer** (bis 31.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. Vechta
- **Uwe Laue** (bis 18.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Dr. Hans Josef Pick** (bis 18.06.2013)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Heinz-Werner Richter** (bis 31.12.2013)
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

d) Rechtsausschuss der PKV

1. **Wolfgang Reif – Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
2. **Dr. Horst Ayasse**
Prokurist der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
3. **Christian Barton**
Prokurist der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
4. **Jürgen Berressem**
Prokurist der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Dr. Jörg Etzkorn**
Prokurist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Christina Feldhaus**
Prokuristin der AXA Krankenversicherung AG, Köln
7. **Walter Gerhard**
Handlungsbevollmächtigter der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
8. **Dr. Peter Görg**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
9. **Thomas Görge**
Abteilungsleiter der Central Krankenversicherung AG, Köln
10. **Ursula Gramulla**
Prokuristin der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
11. **Dr. Bettina Haase-Uhländer**
Gruppenleiterin der Abteilung Krankenversicherung, Vertrag und Leistung – Recht der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
12. **Bernhard Kalis**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Dr. Volker Marko**
Abteilungsleiter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

14. **Christine Michl** (seit 11.03.2014)
Prokuristin der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
15. **Dr. Torsten Schulte**
Prokurist der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Erik Cloppenburg** (bis 31.01.2014)
Prokurist der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Michael Kurtenbach – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
2. **Andrea van Aubel** (seit 01.07.2013)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
3. **Michael Baulig**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
4. **Alexander Brams**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
5. **Johannes Grale**
Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversicherungs-AG, Hannover
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Frank Hüppelshäuser**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
8. **Matthias Kreibich**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WaG, Frankfurt am Main
9. **Tillmann Lukosch**
Vorstandsmitglied der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
10. **Christian Molt**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
11. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
12. **Michael Petmecky**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
13. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

14. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
15. **Eberhard Sautter**
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMercur Spezielle Krankenversicherung AG, Hamburg
16. **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
17. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
18. **Volker Schulz** (seit 11.03.2014)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
19. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
20. **Dr. Martin Zsohar** (seit 11.03.2014)
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Klaus Henkel** (bis 30.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
- **Heinz-Werner Richter** (bis 31.12.2013)
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Peter Schumacher** (bis 30.06.2013)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

f) Haushaltsausschuss

1. **Dr. Ralf Kantak – Vorsitzender** (seit 12.09.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
2. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
3. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Klaus Henkel** (bis 30.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach

g) Vertriebsausschuss der PKV

1. **Dr. Andreas Eurich – Vorsitzender**
(seit 18.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Eric Bussert**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
3. **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
4. **Wolfgang Hanssmann**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
5. **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
6. **Frank Kettnaker**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
7. **Manuela Kiechle**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
8. **Thomas Langhein**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
9. **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
10. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstands der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
11. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
12. **Klaus Tisson** (seit 12.09.2013)
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta
13. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. h.c. Josef Beutelmann** (bis 30.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Reiner Dittrich** (bis 31.03.2014)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
- **Dr. Michael Hessling** (bis 31.12.2013)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

h) Ausschuss „Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern“

1. **Ulrich Leitermann – Vorsitzender**
(seit 01.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
2. **Thomas Flemming**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
3. **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
4. **Georg Hake**
Vorsitzender des Vorstands der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta, und Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover
5. **Dr. Ralf Kantak** (seit 01.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
6. **Dr. Stefan Lütticke**
Direktor der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
7. **Stephan Oetzel**
Chief Risk Officer der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
8. **Dr. Hans Josef Pick**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
9. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
10. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
11. **Alf N. Schlegel**
Vorstandsmitglied der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim
12. **Frank Sievert**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
13. **Holger Tietz** (seit 12.09.2013)
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. h.c. Josef Beutelmann** (bis 30.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Klaus Henkel** (bis 30.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach

- **Matthias Kreibich** (bis 12.09.2013)
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WaG, Frankfurt am Main
- **Fritz Horst Melsheimer** (bis 18.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg

i) Ausschuss „Zukunft des Gesundheitswesens“

1. **Dr. Walter Botermann – Vorsitzender**
(seit 18.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
2. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstands der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
3. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
4. **Dr. Andreas Eurich** (seit 11.03.2014)
Vorsitzender des Vorstands der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal
5. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Dr. Birgit König**
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
8. **Silke Lautenschläger**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
9. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
10. **Eberhard Sautter** (seit 12.09.2013)
stellvertr. Vorsitzender des Vorstands der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMerkur Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
11. **Peter Thomas**
Vorsitzender des Vorstands der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
12. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
13. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. h.c. Josef Beutelmann** (bis 30.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Klaus Henkel** (bis 30.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
- **Dr. Ulrich Knemeyer** (bis 31.07.2013)
Vorsitzender des Vorstands der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
- **Fritz Horst Melsheimer** (bis 18.06.2013)
Vorsitzender des Vorstands der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
- **Heinz-Werner Richter** (bis 31.12.2013)
Vorstandsmitglied der Barmeria Krankenversicherung a.G., Wuppertal

j) Rechnungsprüfer

Georg Hake

Vorsitzender des Vorstands der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta, und Vorstandsmitglied der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover

Gerhard Glatz

Vorsitzender des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg

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

a) Präsidium des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

b) Präsidialausschuss des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

Mitglieder des Hauptausschusses des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

- **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstands der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
- **Gerhard Glatz**
Vorsitzender des Vorstands der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
- **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Dr. Birgit König**
Vorsitzende des Vorstands der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstands der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Clemens Muth**
Vorsitzender des Vorstands der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Heinz Wilhelm Teuscher**
Vorsitzender des Vorstands der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
- **Peter Thomas**
Vorsitzender des Vorstands der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
- **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstands des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Weiteres Mitglied

