



Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2014



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

Glinkastrasse 40 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de

Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2014

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	33
2.3 Präventions-Engagement der PKV.....	38
3. Entwicklungen im Leistungsbereich	45
3.1 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	47
3.2 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).....	48
3.3 Arzneimittel	52
3.4 Notlagentarif	56
3.5 Stationäre Leistungen	58
3.6 Private Pflegepflichtversicherung.....	66
4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen	89
4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen	91
4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft.....	94
4.3 Rechnungslegung.....	97
4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement.....	99
4.5 Steuern.....	101
4.6 Internationale Zusammenarbeit	102
5. Aktuarielle Schwerpunkte	105
5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2015“	107
5.2 Umstellung auf die neue Kopfschadenstatistik	110
5.3 Beitragsanpassungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung.....	112
5.4 Beitragsanpassungen im Standard- und Basistarif.....	115
6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	127

Anhang	133
Ehrenmitglieder des Verbandes	135
I. Verbandsorgane.....	135
I.1 Hauptausschuss und Vorstand.....	135
I.2 Sonderausschüsse	136
I.3 PKV-Vertreter in den Gremien des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	141
I.4 Geschäftsführung	142
I.5 Landesausschüsse	144
I.6 Mitgliedsunternehmen	146
II. Stichwortverzeichnis	152
III. Publikationen des PKV-Verbandes	154

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach dem Bundestagswahljahr 2013 mit seinen recht emotional geführten Diskussionen und teilweise brachialen Forderungen zum Gesundheitswesen ist im Jahr 2014 wieder eine sachlichere Tonlage in die gesundheitspolitische Debatte eingezogen. Die Große Koalition hat sich konkrete Detailverbesserungen am Gesundheitssystem vorgenommen, ohne es mit radikalen Einschnitten aufs Spiel zu setzen.

Die Private Krankenversicherung (PKV) nutzt diese Zeit, um ihren Reformprozess weiter voranzubringen. Die Erweiterung des Tarifwechselrechts ist dafür das jüngste Beispiel. Wahlfreiheit und individueller Versicherungsschutz gehören zu den großen Pluspunkten der Privaten Krankenversicherung. Damit die Privatversicherten jederzeit die für sie beste Tarifoption finden und auswählen können, hat die Branche einen Leitfaden zum unternehmensinternen Tarifwechsel erarbeitet. Unser Ziel ist vor allem, mehr Transparenz zu schaffen, damit den Versicherten die für einen Wechsel nötigen Informationen schnell und übersichtlich zur Verfügung stehen. Der Tarifwechsel-Leitfaden erläutert und konkretisiert nicht nur die geltende Rechtslage, sondern geht auch deutlich über das gesetzliche Tarifwechselrecht hinaus. Spätestens 2016 wird der Leitfaden in vollem Umfang von allen teilnehmenden Unternehmen umgesetzt.

Zudem nutzte die Private Krankenversicherung das Jahr 2014 für intensive Verhandlungen mit der Bundesärztekammer (BÄK) über eine Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die bestehende Gebührenordnung aus den 1980er Jahren bildet viele moderne Behandlungs- und Diagnosemethoden nicht ab, sodass sie über teilweise komplizierte Analogabrechnungen erfasst werden müssen. Ziel der Verhandlungen ist es daher, eine moderne, betriebswirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung zu schaffen. Ein zentrales Anliegen ist mehr Transparenz für Ärzte, Versicherte und Kostenträger. Die Gespräche verliefen sehr konstruktiv und in guter Atmosphäre, sodass dem Bundesgesundheitsministerium im März 2015 ein erstes gemeinsames Informationspaket übergeben werden konnte.

Gerne würde die PKV noch weitere Reformen im Interesse ihrer Versicherten auf den Weg bringen, sie ist dabei jedoch auf die Unterstützung des Gesetzgebers angewiesen. So sollte etwa der Standardtarif auch wieder für Personen geöffnet werden, die sich erstmals ab dem 1. Januar 2009 privat versichert haben. Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes war der Tarif vor einigen Jahren für Neukunden geschlossen worden, die stattdessen auf den Basistarif verwiesen werden. Dabei hat sich gerade der Standardtarif als Sozialtarif in der PKV sehr bewährt.

Ein zentrales Thema des vergangenen Jahres war die Pflegeversicherung, die 2014 ihren 30sten Geburtstag feierte. Denn bereits 1984 hat die PKV die freiwillige Pflegeversicherung als Vorsorgelösung ins Leben gerufen. Damit ist die Private Pflegeversicherung 10 Jahre älter als die Soziale Pflegeversicherung, deren Einführung der Gesetzgeber 1994 beschlossen hat. Seitdem ist viel geschehen: Die PKV hat sich vom reinen Kostenträger zu einem aktiven Gestalter in der Pflege entwickelt. Mit ihrer nachhaltigen Finanzierung der Pflegekosten und ihrem vielfältigen Engagement macht sie Pflege für alle Menschen besser.

Das große Vertrauen der Menschen in die Pflegekompetenz der PKV zeigte sich nicht zuletzt am besonders starken Wachstum in der Pflegezusatzversicherung. Zum Jahresende gab es dort erstmals über drei Millionen Verträge. Allein die Zahl der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherungen stieg um 55,5 Prozent auf 549.900 Verträge, die Zahl der klassischen Pflegezusatzpolicen nahm um 4,5 Prozent auf 2,46 Millionen zu. In den beiden Jahren seit Einführung der geförderten Pflegezusatzversicherung sind damit bereits mehr Verträge abgeschlossen worden als in den ersten 14 Jahren der ungeförderten Pflegezusatzversicherung. Das zeigt, dass die staatliche Förderung die Menschen zu mehr privater Vorsorge bewegt.

Angesichts der alternden Bevölkerung in Deutschland ist das eine erfreuliche und wichtige Entwicklung. Denn während es heute 2,6 Millionen Pflegebedürftige gibt, werden es im Jahr 2050 rund 4,5 Millionen sein. Dabei deckt die Pflegepflichtversicherung nur einen Teil der tatsächlichen Kosten ab. Deswegen ist es wichtig, dass möglichst viele Menschen selbst für ihre Pflegekosten im Alter vorsorgen. Andernfalls müsste verstärkt die Sozialhilfe einspringen. Dies ginge dann wiederum auf Kosten zukünftiger Generationen, die durch die demografische Entwicklung ohnehin schon deutlich stärker belastet werden als heute.

In der Krankenversicherung stieg die Zahl der Voll- und Zusatzversicherungen auf insgesamt 32,76 Millionen Policen. Die Zusatzversicherungen verzeichneten dabei einen Zuwachs um 1,7 Prozent auf 23,93 Millionen. Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzustocken, bleibt damit ungebrochen.

In der Krankheitsvollversicherung trug ein Sondereffekt zu einem leicht rückläufigen Neugeschäft bei: Weil die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufgrund der guten Lage am Arbeitsmarkt 2014 einen historischen Rekordstand erreichte, fiel zwangsläufig auch der Wechsel von Versicherten in die GKV besonders hoch aus. So stieg die Zahl der sozialversicherten Arbeitnehmer gegenüber dem Vorjahr um 424.000 Personen, wogegen die Zahl der Selbstständigen um 52.000 gesunken ist. Aus diesen Zahlen des Statistischen Bundesamts ergibt sich, dass viele vormals privatversicherte Selbstständige beim Wechsel in eine sozialversicherungspflichtige Anstellung unter der Entgeltgrenze in die GKV wechseln mussten, egal ob sie das wollten oder nicht.

Insbesondere durch diesen Effekt ist der Bestand in der Krankheitsvollversicherung 2014 leicht auf 8,83 Millionen Personen gesunken. Das sind 0,6 Prozent oder 55.700 weniger Versicherte als Ende 2013. Die Beitragseinnahmen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung erhöhten sich 2014 um 0,7 Prozent auf insgesamt 36,2 Milliarden Euro. Hier zeigt sich auch die insgesamt moderate Beitragsentwicklung.

Gerade angesichts des demografischen Wandels gewinnt zunehmend die Tatsache an Bedeutung, dass Privatversicherte mit ihren Alterungsrückstellungen selbst für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten vorsorgen. Im Jahr 2014 überstiegen die Alterungsrückstellungen der Privaten Krankenversicherung die Rekordmarke von 200 Milliarden Euro. Die Demografie-Vorsorge der Privatversicherten ist damit auch in der aktuellen Niedrigzinsphase weiter solide angestiegen. Trotz der Schuldenkrise und des ungünstigen Zinsumfeldes konnten den Rückstellungen der Privatversicherten rund acht Milliarden Euro neu zugeführt werden. Seit 2004 haben sich die Rückstellungen damit mehr als verdoppelt. Und am Ende profitiert die gesamte Gesellschaft davon, dass

es mit der Privaten Krankenversicherung ein System gibt, das seine Kunden zukunftsfest absichert. Das ist nachhaltig und entlastet die Generationen unserer Kinder und Enkel.

Köln, im Mai 2015



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 42 ordentlichen Mitgliedsunternehmen des Verbandes für das Jahr 2014 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 2014 bekannt gegeben. Die zurzeit neuesten exakten Zahlen sind im Zahlenbericht 2013 veröffentlicht, der auf www.pkv.de zu finden ist.

Der Verband hatte Ende 2014 42 ordentliche und sieben außerordentliche Mitglieder; zwei Unternehmen stellten verbundene Einrichtungen dar.

42 Mitgliedsunternehmen

- 18 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 24 Aktiengesellschaften

7 außerordentliche Mitgliedsunternehmen¹

- 7 Aktiengesellschaften

2 verbundene Einrichtungen

- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
- Postbeamtenkrankenkasse

¹ Seit dem 15. Juni 2010 können Unternehmen, welche die Krankenversicherung ausschließlich als Zusatzversicherung betreiben, dem Verband nur noch als außerordentliche Mitglieder beitreten.

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

	Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit		Aktiengesellschaften	
	2014	2013	2014	2013
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	18	19	24	24
Anzahl der Vollversicherten	4.585.200	4.575.300	4.249.300	4.314.800
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	51,90	51,47	48,10	48,53
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	15.370,4	15.368,3	20.815	20.555,6
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	42,48	42,78	57,52	57,22

R14/1102 – Werte für 2014 vorläufig

10 Aktiengesellschaften waren Tochterunternehmen von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 3.924 Mio. Euro machten 10,8 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 11,0 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 36.185 Mio. Euro beträgt 71,3 Prozent. Der Marktanteil der Privaten Krankenversicherung im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegt bei 11,1 Prozent.

Im Jahr 2014 hat sich der Bestand in der Vollversicherung um 55.600 Personen bzw. 0,6 Prozent verringert. Dieser leichte Rückgang ist vor allem durch die besondere Entwicklung des Arbeitsmarktes zu erklären: Im Jahr 2014 stieg die Zahl der sozialversicherten Arbeitnehmer um 424.000 Personen auf einen historischen Rekordstand, während die Zahl der Selbstständigen um 52.000 gesunken ist. Privatversicherte Selbstständige, die in eine sozialversicherungspflichtige Anstellung mit einem Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze wechselten, mussten sich zwangsläufig gesetzlich krankenversichern. Eine freiwillige Weiterversicherung in der PKV ist nicht möglich.

	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.834.500	8.890.100	- 55.600	- 0,6

R14/1201 – Werte für 2014 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	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	116.900	123.900	- 7.000	- 5,6
Abgänge zur GKV	151.400	161.200	- 9.800	- 6,1

R14/1202 – Werte für 2014 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.

	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	267.700	316.400	- 48.700	- 15,4

R14/1203 – Werte für 2014 vorläufig

Im Jahr 2014 waren über 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.

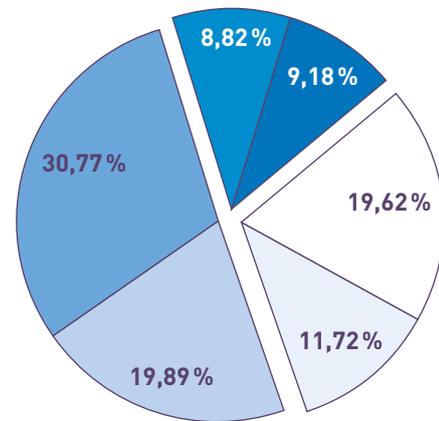
Wanderungsbewegung

Bruttoneuzugang

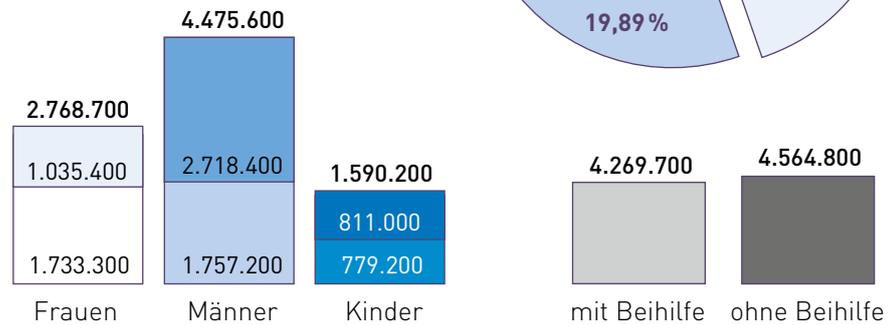
Zusammensetzung des Bestands

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2014

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



absolut



R14/1204 – Werte für 2014 vorläufig

Wahlleistungen im Krankenhaus

Mehr als 81 Prozent der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chefarztbehandlung im Krankenhaus umfasst.

	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.197.800	7.250.300	-52.500	-0,7

R14/1205 – Werte für 2014 vorläufig

Krankentagegeld

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

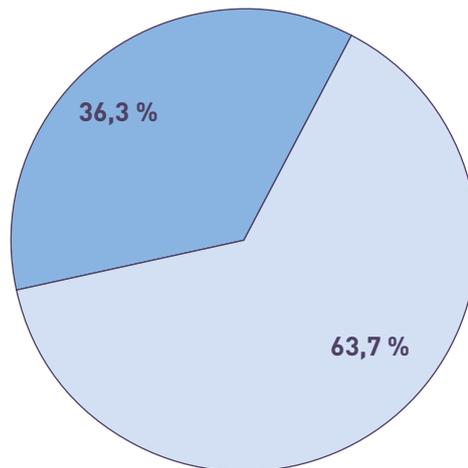
	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	1.913.000	1.972.600	-59.600	-3,0

R14/1206 – Werte für 2014 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 2014

- Arbeitnehmer
- Selbstständige



R14/1207 – Werte für 2014 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	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.500	6.500	0	0,0
ohne Beihilfe	39.000	38.900	+ 100	+ 0,3
insgesamt	45.500	45.400	+ 100	+ 0,2
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	424	445	- 21	- 4,7

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.

R14/1208 – Werte für 2014 vorläufig

Seit dem 1. Januar 2009 bieten die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung einen brancheneinheitlichen Basistarif an. Aufnahmeberechtigte Personen dürfen nicht abgelehnt werden und es dürfen keine Risikozuschläge 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	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	28.700	26.700	+ 2.000	+ 7,5
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif	2.900	3.200	- 300	- 9,4
aus der Nichtversiche- rung (seit 2009)	11.200	10.200	+ 1.000	+ 9,8
aus der GKV ²	500	500	0	0,0
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	12.600	11.400	+ 1.200	+ 10,5
Wechsel zwischen den Unternehmen	1.000	900	+ 100	+ 11,1
sonstiger Zugang	500	500	0	0,0
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit³	15.400	13.900	+ 1.500	+ 10,8

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.

R14/1209 – Werte für 2014 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	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	7.900	5.900	+ 2.000	+ 33,9
ohne Beihilfe	106.800	87.700	+ 19.100	+ 21,8
insgesamt	114.700	93.600	+ 21.100	+ 22,5

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

R14/1210 – Werte für 2014 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	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.050.100	3.059.000	- 8.900	- 0,3
Männer	4.806.600	4.851.900	- 45.300	- 0,9
Kinder	1.610.400	1.626.600	- 16.200	- 1,0
insgesamt	9.467.100	9.537.500	- 70.400	- 0,7

R14/1211 – Werte für 2014 vorläufig

Zusatzversicherungen

Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, hält seit Jahren an. So erhöhte sich der Bestand auch 2014 wieder in fast allen Zusatzversicherungsarten.

Zusatz- versicherungen ^{1,2}	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
	23.935.600	23.524.500	+411.100	+1,7

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.

2 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Zusatzversicherungen für 2014 auf 24.347.900.

R14/1212 – Werte für 2014 vorläufig

Zusatzversicherungen
zum GKV-Schutz

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2014	2013	Veränderung	
				absolut	in Prozent
ambulante Tarife	Frauen	3.571.800	3.547.000	+24.800	+0,7
	Männer	2.792.200	2.773.100	+19.100	+0,7
	Kinder	1.363.500	1.428.100	-64.600	-4,5
	insgesamt	7.727.500	7.748.200	-20.700	-0,3
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.621.000	2.598.200	+22.800	+0,9
	Männer	1.835.400	1.809.900	+25.500	+1,4
	Kinder	1.398.900	1.396.200	+2.700	+0,2
	insgesamt	5.855.300	5.804.300	+51.000	+0,9
Zahntarife	Frauen	7.013.000	6.822.100	+190.900	+2,8
	Männer	5.326.700	5.186.600	+140.100	+2,7
	Kinder	1.715.200	1.813.100	-97.900	-5,4
	insgesamt	14.054.900	13.821.800	+233.100	+1,7
insgesamt¹	Frauen	8.922.000	8.651.800	+270.200	+3,1
	Männer	6.777.000	6.558.300	+218.700	+3,3
	Kinder	2.442.100	2.514.600	-72.500	-2,9
	insgesamt²	18.141.100	17.724.700	+416.400	+2,3

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.

2 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz für 2014 auf 18.521.200.

R14/1213 – Werte für 2014 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	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Krankentagegeldversicherung¹	3.577.500	3.605.100	-27.600	-0,8
Krankenhaustagegeldversicherung	7.935.400	8.027.600	-92.200	-1,1
Pflegezusatzversicherung^{2,3}	2.460.400	2.355.300	+105.100	+4,5
davon				
Pflegetagegeldversicherung	2.254.900	2.150.400	+104.500	+4,9
Pflegekostenversicherung	349.500	344.900	+4.600	+1,3
geförderte Pflegezusatzversicherung³	549.900	353.600	+196.300	+55,5

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.
 3 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Pflegezusatzversicherungen für 2014 auf 2.484.500 und die Zahl der geförderten Pflegezusatzversicherungen auf 559.000.

R14/1214 – Werte für 2014 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 Auslandsreisekrankenversicherung vor.

Auslandsreisekrankenversicherung

Besondere Versicherungsformen nach Versicherungsarten	2014	2013	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekrankenversicherung¹	22.101.600	22.609.000	-507.400	-2,2

1 Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöht sich die Zahl der Auslandsreisekrankenversicherungen für 2014 auf 23.965.700.

R14/1215 – Werte für 2014 vorläufig

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

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	2014	2013	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvoll- versicherung	25.805	25.743,4	+ 60	+ 0,2
Pflegeversicherung	2.010	2.062,1	- 50	- 2,4
Zusatzversicherungen	7.665	7.396,4	+ 270	+ 3,7
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	5.115	4.958,1	+ 155	+ 3,1
Krankentagegeld- versicherung	1.130	1.126,0	+ 5	+ 0,4
Krankenhaustagegeld- versicherung	530	567,9	- 40	- 7,0
Pflegezusatz- versicherung	755	696,6	+ 60	+ 8,6
geförderte Pflege- zusatzversicherung	135	47,8	+ 85	+ 177,8
Besondere Versicherungsformen	705	722,0	- 15	- 2,1
davon				
Auslandsreise- krankenversicherung	320	352,3	- 30	- 8,5
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	130	124,6	+ 5	+ 4,0
Beihilfeablöse- versicherung	245	236,6	+ 10	+ 4,2
Restschuld- und Lohnfortzahlungs- versicherung	10	8,5	0	0,0
insgesamt¹	36.185	35.923,9	+ 260	+ 0,7
insgesamt ohne Pflegeversicherung	34.175	33.861,8	+ 315	+ 0,9

* Werte gerundet

¹ Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Beitragseinnahmen für 2014 auf 36.315 Mio. Euro.

R14/1301 – Werte für 2014 vorläufig

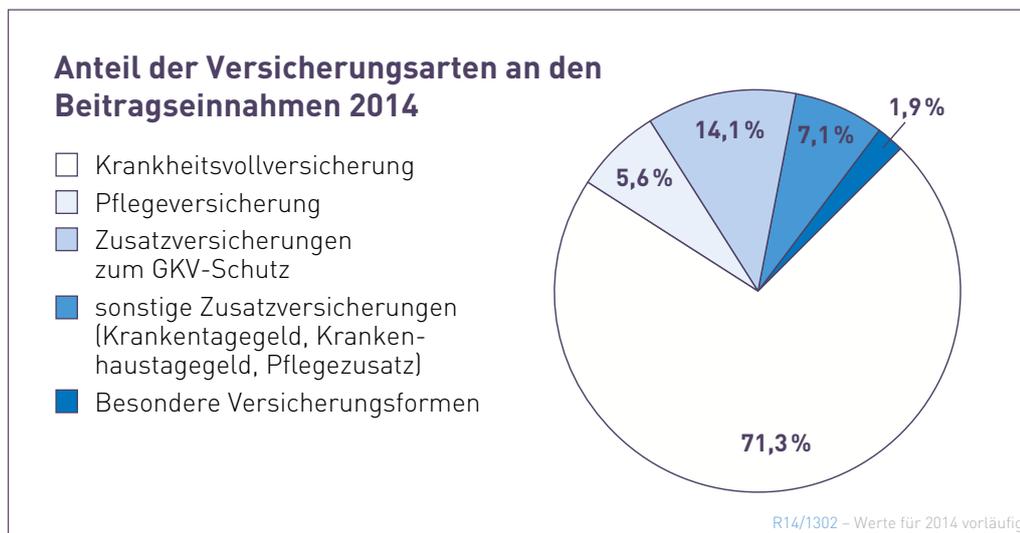
Bei den Beitragseinnahmen wird zwischen abgegrenzten und unabgegrenzten Werten unterschieden. Die unabgegrenzten Beitragseinnahmen umfassen alle innerhalb eines Jahres von den Versicherten geleisteten Zahlungen an die Unternehmen, und zwar unabhängig davon, welchem Geschäftsjahr sie wirtschaftlich zuzuordnen 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	2014	2013	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.145	1.700,2	- 560	- 32,9
Pflegeversicherung	75	124,4	- 50	- 40,2
Zusatzversicherungen	235	200,7	+ 30	+ 14,9
Besondere Versicherungsformen	0	0,1	0	0,0
insgesamt	1.455	2.025,4	- 570	- 28,1

* Werte gerundet

R14/1303 – Werte für 2014 vorläufig

1.4 Aufwendungen

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Sie betragen im Jahr 2014 insgesamt 24.690 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 98,8 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2013 betrug dieser Wert 97,0 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 2.057,5 Mio. Euro – 36,1 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Leistungen an Versicherte	2014	2013	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	23.820	23.399,3	+ 420	+ 1,8
Pflegeversicherung	870	857,1	+ 15	+ 1,8
insgesamt¹	24.690	24.256,4	+ 435	+ 1,8

* Werte gerundet

¹ Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die gesamten Versicherungsleistungen für 2014 auf 24.775 Mio. Euro.