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

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

c) Rechnungslegungsausschuss der Versicherungswirtschaft

- **Ulrich Leitermann**
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Sarah Rössler**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg

d) Steuerausschuss

- **Dr. Jürgen Göbel**
Hauptabteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Manfred Hausmann**
Hauptabteilungsleiter der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Hans-Günther Zitterich**
Abteilungsleiter der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund

e) Vertriebsausschuss der Versicherungswirtschaft

- **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Wolfgang Hanssmann**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Jochen Herwig**
Vorsitzender des Vorstands der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
- **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstands des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Dr. Hartmut Nickel-Waninger**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

f) Ausschuss Betriebswirtschaft und Informationstechnologie

- **Andrea van Aubel**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln

- **Thomas Flemming**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
- **Dr. Wolf-Rüdiger Knocke**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
- **Michael Petmecky**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Jörn Sandig**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
- **Oliver Schoeller**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

g) Kapitalanlagenausschuss

- **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Ulrich Leitermann**
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Jürgen Meisch**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Dr. Jürgen Seja**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover

h) Rechtsausschuss der Versicherungswirtschaft

- **Dr. Jürgen Göbel**
Hauptabteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

i) Ausschuss Risikomanagement

- **Dr. Peter Görg**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Ulrich Leitermann**
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

j) Ausschuss Finanzen und Risikomanagement

- **Ulrich Leitermann**
Vorsitzender des Vorstands der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

II.4 Geschäftsführung

(Stand: März 2014)

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

Leiter Pflege

- **Ass. iur. Andreas Besche**

Abteilungsleiter

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

Referatsleiter

- **Ass. iur. Dirk Cramer**
(Revision)
- **Ass. iur. Christoph Cremer**
(Revision)
- **RA Nurettin Fenercioglu, LL.M.**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Kfm. Joachim Hölbe**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Stefan Klein**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Math. Jürgen Mnich**
(Zentrale Dienste)
- **Dr. Marc-Pierre Möll**
(Politik)
- **Gerald Mörsberger, M.A.**
(Zentrale Dienste Datenbanken)
- **RA René Neumann**
(Recht)
- **Dipl.-Kfm. Sascha Raithel**
(Recht)

- **Ass. iur. Nikolai Sauer**
(Ombudsmann)
- **RA'in Barbara Schmitz**
(Leistung stationär)
- **Dipl.-Kfm. Jochen Scholl**
(Leistung Pflege)
- **Dr. Frank Schulze Ehring**
(Politik)
- **Dipl.-Kffr. Elke Schüller**
(Revision)
- **RA Gerrit Taeger**
(Zentrale Dienste)

Referenten

- **Dr. Ahmet Aker**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Kfm. Michael Backes**
(Revision)
- **Frederic Baum**
(Zentrale Dienste)
- **Bastian Biermann, M.A.**
(Recht)
- **Dirk Böttcher**
(Zentrale Dienste)
- **Stephan Caspary**
(Kommunikation)
- **Ass. iur. Angela Cumbo**
(Recht)
- **Dipl.-Math. Patricia Derksen**
Mathematik/Statistik)
- **Petra Ewenz**
(IT, Projektmanagement „Prozesse“)
- **Dipl.-Jur. Henning Fischer**
(Leistung Wahlleistung)
- **Natalie Förster**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Gebeyehu Kenea Gobena**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Franziska Große**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Russ. Sabine Heche**
(Kommunikation)
- **Dominik Heck, M.A.**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Jur. Anne Hilpert**
(Revision)
- **RA Clemens Hof**
(Ombudsmann)
- **Apothekerin Susanne Hübner**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Math. Doreen Jahnke**
(Mathematik/Statistik)
- **Ass. iur. Alexander Kerntopf**
(Leistung stationär)
- **Dipl.-Pflegerin Andrea Kleiner-Zander**
(Pflege QPP)
- **Dr. Anne-Dorothee Köster**
(Politik)
- **RA Paul Kurscheidt**
(Pflege QPP)
- **Ass. iur. Antonia Kremp**
(Ombudsmann)
- **Ass. iur. Christine Letschert**
(Revision)
- **Dirk Lullies, M.A.**
(Kommunikation)
- **Ass. iur. Michelle Mahlke**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Math. Gerald Meißner**
(Mathematik/Statistik)
- **Dipl.-Gesundheitsök. Anne-Katrin Merkelbach**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Konstanze Meyer, LL.M.**
(Recht)
- **Dipl.-Kffr. (FH) Claudia Moncada**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Norbert Neu**
(Revision)
- **Harry Neumann, B.A.**
(Pflege QPP)
- **Ass. iur. Isabella Osterbrink**
(Recht)
- **Dr. Thomas Philipp**
(Leistung stationär)
- **Dipl.-Wirtsch.jur. (FH) Bernd Rademacher**
(Leistung Wahlleistung)
- **Dipl.-Verw.wirtin Anja Radtke, M.A.**
(Politik)
- **Kirsten von Reth**
(Pflege QPP)
- **Dipl.-Volkswirtin Claudia Reuter**
(Leistung stationär)
- **Dipl.-Volkswirt Willi Roos**
(Leistung stationär)
- **Heike Ruthenberg**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Psychologin Dorothee Schalles**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Beate Schlimbach**
(Leistung Wahlleistung)
- **RA Jürgen Schmidt**
(Leistung Wahlleistung)
- **Dipl.-Betriebswirtin Verena Schönbein**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Math. Marco Schorr**
(Mathematik/Statistik)
- **Nina Judith Schultes, M.A.**
(Kommunikation)
- **Olaf Schulze**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Pflegerin Barbara Schütt**
(Pflege QPP)
- **Sabine Seuß, M.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Sandy Stephan**
(Ombudsmann)
- **Hans-Jürgen Szabries**
(Pflege QPP)

- **Dr. Getachew Befekadu Tessema**
(Zentrale Dienste)
- **Anne Timm**
(Kommunikation)
- **RA Jörg Uthmann**
(Leistung Pflege)
- **Dipl.-Kffr. Meltem Uzunlar**
(Revision)
- **Ass. iur. Anne Kristina Vieweg**
(Leistung)
- **Sébastien Vion, LL.M.**
(Revision)
- **Ass. iur. Judith Vollmer**
(Ombudsmann)
- **Ass. iur. Markus Vomweg**
(Leistung stationär)
- **Jens Wegner, M. A.**
(Kommunikation)
- **Ass. iur. Christoph Weitzel**
(Leistung Wahlleistung)
- **Jenny Wernecke, M.A.**
(Politik)
- **Dipl.-Pflegerwirt Gernot Werner**
(Pflege QPP)
- **Sven Wollenschein**
(Pflege QPP)

Medizinischer Leiter

- **Dr. Norbert Loskamp**

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

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

Verbandsbüro

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Postanschrift: Postfach 51 10 40, 50946 Köln
Telefon (0221) 99 87-0
Telefax (0221) 99 87-39 50
www.pkv.de · info@pkv.de

Büro Berlin

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89-0
Telefax (030) 20 45 89-33
berlin@pkv.de

II.5 Landesausschüsse

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Baden-Württemberg

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

Vorstand: Volker **Schulz**, ordentl. Vorstandsmitglied der SDK

* Manfred **Benzinger**, Prokurist
(SDK, Telefon: 0711 / 57 78-0, Telefax: -7 77)

* Kerstin **Enssle**
(SDK, Telefon: 0711 / 57 78-4 13, Telefax: -3 96)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Bayern

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

Vorstand: Wolfgang **Reif**, ordentl. Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse und der UKV

* Dieter **Goldmann**, Hauptabteilungsleiter
(Bayerische Beamtenkrankenkasse,
Telefon: 089 / 21 60-87 02, Telefax: -83 79)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Berlin

Stresemannstraße 111 (DKV), 10963 Berlin

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

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

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Brandenburg

Stresemannstraße 111 (DKV), 10963 Berlin

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

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

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Bremen

Remberti-Ring 11a (LKH), 28195 Bremen

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm **Zachow**,
Vorstandsvorsitzender der LKH

* Gottfried **Glaser-Gallion**, Prokurist
(LKH, Telefon: 04131 / 7 25-2 07,
Telefax: 40 34 02)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Hamburg

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

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**, ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL und des Deutscher Ring

* Monika **Möhlig-Doetsch**, Abteilungsleiterin (SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Hessen

Frankfurter Straße 50 (AXA), 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65189 Wiesbaden

Vorstand: Klaus-Dieter **Dombke**, Bereichsleiter Krankenversicherung der AXA

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

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Mecklenburg-Vorpommern

Ludwig-Erhard-Straße 22 (Deutscher Ring), 20459 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**, ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL und des Deutscher Ring

* Monika **Möhlig-Doetsch**, Abteilungsleiterin (SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Niedersachsen

Uelzener Straße 120 (LKH), 21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg

Vorstand: Prof. Dr. Ernst-Wilhelm **Zachow**, Vorstandsvorsitzender der LKH

* Gottfried **Glaser-Gallion**, Prokurist (LKH, Telefon: 04131 / 7 25-2 07, Telefax: 40 34 02)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Nordrhein-Westfalen

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

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

* Helmut **Hiller**, Handlungsbevollmächtigter (DKV, Telefon: 0221 / 5 78-44 31, Telefax: -46 56)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Rheinland-Pfalz

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

Vorstand: Roland **Weber**, ordentl. Vorstandsmitglied der Debeka

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

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Saarland

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

Vorstand: Wolfgang **Reif**, ordentl. Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse und der UKV

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

* Hans-Georg **Stritter** (UKV, Telefon: 0681 / 8 44-10 09)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen

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

Vorstand: Thomas **List**, stellvertr. Vorstandsvorsitzender der INTER

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

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen-Anhalt

Ruhrallee 92–94 (Continental), 44139 Dortmund
E-Mail: pkv.lasa@continentale.de

Vorstand: Dr. Christoph **Helmich**, ordentl. Vorstandsmitglied der Continentale

* Klaus **Böcker**, Handlungsbevollmächtigter (Continental, Telefon: 0231 / 9 19-23 82, Telefax: -23 28)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Schleswig-Holstein

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

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**, ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL und des Deutscher Ring

* Monika **Möhlig-Doetsch**, Abteilungsleiterin (SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-0)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Thüringen

Kolde-Ring 21 (LVM), 48126 Münster

Vorstand: Dr. Achim **Kramer**, Abteilungsdirektor der LVM (Telefon: 0251 / 7 02-27 89, Telefax: -19 45)

* Marcus **Dombrowski** (LVM, Telefon: 0251 / 7 02-35 58, Telefax: -99 35 58)

II.6 Mitgliedsunternehmen

(Stand: März 2014)



Allianz Private Krankenversicherungs-AG

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



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: (04441) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: (04441) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München
Postanschrift: Postfach 82 01 73, 81801 München
Tel.: (089) 41 24-02 / Fax: (089) 41 24-25 25
www.arag.de
service@arag.de



AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Postanschrift: 50592 Köln
Tel.: (01803) 55 66 22 / Fax: (0221) 1 48-3 62 02
www.axa-kranken.de
service@axa-kranken.de



Barmenia Krankenversicherung a.G.

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
Postanschrift: 42094 Wuppertal
Tel.: (0202) 4 38-00 / Fax: (0202) 4 38-28 46
www.barmenia.de
info@barmenia.de



Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Warngauer Straße 30, 81539 München
Postanschrift: Maximilianstr. 53, 81537 München
Tel.: (089) 21 60-0 / Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de
service@vkb.de



Gesundheit bewegt uns.