R14/1401 – Werte für 2014 vorläufig

Die Kosten je Versicherten sind deutlich weniger gestiegen als im Vorjahr (2013: plus 5,0 Prozent).

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

Veränderung der Versicherungsleistungen 2013 / 2014 je Versicherten	Veränderung in Prozent
ambulante Leistungen	+ 3,6
davon	
Arztbehandlung	+ 2,6
Heilpraktikerbehandlung	+ 3,5
Arzneien und Verbandmittel	+ 5,3
Heilmittel	+ 3,7
Hilfsmittel	+ 4,6
stationäre Leistungen	+ 2,2
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 3,8
Wahlleistung Chefarzt	- 1,5
Wahlleistung Unterkunft	+ 0,4
Ersatz-Krankenhaustagegeld	+ 2,0
Zahnleistungen	+ 1,6
davon	
Zahnbehandlung	- 1,5
Zahnersatz	+ 3,2
Kieferorthopädie	+ 5,2
Versicherungsleistungen für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+ 2,8

R14/1402 – Werte für 2014 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 2014:

Alterungs- rückstellungen	2014	2013	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	174.000	166.902,8	+7.095	+4,3
Pflegeversicherung	28.000	27.108,5	+890	+3,3
insgesamt	202.000	194.011,3	+7.990	+4,1

* Werte gerundet

R14/1403 – Werte für 2014 vorläufig

Verwaltungs- und
Abschlussaufwendungen

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

Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	2014	2013	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen¹	2.300	2.415,5	-115	-4,8
Verwaltungsaufwendungen¹	885	843,0	+40	+4,7
insgesamt	3.185	3.258,5	-75	-2,3

* Werte gerundet

¹ Unter Berücksichtigung der außerordentlichen Mitgliedsunternehmen erhöhen sich die Verwaltungsaufwendungen für 2014 auf 905 Mio. Euro und die Abschlussaufwendungen auf 2.325 Mio. Euro.

R14/1404 – Werte für 2014 vorläufig



2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit



2.1 Politik und Gesetzgebung

2014 war insgesamt ein gutes Jahr für die PKV und ihre Versicherten. Die im Umfeld von Bundestagswahl und Regierungsbildung geführte Diskussion über die Einführung einer Bürgerversicherung und andere das duale Krankenversicherungssystem von GKV und PKV beschädigende Reformoptionen ist einer sachlichen parlamentarischen Arbeit gewichen. Die Große Koalition arbeitet das vereinbarte Programm einer pragmatischen Weiterentwicklung des Bestehenden systematisch ab. Die Tatsache, dass die PKV praktisch nicht Gegenstand des Koalitionsvertrages ist, ist freilich nicht uneingeschränkt zu begrüßen. Bedauert werden kann beispielsweise, dass damit auch PKV-Reformen, die im Interesse der Versicherten sind, bislang nicht auf der Tagesordnung des Gesetzgebers standen, beispielsweise eine Verstetigung der Beitragsentwicklung durch eine Änderung der rechtlichen Kalkulationsgrundlagen oder die Wiedereröffnung des Standardtarifs.

Andererseits ist die geringe Eingriffsintensität des Gesetzgebers auch ein Zeichen von Stabilität. Schon in der 17. Legislaturperiode hat die PKV diese Freiheit von regulierenden Eingriffen zum Anlass genommen, im Rahmen ihrer eigenen Handlungsmöglichkeiten einen Reformprozess anzustoßen, der nach wie vor andauert. Auftakt war die Reform der Tarifbedingungen in der Unisex-Welt, die einen Mindestschutz auf jeder Wahlebene etabliert hat. Die Entwicklung ging weiter mit der Entwicklung von Leitlinien, mit denen der Wechsel des Versicherungstarifes innerhalb eines Unternehmens erheblich erleichtert werden soll. Die Arbeiten an der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer dauern an und sollen im Jahr 2015 abgeschlossen werden. Zudem hat die Branche ein eigenständiges Konzept zum Thema Qualitätssicherung erarbeitet, das noch 2015 mit der Gründung einer Stiftung umgesetzt werden soll.

Weil die PKV ihre Spielräume nutzt, sich selbst weiterentwickelt und notwendige Reformen im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung fortsetzt, ist sie Ende 2014 besser aufgestellt als zuvor und blickt mit Zuversicht in die Zukunft.

Weiterentwicklung der GKV-Finanzstruktur und der Qualität im Gesundheitswesen

Das zentrale gesundheitspolitische Gesetz des Jahres 2014 war zweifellos das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG). Bisher konnten Krankenkassen, die mit den vom Gesundheitsfonds zugewiesenen Mitteln nicht auskamen, von den Versicherten pauschale Zusatzbeiträge erheben. Kern der Neuregelung ist der Verzicht auf diese pauschalen Zusatzbeiträge zugunsten von einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen. Dabei wird der allgemeine, paritätisch finanzierte Beitragssatz bei 14,6 Prozent festgesetzt. Der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 Prozent festgeschrieben. Kommt eine Krankenkasse unter diesen Bedingungen mit den zugewiesenen Mitteln nicht aus, kann sie einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag festlegen. In diesen wird der heute bereits allein durch die Mitglieder zu tragende Beitragssatz von 0,9 Prozentpunkten integriert.

Schon heute ist absehbar, dass die Reform nicht nachhaltig ist, denn sie gibt keine Antworten auf die Herausforderungen des demografischen Wandels. Dabei sind die Folgen einer beständigen Abnahme des Erwerbspersonenpotenzials bei

gleichzeitig altersabhängig steigenden Leistungsausgaben bekannt: Steigende Beiträge, steigende Zusatzbeiträge und eine zunehmende Steuerfinanzierung. Die PKV setzt sich vor diesem Hintergrund weiter für eine neue Austarierung des Verhältnisses zwischen Umlage und Kapitaldeckung ein.

Das Gesetz sieht weiter vor, ein fachlich unabhängiges Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Das Institut, eine Stiftung des privaten Rechts, erhält über die bestehenden Aufgaben des heute tätigen AQUA-Instituts hinaus neue Aufgaben. An der Entwicklung der Arbeitsinhalte des Instituts wird der Verband der Privaten Krankenversicherung beteiligt. Die PKV finanziert das Institut durch die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall mit. Dies entspricht der Finanzierungsregelung für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das ebenfalls von der PKV mitfinanziert wird.

30 Jahre private Pflegeversicherung

2014 feierte die Pflegeversicherung ihren 30. Geburtstag und nicht, wie häufig vermutet, ihren zwanzigsten. Schon lange vor der Einführung der Pflegepflichtversicherung im Jahr 1994 gab es eine verlässliche Absicherung gegen das Pflegerisiko durch die Private Krankenversicherung. Als „Geburtsstunde“ der Pflegeversicherung muss das Jahr 1984 gelten. Mit der Verabschiedung und aufsichtsrechtlichen Genehmigung von Musterbedingungen zur Pflegeversicherung (MB/PV) hat die PKV schon im Jahr 1984 die freiwillige Pflegeversicherung als eigene von der Krankenversicherung unabhängige Versicherungslösung zur Abdeckung des Pflegerisikos ins Leben gerufen und damit den Grundstein zu den Pflegestufen und zum nach wie vor gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflegepflichtversicherung gelegt.

Heute stützt sich die Pflegeversicherung auf drei Säulen: Erstens auf die 1984 von der PKV eingeführte, freiwillige private Pflegeversicherung, zweitens auf die 1994 vom Gesetzgeber beschlossene, private und soziale Pflegepflichtversicherung sowie drittens auf die 2013 etablierte, steuerlich geförderte private Pflegezusatzversicherung. Alle drei Säulen der privaten Pflegeversicherung sind kapitalgedeckt und damit generationengerecht und nachhaltig finanziert. Damit helfen die Privatversicherten, die Folgen des demografischen Wandels für die Gesellschaft abzumildern.

Die PKV trägt mit ihrem jetzt 30-jährigen Engagement und vielen innovativen Ideen nachweislich zu einer besseren Pflege bei. Ihr Einsatz reicht von der aufsuchenden Pflegeberatung COMPASS über die Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und bei Pflegediensten und das in 2014 aufgelegte Präventionsprogramm „Älter werden in Balance“ bis zur unabhängigen gemeinnützigen Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“, die durch ihre wissenschaftlichen Arbeiten zu einer Verbesserung der Versorgungspraxis beiträgt (s. Seite 74ff.).

Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung

Die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Leistungsverbesserungen im Bereich der Pflegeversicherung setzt der Gesetzgeber in zwei Schritten um. Der erste Schritt wurde in 2014 angegangen mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz. Das Gesetz ist teilweise bereits ein Vorgriff auf die geplante Einführung des neuen

Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dieser soll noch in dieser Legislaturperiode als zweiter Schritt eingeführt werden.

Kern des ersten Pflegestärkungsgesetzes sind Leistungsverbesserungen für die Pflegeversicherten. Anders als in der Krankenversicherung sind in der Pflegeversicherung die Leistungen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung nach Art und Umfang gleichwertig. Dies bedeutet, dass auch Privatversicherte von den vorgesehenen Verbesserungen, darunter ein besserer Schlüssel für Betreuungskräfte in Pflegeheimen und Verbesserungen für Demenzkranke, profitieren. Die Privatversicherungen werden für die besseren Leistungen rund 70 Millionen Euro aufbringen.