Central Krankenversicherung AG

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



CONCORDIA Krankenversicherungs-AG

Concordia Krankenversicherungs-AG

Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover
Postanschrift: 30621 Hannover
Tel.: (0511) 57 01-0 / Fax: (0511) 57 01-19 05
www.concordia.de
kv@concordia.de



Continental Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44118 Dortmund
Tel.: (0231) 9 19-0 / Fax: (0231) 9 19-29 13
www.continentale.de
info@continentale.de

* Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Debeka Versichern und Bausparen

Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56073 Koblenz
Postanschrift: 56058 Koblenz
Tel.: [0261] 4 98-0 / Fax: [0261] 4 14 02
www.debeka.de
info@debeka.de

Deutscher Ring 

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Neue Rabenstraße 15–19, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: [040] 41 24-79 69 / Fax: [040] 41 24-76 78
www.deutscher-ring-kranken.de
service@deutscher-ring.de

DEVK
VERSICHERUNGEN

DEVK Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

Riehler Straße 190, 50735 Köln
Postanschrift: 50729 Köln
Tel.: [0221] 7 57-0 / Fax: [0221] 7 57-22 00
www.devk.de
info@devk.de

DKV

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300, 50933 Köln
Postanschrift: 50594 Köln
Tel.: [0221] 5 78-0 / Fax: [0221] 5 78-36 94
www.dkv.com
kunden-center@dkv.com

ENVIVAS
Krankenversicherung AG

ENVIVAS Krankenversicherung AG

Gereonswall 68, 50670 Köln
Tel.: [0800] 4 25 25 25 / Fax: [0221] 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de

ERGO Direkt

ERGO Direkt Krankenversicherung AG

Karl-Martell-Straße 60, 90344 Nürnberg
Tel.: [0911] 1 48-01 / Fax: [0911] 1 48-17 00
www.ergodirekt.de
info@ergodirekt.de



FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr
und der Polizei VVaG

Hansaallee 154, 60320 Frankfurt
Postanschrift: Postfach 11 07 52, 60042 Frankfurt
Tel.: [069] 9 74 66-0 / Fax: [069] 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de

Gothaer

Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
Postanschrift: 50598 Köln
Tel.: [0221] 3 08-00 / Fax: [0221] 3 08-1 03
www.gothaer.de
info@gothaer.de



HALLESCHER Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit

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



HanseMerkur Krankenversicherung AG

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

HanseMerkur Spezial
Krankenversicherung AG

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



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

Bahnhofsplatz, 96450 Coburg
Postanschrift: 96444 Coburg
Tel.: [09561] 96-0 / Fax: [09561] 96-36 36
www.huk.de
info@huk-coburg.de



INTER Krankenversicherung aG

Erzbergerstraße 9 – 15, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68120 Mannheim
Tel.: (0621) 4 27-4 27 / Fax: (0621) 4 27-9 44
www.inter.de
info@inter.de



Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

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



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg
Tel.: (04131) 7 25-0 / Fax: (04131) 40 34 02
www.lkh.de
info@lkh.de



LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG

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



LVM Krankenversicherungs-AG

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



Mannheimer Krankenversicherung AG

Augustaanlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Tel.: (0621) 4 57-51 00 / Fax: (0621) 4 57-42 43
www.mannheimer.de
service@mannheimer.de



Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG

Platz der Mecklenburgischen 1, 30625 Hannover
Postanschrift: 30619 Hannover
Tel.: (0511) 53 51-0 / Fax: (0511) 53 51-4 44
www.mecklenburgische.de
service@mecklenburgische.de



MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

Pettenkoferstraße 19, 80336 München
Postanschrift: 80283 München
Tel.: (089) 51 52-0 / Fax: (089) 51 52-15 01
www.muenchener-verein.de
info@muenchener-verein.de



NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
Postanschrift: 90334 Nürnberg
Tel.: (0911) 5 31-0 / Fax: (0911) 5 31-32 06
www.nuernberger.de
info@nuernberger.de



Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen

Doktorweg 2–4, 32756 Detmold
Tel.: (05231) 9 75-0 / Fax: (05231) 9 75-1 02
www.vrk.de
info@vrk.de



**Provinzial Krankenversicherung
Hannover AG**

Schiffgraben 4, 30159 Hannover
Postanschrift: 30140 Hannover
Tel.: (0511) 3 62-0 / Fax: (0511) 3 62-29 60
www.vgh.de
service@vgh.de



R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65181 Wiesbaden
Tel.: (0611) 5 33-0 / Fax: (0611) 5 33-45 00
www.ruv.de
ruv@ruv.de



SIGNAL Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund
Tel.: (0231) 1 35-0 / Fax: (0231) 1 35-46 38
www.signal-iduna.de
info@signal-iduna.de



SONO Krankenversicherung a.G.

Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
Tel.: (02041) 18 22-0 / Fax: (02041) 18 22-20
www.sonoag.de
info@sonoag.de



**ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese
Rottenburg-Stuttgart – Kranken- und Sterbe-
kasse (KSK) – V.V.a.G.**

Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart
Tel.: (0711) 60 07 38 / Fax: (0711) 6 07 44 12
www.stmartinusvvag.de
info@stmartinusvvag.de



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach
Tel.: (0711) 57 78-0 / Fax: (0711) 57 78-7 77
www.sdk.de
sdk@sdk.de



Union Krankenversicherung AG

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
Tel.: (0681) 8 44-70 00 / Fax: (0681) 8 44-25 09
www.ukv.de
service@ukv.de



uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Straße 1–7, 90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg
Tel.: (0911) 53 07-0 / Fax: (0911) 53 07-16 76
www.universa.de
info@universa.de



vigo Krankenversicherung VVaG

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Postanschrift: Postfach 10 33 64, 40024 Düsseldorf
Tel.: (0211) 35 59 00-0 / Fax: (0211) 35 59 00-20
www.vigo-krankenversicherung.de
service@vigo-krankenversicherung.de



Wüstenrot & Württembergische.
Der Vorsorge-Spezialist.

Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Postanschrift: 70163 Stuttgart
Tel.: (0711) 6 62-0 / Fax: (0711) 6 62-82 25 20
www.wuerttembergische.de
krankenversicherung@wuerttembergische.de

Außerordentliche Mitgliedsunternehmen:



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



CSS Versicherung AG
Pflugstraße 20, LI-9490 Vaduz
Tel.: (00423) 3 75 02 77 / Fax: (00423) 3 75 02 78
www.cssversicherung.com
info@cssversicherung.com



DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47, 60323 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 9 58 69 69 / Fax: (069) 9 58 69 58
www.dfv.ag
service@dfv.ag



Europ Assistance Versicherungs-AG
Infanteriestraße 11, 80797 München
Tel.: (089) 8 95 59 87-0 / Fax: (089) 8 95 59 87-1 99
www.europ-assistance.de
info@europ-assistance.de



Janitos Versicherung AG
Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg
Postanschrift: Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg
Tel.: (06221) 7 09-10 00 / Fax: (06221) 7 09-10 01
www.janitos.de
info@janitos.de



WGV-Versicherung AG
Tübinger Straße 55, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70164 Stuttgart
Tel.: (0711) 16 95-17 20 / Fax: (0711) 16 95-11 00
www.wgv.de
kundenservice@wgv.de



Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg
Postanschrift: Postfach 68 29, 97018 Würzburg
Tel.: (0931) 27 95-0 / Fax: (0931) 27 95-2 95
www.wuerzburger.com
info@wuerzburger.com

Verbundene Einrichtungen:



**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten**
Hauptverwaltung
Salvador-Allende-Straße 7, 60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53,
60606 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 2 47 03-1 11 / Fax: (069) 2 47 03-1 99
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de



Postbeamtenkrankenkasse
Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0 / Fax: (0711) 13 56-33 97
www.pbeakk.de
ukl@pbeakk.de

III. Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Abs.	Absatz
a.F.	Alte Fassung
AG	Aktiengesellschaft
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMG	Arzneimittelgesetz
AmnOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AMRabG	Arzneimittelrabattgesetz
Art.	Artikel
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BBFW	Bundesbasisfallwert
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFH	Bundesfinanzhof
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBL	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
BTB / BTN	Basistarif für Beihilfeberechtige / nicht Beihilfeberechtigte
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
d. h.	das heißt
DAV	Deutsche Aktuarvereinigung e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
Drs.	Drucksache
ED	Exposure Draft (= Standardentwurf)
EFRAG	European Financial Reporting Advisory Group
EIOPA	Europäische Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen
EStG	Einkommensteuergesetz
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e. V.	eingetragener Verein
f.	folgende (Seite)
FAQ	Frequently Asked Questions (häufig gestellte Fragen)
ff.	folgende (Seiten)
FP	Fallpauschale
FPV	Fallpauschalenverordnung
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
GEPV	Geförderte ergänzende Pflegeversicherung

GKV.....	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH.....	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOÄ.....	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ.....	Gebührenordnung für Zahnärzte
GV.....	Gebührenverzeichnis (Teil der GOÄ)
GWB.....	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HIV.....	Human Immunodeficiency Virus
HRi.....	Härtefallrichtlinie
IASB.....	International Accounting Standards Board
i.d.F.....	in der Fassung
IFA.....	Informationsstelle für Arzneispezialitäten
IFRS.....	International Financial Reporting Standards
InEK.....	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
i.V.m.....	in Verbindung mit
KaV.....	Kalkulationsverordnung
KFRG.....	Krebsfrüherkennungsregistergesetz
KHEntgG.....	Krankenhausentgeltgesetz
KHG.....	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KStG.....	Körperschaftsteuergesetz
KVB.....	Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
LBFW.....	Landesbasisfallwert
LTGA.....	Long-Term Guarantee Assessment
MB/EPV.....	Musterbedingungen des PKV-Verbandes für die Ergänzende Pflegekrankenversicherung
MB/GEPV.....	Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
MB/KK.....	Musterbedingungen des PKV-Verbandes für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
MB/KT.....	Musterbedingungen des PKV-Verbandes für Krankentagegeldversicherung
MB/PPV.....	Musterbedingungen des PKV-Verbandes für die Private Pflegepflichtversicherung
MdEP.....	Mitglied des Europäischen Parlaments
MDK.....	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Mio.....	Millionen
Mrd.....	Milliarden
n.F.....	neue Fassung
NJW.....	Neue Juristische Wochenzeitschrift
Nr.....	Nummer
NRW.....	Nordrhein-Westfalen
OECD.....	Organisation for Economic Co-operation and Development – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OLG.....	Oberlandesgericht
OTC.....	Over-the-counter (= nicht verschreibungspflichtige Medikamente)
PatRG.....	Patientenrechtgesetz
pdf.....	Portable Document Format
PKV.....	Private Krankenversicherung
PKV Publik.....	vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. herausgegebene Zeitschrift
PKV-Verband.....	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
PNG.....	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PPV.....	Private Pflegepflichtversicherung
Prof.....	Professor
PVB.....	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen mit Beihilfeberechtigung im Pflegefall