Mit der Reform wurden alle Leistungsbeträge um 4 Prozent erhöht, um die Preisentwicklung über den gesetzlich vorgegebenen Zeitraum der letzten drei Jahre zu berücksichtigen (2,67 Prozent für die erst mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführten Leistungen). Allerdings muss berücksichtigt werden, dass durch die Leistungsverbesserungen in der Sozialen Pflegeversicherung die demografisch bedingten Finanzierungsprobleme verschärft werden.

0,1 Prozentpunkte des Beitrages der sozialen Pflegeversicherung fließen künftig in einen Pflegevorsorgefonds. Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens werden der Deutschen Bundesbank übertragen. Ab dem Jahr 2035 soll das Sondervermögen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) verwendet werden.

Mit den Regelungen zum Aufbau eines Vorsorgefonds wird der Bedarf an kapitalgedeckter Vorsorge bzw. das bestehende Defizit an Generationengerechtigkeit in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung anerkannt. Zu kritisieren ist der unzureichende Umfang der anzusparenden Mittel: Die gesetzliche Pflegeversicherung stellt mit 70 Millionen Versicherten pro Jahr ca. 1,2 Milliarden Euro für die zukünftigen demografiebedingten Mehrausgaben zurück. Zum Vergleich: Die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) mit ihren 9 Millionen Versicherten führt derzeit jährlich 1,5 Milliarden Euro ihrer Alterungsrückstellung zu. Mangels Eigentumsschutz wird sich der Fonds leider als genauso wenig zugriffssicher wie z. B. die Schwankungsreserve in der gesetzlichen Rentenversicherung erweisen. Die PKV plädiert dafür, Kapitaldeckung ausschließlich in privater Hand zu organisieren.

Um eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf realisieren zu können, wurde im Jahr 2014 ein weiteres Gesetz auf den Weg gebracht. Kern ist die Einführung eines Pflegeunterstützungsgeldes für eine Dauer von bis zu zehn Tagen als Lohnersatzleistung in Höhe von ca. 90 Prozent des Nettolohns. Die private Pflegeversicherung wird dafür etwa 2,8 Millionen Euro aufwenden.

Präventionsgesetz

Die Bundesregierung hat 2014 den Entwurf eines Präventionsgesetzes vorgelegt mit dem Ziel, alle Sozialversicherungsträger beim Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen einzubeziehen. Ausdrücklich erwähnt werden auch die Unternehmen der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung: Unter der Bedingung einer angemessenen finanziellen Beteiligung an Programmen und Projekten der geplanten Nationalen Präventionsstrategie erhält der PKV-Verband einen Sitz in der Nationalen Präventionskonferenz. Die Höhe der hierfür jährlich zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem

Betrag, den die Krankenkassen für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Zahl der Vollversicherten.

Der Gesetzentwurf stellt ausdrücklich fest, dass die mögliche Einbeziehung der PKV auf freiwilliger Basis erfolgt. Der PKV-Verband begrüßt dies, da eine erzwungene Finanzierung von gesetzlich definierten Präventionsleistungen ein Eingriff in geschlossene Verträge und damit rechtlich nicht zulässig wäre. Eine Zwangsbeteiligung der PKV-Unternehmen würde zudem eine unzulässige Sonderabgabe darstellen, die gegen die Finanzverfassung des Bundes verstieße und zugleich die betroffenen Unternehmen in ihrer Berufsfreiheit und dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz verletzen würde. Insofern steht die vorgeschlagene gesetzliche Regelung im Einklang mit dem 2013 vom BMG beauftragten Gutachten von Prof. Gregor Thüsing „Prävention und Gesundheitsförderung im bundesstaatlichen Kompetenzgefüge“.

Die PKV steht einer Beteiligung an der Nationalen Präventionskonferenz skeptisch gegenüber: Primärprävention ist, anders als Sekundär- und Tertiärprävention, keine Aufgabe der Krankenversicherung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der Maßnahmen kollektiv wirken sollen und nicht individuell zurechenbar sind. Die Primärprävention ist weder von den gesetzlichen Krankenkassen noch von der Privaten Krankenversicherung, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe am besten über das Steuersystem zu leisten. In Anerkennung der weit verbreiteten gesellschaftspolitischen Erwartung, der zufolge Krankenversicherungen auch Maßnahmen der Primärprävention unterstützen sollten, und im Rahmen des aufsichtsrechtlich Erlaubten engagiert sich die PKV bereits seit mehreren Jahren freiwillig auf bedeutenden Feldern der Primärprävention.

Mit 50 Millionen Euro im Zeitraum von 2009 bis 2013 hat die PKV die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführte Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ zur Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen finanziert. Der Vertrag für die Fortführung der Kampagne um weitere fünf Jahre wurde bereits im Herbst 2013 von BZgA und PKV unterzeichnet. Seit 2005 finanziert die PKV die Kampagne „Mach's mit – Gib AIDS keine Chance“ der BZgA. Bis zur nächsten Vertragsverlängerung im Jahr 2015 wird die PKV in diesem Bereich insgesamt mehr als 38 Millionen Euro investiert haben. Die PKV hat die Deutsche AIDS-Stiftung im Jahr 1987 mit gegründet und gehört seitdem zu ihren Großförderern. Allein von 2005 bis heute wurden die Stiftung und Projekte mit rund 2,5 Millionen Euro gefördert. Sowohl die AIDS- als auch die Jugendalkoholismus-Präventionskampagnen sind in ihrer Wirkung positiv evaluiert.

Seit 2014 finanziert die PKV darüber hinaus das neue Programm „Älter werden in Balance“ der BZgA mit jährlich zwei Millionen Euro. Das Programm soll durch die Förderung körperlicher Bewegung, geistiger Aktivität und sozialer Teilhabe dazu beitragen, dass Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann.

Erweiterung des Tarifwechselrechts

Wahlfreiheit und individueller Versicherungsschutz gehören zu den großen Vorteilen der Privaten Krankenversicherung. Das Tarifwechselrecht der PKV gemäß § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gewährt den Versicherten Alternativen in jeder Lebenslage. Mit ihren neuen Leitlinien für einen transparenten und

kundenfreundlichen Tarifwechsel hat die Private Krankenversicherung 2014 eine Erweiterung des Services für ihre Versicherten auf den Weg gebracht.

In ihren neuen Tarifwechselleitlinien hat die PKV die Rechte der Versicherten erstmals zusammengefasst und konkretisiert. Die den Leitlinien beigetretenen Unternehmen garantieren ihren Versicherten nicht nur eine persönliche sowie bedarfsgerechte und kostenlose Beratung, sondern gehen zugleich substantiell über das geltende Recht hinaus. Für höchstmögliche Transparenz und Objektivität verpflichten sich die Unternehmen, ihren Versicherten künftig das gesamte Spektrum an möglichen Zieltarifen aufzuzeigen oder Tarife im Kundeninteresse auszuwählen und die Auswahlkriterien von Wirtschaftsprüfern testieren zu lassen.

Überdies verpflichten sich die teilnehmenden Versicherer, bei Prämien erhöhungen den Versicherten bereits ab dem 55. Lebensjahr (also fünf Jahre früher als nach den gesetzlichen Vorgaben) automatisch konkrete Tarifalternativen mit dem Ziel der Beitragsreduzierung zu nennen. Zugleich verpflichten sie sich, sämtliche Tarifwechsel-Anfragen innerhalb von 15 Arbeitstagen zu beantworten.

Die Leitlinien sind auf der Internetseite des PKV-Verbandes veröffentlicht worden. Schon zum Startzeitpunkt haben sich Unternehmen mit einem Marktanteil von 82 Prozent verpflichtet, die Leitlinien in ihren Häusern umzusetzen. Weitere Unternehmen haben ihren Beitritt angekündigt.

Bis zur vollen Umsetzung der über das geltende Recht hinausgehenden Elemente der Leitlinien ist ein zeitlicher Vorlauf vorgesehen, weil insbesondere der Aufbau eines von extern überprüfbareren Tarif-Auswahlsystems umfangreiche Veränderungen in der Unternehmens-EDV und der internen Organisation erforderlich macht. Spätestens 2016 werden die Leitlinien in vollem Umfang von allen teilnehmenden Unternehmen umgesetzt. Das geltende Tarifwechselrecht gemäß § 204 VVG ist davon selbstverständlich unberührt: Es ist für alle PKV-Versicherten unabhängig von den darüber hinausgehenden Selbstverpflichtungen der Leitlinien schon heute ein wichtiges Verbraucherrecht.

Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die Bundesärztekammer (BÄK) und der PKV-Verband haben Ende 2013 eine Rahmenvereinbarung zu einer umfassenden Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unterzeichnet. 2014 folgte unter Einsatz erheblicher personeller und finanzieller Ressourcen ein Jahr intensiver Gespräche (s. Seite 47).

Mit der Novellierung der GOÄ soll eine moderne, betriebswirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung geschaffen werden, in der Unschärfen der bisherigen Fassung beseitigt werden. Die ärztliche Abrechnung soll vereinfacht und entbürokratisiert werden. Ein zentrales Ziel ist mehr Transparenz für Ärzte, Versicherte und Kostenträger. Spezifische Mechanismen sollen zukünftig dazu beitragen, dass problematische Ausgabenentwicklungen vermieden werden können. Mit der Gründung einer gemeinsamen Kommission soll zudem sichergestellt werden, dass medizinische Innovationen zeitnah in der GOÄ abgebildet werden können.

Die PKV ist zuversichtlich, dass in konstruktiver Kooperation mit der Ärzteschaft ein gemeinsamer Vorschlag zur Novellierung der GOÄ konsentiert werden kann. Der Vorschlag soll 2015 dem federführenden Bundesgesundheitsministerium vorgelegt werden.

Betriebliche Krankenversicherung

Die betriebliche Krankenversicherung (bKV) erfreut sich immer größerer Beliebtheit. Viele Unternehmen zählen dieses Angebot einer zusätzlichen Gesundheitsvorsorge zu den wichtigsten Zusatzleistungen für ihre Angestellten. Damit ist die betriebliche Krankenversicherung ein gutes Instrument zur Bindung und Motivation von qualifizierten Arbeitskräften, dessen Bedeutung angesichts des Fachkräftemangels noch stark zunehmen wird, zumal im demografischen Wandel. Denn auch den Arbeitnehmern ist diese Form der Absicherung gegen Krankheitsrisiken oft wichtiger als andere Zusatzleistungen des Arbeitgebers wie etwa Tickets für den Personennahverkehr.

Bis Ende 2013 ist die bKV aus guten Gründen steuer- und abgabenrechtlich gefördert worden: Die Gewährung von Kranken- und Pflegeversicherungsschutz durch den Arbeitgeber galt als Sachlohn, wenn der Arbeitnehmer nach dem Arbeitsvertrag nur den Versicherungsschutz und nicht die Auszahlung einer entsprechenden Prämie verlangen konnte. Die entsprechenden Urteile des Bundesfinanzhofes (BFH) wurden im Bundessteuerblatt veröffentlicht und als allgemein anerkannt qualifiziert. Es erfolgte eine Aufnahme der Leitsätze in die amtlichen Hinweise zu den Lohnsteuerrichtlinien 2012. Infolge dieser Rechtsprechung galt die 44 Euro-Freigrenze (§ 8 Abs. 2 S. 9 EStG) und die Möglichkeit zur Pauschalierung der Lohnsteuer (§ 37b EStG).