PVN	Pflegepflichtversicherung – Tarif für Personen ohne Beihilfeberechtigung
QIS	Quantitative Impact Studies (quantitative Auswirkungsstudie)
QPP	Qualitätsprüfung von Pflegeheimen
QPR	Qualitätsprüfungsrichtlinien
RettAssG	Rettungsassistentengesetz
RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
S	Seite(n)
s	siehe
SCR	Solvency Capital Requirement(s) (erforderliche Solvenzmittel)
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
STB / STN	Standardtarif für Beihilfeberechtigte / nicht Beihilfeberechtigte
stv	stellvertretende(r)
TÜV	Technischer Überwachungsverein
u. a.	unter anderem
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschlands
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
vgl.	vergleiche
VVaG; V.V.a.G.	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VG	Versicherungsvertragsgesetz
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
www	World Wide Web
z. B.	zum Beispiel
ZESAR	Zentrale Einzugsstelle für Arzneimittelrabatte
ZfP	Zentrale Stelle für Pflegevorsorge
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

IV. Stichwortverzeichnis

A	Aids-Prävention	41 f.
	Alkohol-Prävention.....	42 f.
	Alterungsrückstellungen	22
	Anwartschaftsversicherung (Pflegepflichtversicherung)	79
	Anwendungsbeobachtungen	61 f.
	Arzneimittel	33 f., 59 ff.
	Arzneimittelrabatte	33 f., 59 f., 106 f.
	Aufwendungen	20 ff.
	Alterungsrückstellungen	22
	Leistungen an Versicherte	20
	Veränderung der Versicherungsleistungen.....	21
	Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen.....	22
	Ausbildungsfonds.....	72
	Auslandsreisekrankenversicherung.....	18
B	Basistarif.....	14, 79, 132 ff.
	Beihilfe	12, 115 ff.
	Beitragseinnahmen	18 ff.
	Anteil der Versicherungsarten.....	19
	Einmalbeiträge aus RfB	19 f.
	Beitragszuschuss (bei ALG II)	103 f.
	Besondere Versicherungsformen.....	17
	Bestandsentwicklung.....	10 ff.
	Bezugsgröße.....	103
	Bundesbasisfallwert 2014.....	71
C	COMPASS.....	82 ff.
D	DRG-System	73 f.
E	Ehrenmitglieder des Verbandes	160
	Ein- und Zweibettzimmerzuschläge.....	77 f.
	Entgeltssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)	74 f.
G	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).....	30, 47 ff.
	Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).....	57 ff.
	GEPV (geförderte ergänzende Pflegezusatzversicherung).....	17, 27, 30, 36, 80 f.
	Geschäftsführung.....	168 ff.
H	Hauptausschuss	160 f.
	HIV-/ Aids-Prävention	44 f.
I	IASB	119 f.
J	Jahresarbeitsentgeltgrenze.....	103, 105
K	Krankenhaus-Datenbank des Verbandes.....	76 f.
	Krankenhaustagegeldversicherung	17
	Krankentagegeldversicherung	17
	Krankheitsvollversicherung	10 ff.
	Krebsregister.....	32
L	Landesausschüsse	170 ff.
	Landesbasisfallwerte	70 f.
	Leistungen an Versicherte	20

M	Medicproof	92 ff.
	Mindestleistungen	70
	Mitgliedsunternehmen.....	9 f., 172 ff.
N	Nettoneuzugang	10 f.
	Notlagentarif.....	15, 29 f., 109 ff., 149 ff.
P	Patientenrechte	31 f., 66 ff.
	Pflegeberatung in der PPV.....	82 ff.
	Pflegezusatzversicherung.....	17, 27, 30, 36, 80 f.
	Prävention.....	32 f., 40 ff.
	Präventionsgesetz.....	32 f.
	Pressearbeit des PKV-Verbandes.....	34 ff.
	Publikationen des PKV-Verbandes.....	182 ff.
	Publikationen des WIP.....	185 ff.
	Private Pflegepflichtversicherung	15, 78 ff.
	Begutachtungsergebnisse	93
	Beiträge	78 f.
	Bestand	15
	Beziehungen zu den Leistungserbringern.....	95 ff.
	Gesetzgebung	79 f.
	Härtefälle	94
	Medizinische Begutachtung der Antragsteller	92 ff.
	Qualität der Pflege	85 ff.
	Pflegeberatung (Compass)	82 ff.
	Prüfdienst der PKV	85 ff.
	Zentrum für Qualität in der Pflege	97 ff.
Q	Qualitätspartnerschaften mit ausgewählten Krankenhäusern	75 f.
	Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen	85 ff.
R	Rechengrößen 2014.....	103 ff.
	Rechnungslegung.....	119 f.
S	Solvabilität	120 ff.
	Solvency II	121 f.
	Sonderausschüsse	161 ff.
	Standardtarif.....	13 f.
	Stationäre Leistungen	70 ff.
	Sterbetafel PKV-2014	129 ff.
	Steuern	122 ff.
	Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege	97 ff.
U	Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)	30 f.
	Unbedenklichkeitsprüfungen.....	60 f.
	Unisex	28, 70
V	Verbandsorgane.....	160 ff.
	Versicherungsbestand.....	10 ff.
	Vorstand	161
W	Wahlleistungen im Krankenhaus.....	12, 16
	WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV	141 ff.
Z	Zahnzusatzversicherungen	16
	ZQP.....	97 ff.
	Zusatzversicherungen.....	16 f.

V. Publikationen des PKV-Verbandes

(www.pkv.de/publikationen)

„PKV Publik“

Verbandszeitschrift; erscheint zehnmal jährlich

„Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung“

erscheint jährlich im Juni

„Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung“

erscheint jeweils am Jahresende (auch in englischer Version)

„Kennzahlenkatalog der Privaten Krankenversicherung“

„PKV-Info“

Broschürenreihe zu aktuellen Themen

- Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?
- Bleibt Ihre Krankenversicherung im Alter bezahlbar?
- Der Standardtarif
- Erleichterte Aufnahme in die Private Krankenversicherung für Beamtenanfänger, gesetzlich versicherte Beamte und deren Angehörige
- Private Krankenversicherung als Alternative für Studenten
- Private Studentische Krankenversicherung – Merkblatt für Ärzte
- Private Studentische Krankenversicherung – Merkblatt für Zahnärzte
- Private Zusatzversicherung – Ergänzung zum gesetzlichen Versicherungsschutz
- Auslandsreise-Krankenversicherung
- Die Card für Privatversicherte
- Die Gebührenordnung für Ärzte – Ein kleiner Leitfaden
- Sicherheit im Pflegefall – Die private Pflegepflichtversicherung
- Sicherheit im Pflegefall – Die private Zusatzversicherung
- Der Basistarif – eine Entscheidungshilfe

„Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht“

„10 gute Gründe für die Private Krankenversicherung.“

„Gut ist nur der Name: ‚Die Bürgerversicherung‘“

„Vorsicht ‚Bürgerversicherung‘“ (Kurzfassung)

„Vorteile und Fakten des Deutschen Gesundheitssystems“ (Flyer)

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

„Fakten zur geförderten Pflegezusatzversicherung“ (Flyer)

„Fakten gegen die Bürgerversicherung (Flyer)“**„30 Jahre Pflegekompetenz der Privaten Krankenversicherung“ (Flyer)
„Zwei-Klassen-Medizin – Behauptung und Wahrheit.“****„Eine kritische Auseinandersetzung mit der Bürgerversicherung“**
mit Fallbeispielen zur Be- und Entlastung durch eine Bürgerversicherung**„Eine kritische Auseinandersetzung mit der Gesundheitsprämie“****„Die niederländische Gesundheitsreform 2006 aus deutscher Sicht“
„Gründung und Betrieb von Privatkliniken durch Plankrankenhäuser?“**
Zwei Rechtsgutachten**„Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“**
Kurzfassung**„Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)“**
Kurzfassung**„Beihilfevorschriften des Bundes nebst Durchführungshinweisen“****Musterbedingungen**

- für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)
- für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009)
- für die Pflegekrankenversicherung (MB/PV 2009)
- für die Ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009)
- für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013)

Brancheneinheitliche Versicherungsbedingungen

- Allgemeine Versicherungsbedingungen Private Studentische Krankenversicherung 2009
- Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2012)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Basistarif (MB/BT 2009)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Standardtarif (MB/ST 2009)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013)

„Satzung, Verbandsorgane, Organisation“**PKV-Dokumentationsreihe**

- Heft 29: „Gesundheitssysteme im Vergleich – Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland?“ von Dr. Frank Schulze Ehring/Dr. Anne-Dorothee Köster, Erscheinungstermin Juni 2010
- Heft 28: „Das Angebot von Zusatzkrankenversicherung. Dürfen gesetzliche Krankenversicherungen Zusatzversicherungen anbieten?“ von ao. Univ.-Prof. Dr. Beatrix Karl/Univ.-Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, Mai 2003

- Heft 27: „Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbes. der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse“ von Prof. Dr. Eberhard Wille/Christian Igel, November 2002
- Heft 26: „Reden zur Reformperiode der Privaten Krankenversicherung“ von Peter Greisler, Juni 2002 (vergriffen)
- Heft 25: „Zu den Wechseloptionen der PKV“ von Josef Beutelmann/Prof. Dr. Ulrich Meyer/Prof. Dr. Rupert Scholz, Dezember 2001
- Heft 24: „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“ von Prof. Dr. Bernd Hof, Januar 2001 (vergriffen)
- Heft 23: „Perspektiven der PKV in Europa“, April 1999
- Heft 22: „Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung“ von Dr. Jan Boetius/Dr. Hans-Olaf Wiesemann, September 1998
- Heft 21: „Die Zukunft der Krankenversicherung“, November 1997
- Heft 20: „Herausforderungen – Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges von den Anfängen bis zur Gegenwart“ von Prof. Dr. Peter Koch/Dr. Christoph Uleer, Juni 1997
- Heft 19: „Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten“ Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission, März 1997
- Heft 18: „Zum Umgang mit Knappheit in der medizinischen Versorgung“ von Prof. Dr. Michael Arnold, Juli 1995
- Heft 17: „Möglichkeiten zum Ausbau der sozialrechtlichen Qualitätskontrolle der gesetzlichen Krankenversicherung substituierendes Privaten Krankenversicherungsschutzes im Hinblick auf die Liberalisierung des europäischen Versicherungsmarktes“ von Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter, Juli 1993
- Heft 16: „Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV“ von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, Oktober 1992
- Heft 15: „Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems durch eine Organisationsreform“ von Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg, Januar 1992
- Heft 14: „Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Rupert Scholz, April 1991
- Heft 13: „Zur Reform des Krankenversicherungssystems“ von Heinrich Frommknecht, August 1990
- Heft 12: „Teilkostenerstattung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse“ von Direktor a. D. Hans Töns, April 1987
- Heft 11: „Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht“ von Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, November 1985
- Heft 10: „Gedanken zur Privaten Krankenversicherung“ von Dr. Heinz Bach, Dezember 1984
- Heft 9: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“ von Direktor a. D. Hans Töns, November 1983
- Heft 8: „Zur Selbstbeteiligung der Versicherten“ von Dipl.-Volkswirt Thomas Ruf, Dezember 1982
- Heft 7: „Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Bernd von Maydell, März 1982

- Heft 6: „Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung“ von Prof. Dr. Isensee, Oktober 1980
- Heft 5: „Zum Beitragszuschuß“ von Bundesrichter Dr. Helmut Heinze, November 1976 (vergriffen)
- Heft 4: „Zum Privatliquidationsrecht der leitenden Krankenhausärzte“ von Prof. Dr. Wolfgang Gitter, Mai 1975
- Heft 3: „Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ von Prof. Dr. Walter Leisner, Oktober 1974 (vergriffen)
- Heft 2: „Zur Reform des Krankenhauswesens“ von Dipl.-Volkswirt Karl Brandecker, Januar 1974 (vergriffen)
- Heft 1: „Zur Krankenversicherung der Studenten“ von Prof. Dr. Rupert Scholz / Prof. Dr. Josef Isensee, März 1973 (vergriffen)

Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV – WIP

Diskussionspapiere

2013:

- 3/2013 „Das Gesundheitssystem in Singapur“ von Verena Finkenstädt
- 2/2013 „HIV-Infektion in der PKV - Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung“ von Verena Finkenstädt und Dr. Frank Wild
- 1/2013 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011“ von Dr. Frank Niehaus

2012:

- 4/2012 „Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen – Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV“ von Dr. Frank Wild
- 3/2012 „Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008“ von Verena Finkenstädt, und Dr. Torsten Keßler
- 2/2012 „Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich – Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010“ von Dr. Frank Niehaus
- 1/2012 „Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten?“ von Dr. Frank Wild

2011

- 4/2011 „Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben“ von Dr. Frank Wild
- 3/2011 „Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Verordnungsdaten Privatversicherter“ von Dr. Frank Wild
- 2/2011 „Ein Vergleich der zahnärztlichen Vergütung nach GOZ und BEMA“ von Dr. Frank Niehaus, Dr. Torsten Keßler & Verena Finkenstädt
- 1/2011 „Die Bedeutung der GOZ für das Einkommen der Zahnärzte“ von Dr. Frank Schulze Ehring (Gastautor)

2010

- 5/2010 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2008“ von Dr. Frank Niehaus
- 4/2010 „Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008“ von Dr. Torsten Keßler
- 3/2010 „Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der GKV?“ von Dr. Frank Schulze Ehring & Dr. Anne-Dorothee Köster
- 2/2010 „Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich“ von Dr. Frank Wild
- 1/2010 „Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung“ von Dr. Frank Niehaus

2009

- 14/09 „Die Verordnung von Medikamenten zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der PKV“ von Dr. Frank Wild
- 13/09 „Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV“ von Dr. Frank Wild
- 12 /09 „Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?“ von Dr. Frank Niehaus & Verena Finkenstädt
- 11/09 „Radiologie – Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ“ von Dr. Torsten Kessler
- 10/09 „Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009)“ von Dr. Frank Wild
- 9/09 „Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV“ von Dr. Frank Niehaus
- 8/09 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007“ von Dr. Frank Niehaus
- 7/09 „Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM“ (in Vorbereitung) von Dr. Frank Niehaus
- 6/09 „Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2004/2005/2006“ von Dr. Torsten Keßler
- 5/09 „Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007“ von Dr. Frank Wild
- 4/09 „Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen. Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007“ von Dr. Frank Wild
- 3/09 „Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV“ von Dr. Frank Wild
- 2/09 „Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen“ von Dr. Frank Niehaus
- 1/09 „Das Gesundheitssystem in der VR China“ von Dr. Anne Dorothee Köster

2008

- 3/08 „Arzneimittelversorgung mit Insulinen“ von Dr. Frank Wild
- 2/08 „Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006“ von Dr. Torsten Keßler
- 1/08 „Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2008)“ von Dr. Frank Wild

2007

- 9/07 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006“ von Dr. Frank Niehaus
- 8/07 „Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten“ von Dr. Frank Wild
- 7/07 „Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei Privatversicherten“ von Dr. Frank Wild
- 6/07 „Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen – ein Literaturüberblick“ von Dr. Frank Wild
- 5/07 „Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss »Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung«“ von Bernd Hof & Claus Schlömer
- 4/07 „Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?“ von Dr. Frank Schulze Ehring & Christian Weber
- 3/07 „Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten“ von Dr. Frank Wild
- 2/07 „Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung“ von Dr. Frank Schulze Ehring
- 1/07 „Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen“ von Dr. Frank Wild

2006

- 9/06 „Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungen bis 2005“ von Dr. Frank Schulze Ehring
- 8/06 „Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht“ von Dr. Frank Schulze Ehring
- 7/06 „Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten von der Privaten Pflege-Pflichtversicherung“ von Dr. Frank Niehaus
- 6/06 „Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Die Verordnung von OTC-Präparaten“ von Dr. Frank Wild
- 5/06 „Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben (Version: 2/06)“ von Dr. Frank Niehaus
- 4/06 „Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine“ von Dr. Frank Wild
- 3/06 „Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV?“ von Dr. Frank Schulze Ehring
- 2/06 „PKV im Wettbewerb mit der GKV“ von Christian Weber
- 1/06 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen im Jahr 2004“ von Dr. Frank Niehaus

Studien**2014****Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 - Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich**

Dr. Frank Wild

2013

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

Prof. Dr. Bruno Schönfelder und Dr. Frank Wild

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick

Verena Finkenstädt und Dr. Frank Niehaus

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

Dr. Frank Wild

2012

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Dr. Frank Wild

2011

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2009 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Dr. Frank Wild

2010

Das Spannungsverhältnis von Äquivalenz und Einkommensumverteilung in der GKV – Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge

Verena Finkenstädt

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Dr. Frank Wild

2008

Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?

Dr. Kornelia van der Beek und Christian Weber

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung

Dr. Frank Niehaus

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung

Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

2007

Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen

Dr. Frank Niehaus

2006

Alter und steigende Lebenserwartung: Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben

Dr. Frank Niehaus

2005

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen

Dr. Frank Niehaus / Christian Weber

Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung

Dr. Frank Wild

2004

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung

Dr. Frank Schulze Ehring

Die genannten Diskussions- und Projektpapier können über die Webseite des WIP (www.wip-pkv.de) heruntergeladen werden. Die Projektpapiere sind darüber hinaus auch als Broschüre über das WIP kostenlos zu beziehen.