Diese Rechtslage hat ein Schreiben des Bundesfinanzministeriums (BMF) vom 10. Oktober 2013 gekippt, demzufolge der vom Arbeitgeber gewährte Kranken- und Pflegeversicherungsschutz als Barlohn zu werten sei und Beiträge zum Kranken- und Pflegeversicherungsschutz nun mit der Lohnabrechnung der Arbeitnehmer voll versteuert werden müssen. Zudem fallen Abgaben für die Sozialversicherung an.

Diese neue Rechtsauffassung des BMF bedeutet eine Abkehr von der Rechtsprechung des BFH und der bisherigen Verwaltungsauffassung und damit eine Abgaben- und Steuererhöhung. Es ist zugleich ein Eingriff in die Planung derjenigen Betriebe, die sich gerade unter dem Gesichtspunkt der Steuer- und Beitragsfreiheit für ein Angebot der betrieblichen Krankenversicherung entschieden hatten. Die bKV ist damit teurer geworden.

Obwohl selbst die Spitzenverbände der Wirtschaft, die sogenannte „Achterrunde“, sich gegen die neue Rechtsauffassung ausgesprochen haben, sind derzeit Änderungen nicht absehbar. Es wäre wünschenswert, wenn für die betriebliche Krankenversicherung eine der betrieblichen Altersvorsorge vergleichbare Regelung geschaffen werden könnte, um die Vorsorgebeiträge in einem definierten Rahmen lohnsteuer- und abgabenfrei zu stellen. Dies würde dieses sinnvolle Instrument, von dem alle Arbeitnehmer und Arbeitgeber profitieren, attraktiver machen.

Unabhängige Patientenberatung (UPD)

Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) ist auch eine Stärkung der Unabhängigen Patientenberatung nach § 65b SGB V beschlossen worden. Ab 2016 wird die GKV-Förderlaufzeit von fünf auf sieben Jahre verlängert und die GKV-Fördersumme von 5,2 Millionen auf 9 Millionen Euro pro Jahr erhöht. Zudem ist die Rolle des Patientenbeauftragten dadurch gestärkt

worden, dass er in das GKV-Vergabeverfahren eingebunden wird und künftig den UPD-Beirat leitet.

Der PKV-Verband beteiligt sich seit 2011, seitdem die UPD als GKV-Regelleistung gesetzlich verankert wurde, entsprechend dem eigenen Versichertenanteil freiwillig an der Finanzierung der UPD und ermöglicht das eigenständige Projekt der muttersprachlichen Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund. 2013 ist der PKV-Fördervertrag verlängert worden. Der neue Vertrag gilt verbindlich für zwei Jahre (2014 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, wovon ausgegangen wird.

Der PKV-Verband ist bereit, sich weiterhin anteilig an der UPD-Förderung zu beteiligen, unter der Maßgabe der Freiwilligkeit, der Beiratszugehörigkeit und der Unabhängigkeit des von der PKV finanzierten UPD-Moduls. Im Rahmen einer Beteiligungsvereinbarung zwischen dem PKV-Verband und dem GKV-Spitzenverband ist 2014 zudem festgelegt worden, dass künftig die Laufzeiten des PKV- und des GKV-Fördervertrages angepasst werden. Auch ist sichergestellt worden, dass das von der PKV finanzierte UPD-Beratungsmodul in seiner Neuausrichtung in das Gesamtkonzept der künftigen UPD-Beratung integriert wird. Die PKV-Finanzmittel sollen künftig zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz schwer erreichbarer Zielgruppen (Health Literacy), für eine muttersprachliche Beratung in türkischer und russischer Sprache sowie für eine kultursensible Fortbildung der Beraterinnen und Berater verwendet werden.

Internationale Kontakte

Wenn es um den Aufbau oder die Weiterentwicklung eines effektiven Gesundheitssystems in anderen Ländern geht, hat das deutsche System aus Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung nach wie vor Vorbildcharakter. Das zeigt nicht zuletzt das hohe Interesse, das der Arbeit des Verbandes der Privaten Krankenversicherung aus dem Ausland entgegen gebracht wird. So informierten sich 2014 Delegationen aus den USA, Russland, Frankreich, Israel, Vietnam, Japan und der Slowakei über die Vorteile eines dualen Gesundheitssystems, die Erfahrungen mit Pflegezusatzversicherungen oder das Schlichtungsverfahren durch den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Die Delegationen kamen dabei unter anderem aus Ministerien, Verbänden oder Versicherungsunternehmen.

Auf besonderes Interesse stoßen in jüngster Zeit vor allem die Erfahrungen rund um die Einführung der geförderten Pflegezusatzversicherung. So gibt es etwa in Japan, das von einer vergleichbar starken Alterung der Gesellschaft betroffen ist wie Deutschland, Bestrebungen, ein vergleichbares Versicherungsangebot einzuführen. Ein ähnliches Interesse zeigte der amerikanische Lobbyverband „Amerikanische Vereinigung der Ruheständler“ (AARP), da Pflegeversicherungsprodukte in den USA noch immer ein Nischendasein führen.

Der Französische Rechnungshof hingegen wollte vor allem Details zur Kostenentwicklung im deutschen Gesundheitswesen im Allgemeinen und in der Gesetzlichen wie Privaten Krankenversicherung im Besonderen erfahren.

Die hochrangigste Delegation, die in jüngster Zeit das Berliner PKV-Büro besuchte, kam vom russischen Sozialversicherungsverband, der mit Vertretern mehrerer Ministerien anreiste. Im Beisein von Vertretern der Patienten- und Behindertenbeauftragten der Bundesregierung informierte sich die Delegation

über den Aufbau und die Erfahrungen mit der PKV-Schlichtungsstelle. Der deutsch-russische Workshop Anfang Dezember endete mit einem „Memorandum of Understanding“ über die Zusammenarbeit bei der Etablierung eines Ombudsmannes in Russland.

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 voranbringen kann. Doch an der einen oder anderen Stelle sind auch gesetzliche Weichenstellungen erforderlich.

Zum Beispiel bei der Beitragsanpassung. Die Regelungen des geltenden Rechts führen zu Beitragsanpassungen, die häufig erst sehr spät und dann aber deutlich ausfallen müssen. Dies verschärft sich in der derzeitigen Kapitalmarktsituation mit niedrigen Zinsen. Unregelmäßige Beitragssprünge sind nicht im Interesse der Versicherten. Durch eine Änderung der Beitragsanpassungsregelungen könnte mehr Stetigkeit für die Versicherten erreicht werden.

Ein zweites Beispiel ist die Öffnung des Standardtarifs. Gerade die PKV als System der Eigenverantwortung muss Alternativen für Menschen anbieten, die von der Beitragshöhe überfordert, aber nicht hilfebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches sind. Dazu hat die PKV – neben dem Tarifwechselrecht und individuellen vertraglichen Vereinbarungen – das Instrument des Standardtarifs. Der Standardtarif ist ein PKV-systemkompatibler und funktionierender Auffangtarif für langjährig Versicherte, die entsprechende Alterungsrückstellungen mitbringen und damit eine in der Regel deutliche Beitragssenkung erzielen. Der Basistarif hingegen ist ein Sozialtarif für Hilfebedürftige nach dem Sozialgesetzbuch, denen er Krankenvollversicherungsschutz auf GKV-Niveau ohne eigene Beitragslast bietet.

Beide Tarife ergänzen sich somit in ihrer spezifischen Lösungskompetenz für soziale Probleme. Allerdings ist der Standardtarif durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Inkrafttreten des Basistarifs für Versichertenzugänge seit dem 1. Januar 2009 geschlossen worden. Der Standardtarif sollte auch für diese Versicherten wieder geöffnet werden, damit sie auch als nicht Hilfebedürftige ihre Beitragslast spürbar reduzieren können.

Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland generiert Wettbewerb um stabile Finanzen, hohe Leistungs- und Qualitätsstandards sowie um innovative Ideen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für das im internationalen Vergleich sehr hohe Niveau der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Der Systemwettbewerb zeigt Strahlkraft bis in die aktuelle Gesetzgebung hinein. Mit der Einführung des Pflege-Vorsorgefonds in der sozialen Pflegeversicherung findet das Kapitaldeckungsprinzip der PKV, also die Einsicht, dass es ohne Vorsorge und Rücklagen im demografischen Wandel nicht geht, implizit Anerkennung. Der Ende 2014 eingebrachte Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes zeigt sich in vieler Hinsicht als deutlich vom Systemwettbewerb beeinflusst. So sollen durch die Einrichtung von Terminservicestellen Wartezeiten gesetzlich Versicherter auf einen Arzttermin verkürzt werden. Zudem wird ein Zweitmeinungsverfahren bei bestimmten planbaren Leistungen eingeführt. Kurze Wartezeiten und Zweitmeinungen ohne Begrenzung auf spezifische Leistungsarten sind zentrale Elemente des PKV-Schutzes.

Der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV stärkt das deutsche Gesundheitswesen. In keinem anderen Land der Welt gibt es beim Krankenversicherungsschutz ein derartig hohes Leistungsniveau und zugleich echte Wahlmöglichkeiten wie im deutschen dualen System. Solange es Versicherte mit Wahlfreiheit zwischen den Systemen gibt, stehen diese unter dem positiven Druck, an ihren Mängeln zu arbeiten und ihre Stärken auszubauen. Der Systemwettbewerb erfüllt eine permanente wechselseitige Korrekturfunktion. Davon profitieren am Ende alle Versicherten, ob PKV- oder GKV-versichert.

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. Dazu bediente sie sich auch im vergangenen Jahr unterschiedlicher Instrumente. Diese reichten von der Versendung klassischer Pressemitteilungen – zum Teil mit ergänzenden Audio- und Video-Dateien – über die Nutzung von Online-Kanälen wie Twitter, den PKV-Newsletter oder die Video-Plattform YouTube bis hin zur Organisation von Pressekonferenzen und anderen Veranstaltungen. Eine zentrale Rolle für die Öffentlichkeitsarbeit spielten darüber hinaus zahlreiche Informationsgespräche mit Journalisten und anderen PKV-Interessierten, die in vielen Fällen zur Veröffentlichung branchenrelevanter Themen in überregionalen Medien und Nachrichtenagenturen führten. Daneben beantwortete die Pressestelle im Jahr 2014 mehrere tausend Telefon- und Mailanfragen.

Parallel dazu erweiterte die Pressestelle ihre Kommunikationskanäle vor allem im Online-Bereich, um die Öffentlichkeit noch schneller und zielgerichteter zu erreichen.

Dazu zählt vor allem der Neustart der Verbands-Internetseite „www.pkv.de“. Das Layout wurde komplett umgestaltet und die Funktionen auf den neuesten technischen Stand gebracht. Dazu gehört die Anpassung für alle gängigen PC-, Tablet- und Smartphone-Formate, die Anbindung an die sozialen Medien Twitter und YouTube sowie die Barrierefreiheit z. B. für Sehbehinderte. Im Normalbetrieb pendelte sich die Zahl der Besucher zum Jahresende auf rund 35.000 Besucher mit etwa 90.000 Seitenaufrufen pro Monat ein. Durch gezielte Online-Werbeaktionen im Rahmen der PKV-Informationskampagnen werden zeitweilig noch deutlich mehr Menschen erreicht. So nutzten etwa im März 2014 fast 127.000 Besucher mit mehr als 205.000 Seitenaufrufen das Informationsangebot von „www.pkv.de“. Insgesamt besuchten die Internetseite im Jahr 2014 mehr als eine halbe Million Menschen.

Darüber hinaus startete der PKV-Verband gemeinsam mit seinen Tochterunternehmen Compass und Medicproof 2014 ein Pflegeberatungsportal im Internet („www.pflegeberatung.de“). Das Portal soll dem vermehrten Informationsbedarf zum Thema Pflegebedürftigkeit begegnen, der durch die stark steigende Zahl älterer Menschen in unserer Gesellschaft entsteht. Dabei verfolgt das Pflegeportal zwei Ansätze: Zum einen bietet es Hilfen für Betroffene, die erstmals mit einem Pflegefall konfrontiert sind. Zum anderen begleitet es pflegende Angehörige bei ihrer Aufgabe mit Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen und mit Experten.

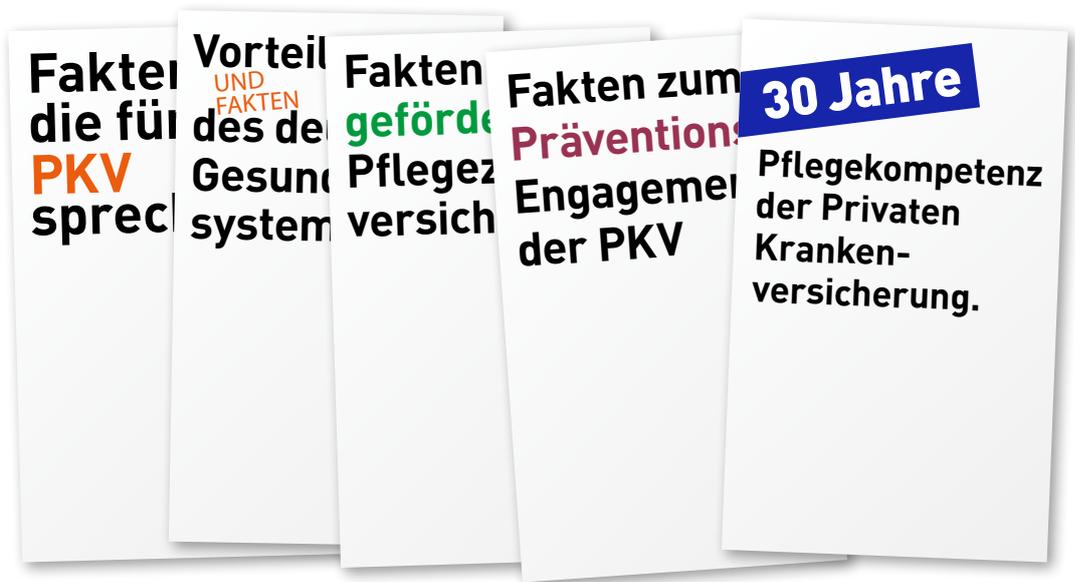
Modernisiert und erweitert wurde zudem das Portal „www.derprivatpatient.de“, das sich in erster Linie mit Serviceangeboten und nutzerfreundlichen Such-

funktionen direkt an Privatversicherte wendet. Unter anderem gibt es zusätzliche Klinik-Informationen zu den Qualitätspartnern des PKV-Verbandes sowie ein neues Informationsangebot zum Thema Organspende.

Stark ausgebaut wurde im vergangenen Jahr das Angebot an Videos, die in einer Mediathek auf „www.pkv.de“ oder auf einer PKV-Plattform bei YouTube angesehen und heruntergeladen werden können. Dazu zählen ein Informationsfilm zu Pflegekompetenz der PKV sowie Grafik-Videos zur Beitragskalkulation und -entwicklung. Durch gezielte Optimierung für Internet-Suchmaschinen wurden die Reichweiten deutlich gesteigert. So konnten etwa mehr als 83.000 Aufrufe des Informationsfilms zur geförderten Pflegezusatzversicherung allein auf YouTube erzielt werden. Insgesamt wurden die PKV-Filme auf dem Video-Portal über 126.000-mal aufgerufen.

Überdies besteht nun auch die Möglichkeit, PKV-Veranstaltungen per Livestream auf der eigenen Internetseite zu zeigen. Genutzt wurde die Live-Übertragung bei der PKV-Mitgliederversammlung sowie beim „Kompetenztag Pflege“ des PKV-Verbandes in Berlin.

Die Angebotspalette von Informationsbroschüren wurde aktualisiert und weiter ausgebaut. Sehr gut bewährt hat sich dabei das im Vorjahr eingeführte Kurzbroschüren-Format (Flyer). Daher wurden die Themen „30 Jahre Pflegekompetenz der Privaten Krankenversicherung“ und „Fakten zum Präventions-Engagement der PKV“ in zwei neuen Flyern aufbereitet.



Zentrale Themen der Verbandskommunikation 2014

Pflegekompetenz der PKV

Im Jahr 2014 war die Pflegekompetenz der Privaten Krankenversicherung ein zentrales Thema der Verbandskommunikation. Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland steigt und damit auch die Wahrscheinlichkeit, im Alter pflegebedürftig zu werden. Das ist eine Entwicklung von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung, denn die Folgen des demografischen Wandels stellen die sozialen Sicherungssysteme wie die Pflegeversicherung vor große Herausforderungen. Die Private Krankenversicherung übernimmt im Bereich der Pflege gesellschaftliche Verantwortung und steht den Betroffenen mit ihrer

Pflegekompetenz partnerschaftlich zur Seite: In der Vorsorge, mit generationengerechten kapitalgedeckten Pflegeversicherungen, und in der Versorgung, als Garant für qualitativ hochwertige Beratung und Betreuung. Diese vielseitige Kompetenz sollte entsprechend herausgestellt werden.

Unter dem Motto: „Wir machen Pflege besser – für alle“ startete der PKV-Verband 2014 eine Informationskampagne zur Pflegekompetenz der Privaten Krankenversicherung. Mit Anzeigenschaltungen in Publikums- und Fachmedien sowie mit Plakatmotiven in Berlin und auf mehreren Flughäfen wurde auf die Expertise der PKV im Pflegebereich hingewiesen.



Viel Beachtung fand auch eine Fachtagung in Berlin zum Thema Qualität in der Pflege. Der „Kompetenztag Pflege“ wurde gemeinsam mit den PKV-Tochterunternehmen Compass und Medicproof sowie mit der PKV-Abteilung für die Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen und der gemeinnützigen Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) organisiert und live im Internet übertragen.

Mit einer Sonderaktion wies der Verband auf ein besonderes Jubiläum hin: Bereits vor 30 Jahren hat die PKV die freiwillige Pflegeversicherung als Vorsorgelösung ins Leben gerufen. Damit ist die Private Pflegeversicherung 10 Jahre älter als die Soziale Pflegeversicherung, deren Einführung der Gesetzgeber 1994 beschlossen hat. Zu diesem Anlass wurde eine Kurzbroschüre zum Thema produziert und zusammen mit einem kleinen Gugelhupf-Geburtstagskuchen an alle Bundestags-, Landtags- und Europa-Abgeordneten sowie an Medienvertreter versandt.

Der PKV-Verband engagiert sich für eine möglichst breite Information der Öffentlichkeit über das Angebot der 2013 eingeführten staatlich geförderten privaten Pflegezusatzversicherung. Dazu zählte eine Sonderausgabe von „FOCUS-Money“ mit Informationen über die geförderte Pflegezusatzversicherung inklusive eines Interviews mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Die Sonderausgabe wurde der Auflage von „FOCUS-Money“ beigelegt, den Versicherungsunternehmen als Sonderdruck zur Verfügung gestellt sowie in

den ICE-Zügen der Bahn ausgehängt. Zudem wurde ein Fernsehspot zu diesem Thema produziert und im Nachrichtensender „N24“ regelmäßig ausgestrahlt. In den Medien fand die geförderte Pflegezusatzversicherung vor allem im März große Aufmerksamkeit, als die Schwelle von 400.000 Versicherten überstiegen wurde. Unter anderem berichteten die Nachrichtenagentur DPA, die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ und das „Handelsblatt“ ausführlich.

Tarifwechsel-Leitfaden und weitere Verbraucherthemen

Damit die Privatversicherten jederzeit die für sie beste Tarifoption finden und auswählen können, hat die Branche einen Leitfaden zum unternehmensinternen Tarifwechsel erarbeitet. Dieser erläutert und konkretisiert nicht nur die geltende Rechtslage, sondern geht auch deutlich über das gesetzliche Tarifwechselrecht hinaus. Spätestens 2016 wird der Leitfaden in vollem Umfang von allen teilnehmenden Unternehmen umgesetzt. Die Veröffentlichung des Leitfadens wurde von der Abteilung Kommunikation aktiv begleitet. Die Redaktion der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ platzierte das Thema Tarifwechsel-Leitfaden sogar als Seitenaufmacher auf ihrer Titelseite. Auch andere Leitmedien berichteten ausführlich, darunter die „Süddeutsche Zeitung“, „Die Welt“ und „Spiegel-Online“.

Zum Schutz der Verbraucher vor unseriösen oder gar betrügerischen Werbeangeboten geht der Verband sowohl juristisch als auch in der Öffentlichkeitsarbeit offensiv gegen irreführende Billigwerbung vor, die den falschen Eindruck erweckt, PKV-Vollversicherungstarife seien schon für 59 Euro im Monat erhältlich (s. Seite 94 f.). Recherchen sowohl des PKV-Verbandes als auch der Zeitschrift „Finanztest“ ergaben, dass sich hinter diesen Werbungen in keinem Fall konkrete Versicherungsangebote zeigten, sondern dass sie offenbar Lockvogel-Funktionen für Adressenhändler oder sogenannte Abo-Fallen erfüllen sollten. Die Zeitschrift der Stiftung Warentest sowie zahlreiche andere Medien griffen die entsprechenden Warnungen der PKV auf.

Auch gegen unerwünschte Werbeanrufe, die von Anrufern vorgeblich im Namen der PKV erfolgten, ging der Verband offensiv vor. Seine Warnung und Aufforderung, derartige Anrufe bei den zuständigen Datenschutzbehörden anzuzeigen, wurde unter anderem in der „Süddeutschen Zeitung“ und vielen anderen Medien veröffentlicht.

Betriebliche Krankenversicherung

Ein wichtiges Thema des vergangenen Jahres war die steuerliche Behandlung von Beiträgen zu betrieblichen Krankenversicherungen. Die Beiträge dazu konnten Arbeitgeber früher als sogenannte Sachwertbezüge bis zur Höhe von 44 Euro pro Monat steuerfrei zum Gehalt zahlen. Nach den aktuellen Richtlinien des Finanzministeriums sind sie nun jedoch lohnsteuerpflichtig. Der Bundesrat wollte diese Besteuerung 2014 durch eine gesetzliche Regelung zementieren. Die Argumente des PKV-Verbandes gegen die geplante Gesetzesänderung wurden von der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ und weiteren Medien ausführlich aufgegriffen. Mit einer Fachveranstaltung im Berliner Haus der Arbeitgeberverbände informierte der PKV-Verband über die Vorteile der betrieblichen Krankenversicherung und insbesondere über ihre Bedeutung für Unternehmen bei der Suche und Bindung von Mitarbeitern in Zeiten des Fachkräftemangels. Die Ergebnisse der Fachveranstaltung wurden zudem auf einer Sonderseite im Berliner „Tagesspiegel“ zusammengefasst. Eine repräsentative Meinungsumfrage zum Interesse der Arbeitnehmer an einer betrieblichen Krankenversicherung ergänzte die Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema und wurde ebenfalls in

mehreren Medien zitiert. Die geplante gesetzliche Zementierung kam letztlich nicht zustande, die Richtlinien des Finanzministeriums haben jedoch nach wie vor Bestand.

Weitere Themen

Das freiwillige Präventionsengagement der Privaten Krankenversicherung wurde im vergangenen Jahr mit unterschiedlichen Maßnahmen weiter bekannt gemacht. Im Vordergrund stand dabei 2014 das vom PKV-Verband ermöglichte neue Projekt zur Prävention von Pflegebedürftigkeit, das die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter dem Titel „Älter werden in Balance“ entwickelt hat. Zum Start des Projekts verbreitete der Verband entsprechendes Informationsmaterial.

Zum Welt-AIDS-Tag versendet der PKV-Verband traditionell kleine AIDS-Schleifen an Politiker und Journalisten, um auf sein langjähriges Engagement in diesem Bereich aufmerksam zu machen. Große Beachtung fand auch eine vom PKV-Verband in Auftrag gegebene Meinungsumfrage des Ärzte-Netzwerks Hippokratnet, die zeigte, dass auch große Teile der Ärzte sich zu HIV und AIDS nicht ausreichend fortgebildet fühlen und Angst davor haben, sich im Berufsalltag zu infizieren. Die Ergebnisse der Umfrage wurden unter anderem von der „Bild“, der „Welt“ und der Nachrichtenagentur dpa veröffentlicht.

Der Abschluss von Qualitätspartnerschaften des PKV-Verbandes mit zahlreichen Krankenhausbetreibern in ganz Deutschland wurde auch 2014 von der Abteilung Kommunikation öffentlichkeitswirksam unterstützt. Dazu gehörte die Produktion eines 60-sekündigen Fernseh-Spots für den Nachrichtensender „N24“, der im Schnitt mehr als 100.000-mal pro Ausstrahlung gesehen wurde.

PKV-Infostand

Der PKV-Verband war auch im vergangenen Jahr mit seinem Informationsstand auf den Bundesparteitagen von CDU, CSU, SPD, FDP und Grünen vertreten. Der PKV-Stand mit seinem Angebot alkoholfreier Fruchtcocktails ist dabei regelmäßig eine gefragte Anlaufstelle für Politiker, Journalisten und Vertreter anderer



Bundeskanzlerin Angela Merkel und PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach am PKV-Infostand.

Institutionen. Um die Aufmerksamkeit des Publikums noch stärker auf das wichtige Thema Pflegekompetenz der PKV zu lenken, war der Stand auf einigen Veranstaltungen im Design der PKV-Pflegekampagne gestaltet. Darüber hinaus werden bei zahlreichen Veranstaltungen von Landesverbänden und Parteigliederungen aktuelle Informationsmaterialien des PKV-Verbandes verteilt.

Telefonaktionen

Im Jahr 2014 hat der PKV-Verband die Zahl der Leser-Telefonaktionen, die mit Unterstützung der Mitgliedsunternehmen durchgeführt werden, weiter ausbauen können. Bei 21 dieser Aktionen konnten Leser Fragen zur Privaten Krankenversicherung stellen, die von Experten aus der Branche beantwortet wurden. Im Anschluss an die Telefonaktionen berichteten die Zeitungen über die wichtigsten Fragen, die Antworten der Experten und allgemeine Themen zur PKV.

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.

Die Pressestellen der Mitgliedsunternehmen erhielten auch 2014 bei zahlreichen aktuellen Anlässen zeitnah Informationen, Lageeinschätzungen und Argumentationshilfen des Verbandes. Die alljährliche Fachtagung mit den Pressesprechern der Mitgliedsunternehmen fand im September in Köln statt. Ergänzt wurde sie durch ein Sondertreffen im Februar zur Weiterentwicklung der PKV-Anzeigenwerbung.

Sponsoring

Der PKV-Verband unterstützte als Sponsor auch 2014 den Bundestagslauf in Berlin, an dem jedes Jahr mehrere hundert Teilnehmer aus Bundestag, Parteien, Verbänden und Botschaften mitwirken.

Mit Blick auf die aktuelle Pflegekampagne unterstützte der Verband 2014 den bundesweiten studentischen Ideen- und Gründerwettbewerb „Generation-D“ durch Stiftung eines Sonderpreises „Innovation in der Pflege“.

Mehrere Sponsoring-Aktionen insbesondere in Zusammenarbeit mit politischen Organisationen und Initiativen weisen auf das Präventions-Engagement des Verbandes gegen HIV/Aids sowie gegen Alkoholmissbrauch von Kindern hin.

2.3 Präventions-Engagement der PKV

Die Private Krankenversicherung bejaht den Präventionsgedanken. Sind Präventionsmaßnahmen erfolgreich, kann eine längere Zeit des Lebens in Gesundheit und mit einer verbesserten Lebensqualität verbracht werden. Davon profitieren Versicherte wie Gesundheitskostenträger, aber auch Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger durch weniger Fehlzeiten, Rehabilitationskosten oder Erwerbsminderungsrenten.

Primärprävention dient der Vermeidung von Erkrankungen. Sie wendet sich an Gesunde, an Risikogruppen, an Personen ohne Krankheitssymptome. Primärprävention beinhaltet z. B. Kampagnen zur Aufklärung über Gesundheitsgefahren, Maßnahmen zum Erlernen eines gesunden Lebensstils bzw. zur Motivation erwachsener Menschen, ihr Verhalten zu ändern.

Somit ist Primärprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der Maßnahmen kollektiv wirken sollen und nicht individuell zurechenbar sind. Daher ist die Finanzierung von Primärprävention weder von den gesetzlichen Krankenkassen noch von der Privaten Krankenversicherung zu leisten, sondern primär als gesamtgesellschaftliche Aufgabe über die staatlichen Steuereinnahmen zu finanzieren.

In Anerkennung der weit verbreiteten gesellschaftspolitischen Erwartung, der zufolge Krankenversicherungen Maßnahmen der Primärprävention unterstützen sollten, und im Rahmen des aufsichtsrechtlich Erlaubten engagiert sich die PKV bereits seit mehreren Jahren freiwillig auf bedeutenden Feldern der Primärprävention.

Seit 2009 hat die PKV 50 Millionen Euro für die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführte Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ zur Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen aufgewendet. Der Vertrag für die Fortführung der Kampagne um weitere fünf Jahre wurde bereits im Herbst 2013 von BZgA und PKV unterzeichnet.

Seit 2005 finanziert die PKV die Kampagne „Mach's mit – Gib AIDS keine Chance“ der BZgA mit. Bis zur nächsten vorgesehenen Vertragsverlängerung im Jahr 2015 wird die PKV in diesem Bereich insgesamt rund 40 Millionen Euro investiert haben.

Die PKV war 1987 Mitgründer der heutigen Deutschen AIDS-Stiftung. Als deren Großförderer wurden die Stiftung sowie Projekte der AIDS-Hilfen allein seit 2005 mit 2,5 Millionen Euro gefördert.

2014 hat der PKV-Verband sein Engagement auf ein weiteres Präventionsziel ausgeweitet: Angesichts der allgemeinen Alterung unserer Gesellschaft wollen wir mithelfen, Pflegebedürftigkeit bei möglichst vielen Menschen hinauszuschieben oder sogar ganz zu vermeiden. Seit 2014 finanziert die PKV daher das neue Programm „Älter werden in Balance“ der BZgA für zunächst 5 Jahre bis 2018 mit mehr als 10 Millionen Euro.

Insgesamt hat der PKV-Verband 2014 13,5 Millionen Euro freiwillig für Leistungen der Primärprävention aufgewendet:

- Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ 8,0 Millionen Euro
- Kampagne „Mach's mit – Gib AIDS keine Chance“ 3,2 Millionen Euro
- 0,3 Millionen Euro
- Programm „Älter werden in Balance“ 2,0 Millionen Euro

Zentral für das Engagement der Privaten Krankenversicherung ist die gezielte Fokussierung konzeptionell klar definierter und Erfolg versprechender Kampagnen und Projekte, die hinsichtlich des Nutzens, der Effizienz und der Bedeutsamkeit überzeugen. Deshalb werden alle geförderten Kampagnen standardmäßig durch Evaluierungsmaßnahmen begleitet.

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

Eine HIV-Infektion 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 Virus und die Weitergabe der Infektionskrankheit zu verhindern.

Der Anteil der HIV-Infizierten ist unter den PKV-Versicherten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung etwas höher. Auch die mit 984 Fällen sehr hohe Zahl neu registrierter Fälle im Jahr 2013 unter den Privatversicherten (in den neun Jahren davor schwankte die Zahl stets zwischen 650 und 750 Fällen) macht deutlich, wie sinnvoll die Fortführung des PKV-Engagements hier ist.

Der Schwerpunkt des Engagements gegen HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten lag seitens der PKV auch 2014 in der Förderung der „Mach's mit“-Kampagne der BZgA. Durch die Sponsoringvereinbarung, die 2005 erstmalig geschlossen und 2010 um weitere fünf Jahre über wiederum 3,2 Millionen Euro jährlich verlängert wurde, sichert die PKV die langfristige Ansprache der Öffentlichkeit über eine öffentlich-private Partnerschaft. Die BZgA-Kampagne „Mach's mit“ wurde international mehrfach ausgezeichnet und gilt als bekannteste sowie erfolgreichste deutsche Präventionskampagne. Mit den von der PKV zur Verfügung

gestellten Mitteln wurde zum Einen die reichweiten- und aufmerksamkeitstarke Massenkommunikation gesichert: Neben der Großflächenplakatierung standen auch 2014 die Information im Internet sowie die Ansprache über TV- und Kinospots im Zentrum.

Zum Anderen unterstützt der PKV-Verband unter anderem mit dem Projekt „Let's talk about sex“ den sogenannten Settingansatz. Bereits seit 2010 bietet der von der Deutschen AIDS-Hilfe mit PKV-Mitteln realisierte mehrstündige Workshop Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen die Möglichkeit, Gespräche mit ihren Patientinnen und Patienten über Sexualität, sexuelle Identität sowie die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen zu erleichtern und zu verbessern.



Wie notwendig eine solche Fortbildung aus Sicht der Ärzteschaft ist, zeigte eine Umfrage im Auftrag des PKV-Verbandes im Juli 2014. Danach fühlen sich nur 30 Prozent der Ärzte beim Thema HIV/AIDS kompetent und ausreichend informiert. 60 Prozent wünschen sich eine Fortbildung zum Thema. Zahlreiche Medien berichteten über die Umfrage (u.a. dpa, Bild-Zeitung, Frankfurter Allgemeine und mehrere Hörfunksender).

Hilfe für HIV-Infizierte: Deutsche AIDS-Stiftung

Die PKV stiftete 2014 erneut 300.000 Euro an die Deutsche AIDS-Stiftung. Als Gründungsmitglied der Deutschen AIDS-Stiftung unterstützt der PKV-Verband die Arbeit der AIDS-Stiftung, Betroffenen in Not individuell und über Projektförderungen zu helfen. Die Deutsche AIDS-Stiftung ermöglicht viele Projekte des



Muttersprachliche AIDS-Präventions-Fachkräfte im Gespräch mit Flüchtlingen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber Nordbayern in Zirndorf.

betreuten Wohnens, die Einrichtung von Treffpunkten und Cafés oder die Organisation von Krankenreisen. Seit dem Jahr 2000 unterstützt die Deutsche AIDS-Stiftung neben ihrem Engagement in Deutschland auch beispielhafte Hilfsprojekte weltweit.

Ein erheblicher Teil der PKV-Mittel für die Deutsche AIDS-Stiftung floss 2014 erneut in die Förderung von Projekten für HIV-positive Zuwanderer und ihre Familien. Auch weil die Infektionsquote je nach Herkunftsregion deutlich höher als in Deutschland liegt, gibt es hier einen besonderen Bedarf. Zu den geförderten Projekten, mit denen auch 2014 mehr als 7.000 Menschen erreicht wurden, zählten u. a. „Muttersprachler klären auf“ in der Zentralen Aufnahmestelle für Flüchtlinge in Zirndorf, „Helping Hand“ in Frankfurt am Main, die Projekte „Nekabene“ und „Black+Male“ in Essen, die transkulturelle HIV-Arbeit in Düsseldorf sowie das Projekt „Osteuropa im Fokus“ in Berlin.

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

Die Gefahren übermäßigen Alkoholkonsums werden nach wie vor unterschätzt. Dabei ist das Trinkverhalten in späteren Jahren umso riskanter, je früher Kinder und Jugendliche mit Alkohol in Berührung kommen. Schnell entsteht eine psychische wie physische Abhängigkeit, und Organe werden geschädigt. Alkohol ist damit Ursache und Verstärker für zahlreiche Krankheiten.

Um junge Menschen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu motivieren und riskantes Trinkverhalten zu verhindern, finanziert der PKV-Verband seit 2009 die BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Mit einem Volumen von acht Millionen Euro ist sie die größte deutsche Kampagne zur Alkoholprävention. Sie setzt auf einen Mix aus Massenkommunikation, Internetkommunikation und Setting-Maßnahmen vor allem durch persönliche Ansprache dJugendlichen auf Veranstaltungen.

So wurde etwa der aktuelle Kinospot „Entscheidungen“ in einer Kurzfassung auf zahlreichen deutschen Musikfestivals mit insgesamt 1,5 Millionen Besuchern

gezeigt. Eine im Nachgang durchgeführte Befragung zeigte, dass die Botschaft von „Kenn’ Dein Limit“ in diesem eher „alkoholfreundlichen“ Umfeld eine der besten Erinnerungswirkungen erzielte. Der Präventionsspot der Bundesbehörde wurde von den jungen Leuten stets deutlich besser wahrgenommen als die Werbung für kommerzielle Produkte.



Rund vierzig jugendliche Botschafter („Peer-Educators“) besuchen überdies regelmäßig Musik- und Sportveranstaltungen und sind in den Einkaufszonen der Innenstädte aktiv. In ihren Gesprächen erreichen die Peers jährlich mehr als 36.000 Jugendliche. Eine jüngst in der Zeitschrift *Health Promotion International* publizierte Studie kam zu dem Ergebnis, dass Jugendliche nach einem Peer-Einsatz alkoholbedingte Risiken stärker wahrnahmen, eher mit Gleichaltrigen über Alkoholprobleme sprachen und ihnen es leichter fiel, Alkohol generell zu widerstehen.

Mit einer Umfrage zum Alkoholkonsum an den Weihnachtsfeiertagen und Silvester machte der PKV-Verband im Dezember auf das Thema zusätzlich aufmerksam. Insbesondere Jugendliche hatten angegeben, sich an den Feiertagen betrinken zu wollen. Die Umfrage wurde in zahlreichen Medien (u.a. dpa, BILD-Zeitung, Handelsblatt) zitiert.

„Älter werden in Balance“: BZgA-Programm zur Gesunderhaltung im Alter

Experten gehen davon aus, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten vierzig Jahren verdoppeln wird. Gleichzeitig wird die Einwohnerzahl aller Voraussicht nach zurückgehen, insbesondere die Zahl der Erwerbsfähigen. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, der sich auch das vom PKV-Verband ermöglichte neue BZgA-Programm „Älter werden in Balance“ stellen will.

Mit einem Umfang von zunächst zwei Millionen Euro will „Älter werden in Balance“ die körperliche Bewegung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe älterer Menschen in Deutschland fördern. Denn wer bis ins Alter fit bleibt, hat alle Chancen,



die Pflegebedürftigkeit aufzuschieben oder ganz zu vermeiden. Gerade der Bewegungsförderung kommt hier zentrale Bedeutung zu.

Das Präventionsprojekt wurde gemeinsam mit namhaften Altersforschern entwickelt und setzt auf Maßnahmen der Massenkommunikation, der personalen Kommunikation und der Kommunikation im Internet. Als Botschafter unterstützen Prof. Dr. Ingo Froböse von der Deutschen Sporthochschule Köln und Prof. Dr. Andreas Kruse, Gerontologe an der Universität Heidelberg, das neue Präventionsprogramm der BZgA. Die Überprüfung der Alltagstauglichkeit der Programminhalte für die Zielgruppe erfolgt in enger Abstimmung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen. Weitere Kooperationen wurden unter anderem mit dem Deutschen Olympischen Sportbund, dem Deutschen Turnerbund, dem Deutschen Volkshochschulverband und dem Deutschen Hausärzterverband geschlossen.

Zum Programmauftakt im Oktober 2014 und zur Verbesserung des individuellen Gesundheitswissens ging die Website www.aelter-werden-in-balance.de online. Sie verknüpft aktivierende und sportwissenschaftlich geprüfte Informationen

mit konkreten Mitmach-Angeboten. Zugleich startete ein vor allem in den Printmedien breit gestreuter Fotowettbewerb, der die Sensibilisierung und Beteiligung der Zielgruppe erreichen soll. Wie auch bei anderen Programmen der BZgA werden sämtliche Maßnahmen kontinuierlich evaluiert, optimiert und weiterentwickelt.

Der PKV-Verband informierte zum Programmauftakt überdies alle Bundes- und Landtagsabgeordneten per Post über das neue Präventionsprogramm, ergänzt durch ein Theraband mit Trainingsanleitung. Damit sollte zugleich auf sympathische Weise für die Hauptbotschaft des Programms geworben werden: Es ist nie zu spät (aber auch nie zu früh) für mehr Bewegung im Alltag.





3. Entwicklungen im Leistungsbereich



3.1 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte

Nachdem sich Bundesärztekammer (BÄK) und PKV-Verband schon seit vielen Jahren um eine gemeinsame Initiative zur Aktualisierung und Modernisierung der in weiten Teilen veralteten GOÄ bemüht haben, konnte Ende 2013 insoweit ein Durchbruch erzielt werden, als eine „Rahmenvereinbarung“ geschlossen worden ist, in der Eckpunkte für die Entwicklung eines gemeinsamen Novellierungsvorschlages festgelegt sind (vgl. Rechenschaftsbericht 2013, Seite 47 ff.). Die Beihilfe ist dieser Vereinbarung beigetreten.

Im Jahr 2014 haben sich BÄK und PKV-Verband unter Einbeziehung der Beihilfe damit befasst, die in der Rahmenvereinbarung niedergelegten Ziele umzusetzen. In einem intensiven Abstimmungsprozess ist daran gearbeitet worden, Konsens zu den im Kontext einer Novellierung der GOÄ relevanten Regelungsbereichen zu erzielen. Dazu gehört insbesondere die Entwicklung eines neuen, das aktuelle ärztliche Leistungsspektrum abbildenden Leistungsverzeichnisses. Hier galt und gilt es, mehrere tausend Gebührenpositionen sowie Abrechnungsbestimmungen so klar und unmissverständlich zu formulieren, dass für Auslegungsunstimmigkeiten kaum Raum bleibt. Um die Leistungen bewerten zu können, bedarf es konsentierter Kalkulationsgrundlagen auf betriebswirtschaftlich gesicherter Basis. Hier läuft der Abstimmungsprozess ebenso wie bei den rechtlichen Themen, wie der Formulierung der allgemeinen Regelungen der GOÄ in deren Paragrafenteil, der Ausgestaltung neuer flankierender Regelungen in der Bundesärzteordnung und der Schaffung einer Geschäftsordnung für die neu einzurichtende Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ. BÄK, PKV-Verband und Beihilfe sind auf einem guten Weg und arbeiten vertrauensvoll zusammen. Mit auf einen fairen Interessenausgleich ausgerichteten und fachlich sowie wissenschaftlich fundierten Vorschlägen zu allen relevanten Regelungsbereichen wollen die Beteiligten den Verordnungsgeber unterstützen. Das im Verordnungsverfahren federführende Bundesgesundheitsministerium hat signalisiert, dass angesichts der Expertise der Beteiligten eine solche Vorarbeit hoch willkommen und die Voraussetzung dafür ist, eine neue GOÄ noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg zu bringen.

Kommentierung des PKV-Verbandes zu praxisrelevanten Analognummern

Nach wie vor sind missbräuchlich erfolgende Analogabrechnungen ärztlicher Leistungen ein Problem, das in den Unternehmen der PKV zu hohen (Prüf-) Aufwänden und Streitigkeiten im „Dreiecksverhältnis“ von rechnungsstellendem Arzt, Patient/Versichertem und Versicherer führt (vgl. Rechenschaftsbericht 2013, S. 54 f.). Der PKV-Verband fuhr daher im Jahr 2014 damit fort, Analogabrechnungen in der auf den Originalrechnungen präsentierten Form auf ihre Konformität mit den Kriterien des § 6 Absatz 2 GOÄ zu prüfen und in einer tabellarischen Aufstellung zu kommentieren. Die Liste, die fortlaufend gepflegt und ergänzt wird, ist im Internet unter folgender Adresse veröffentlicht: <http://www.pkv.de/themen/versorgung/ambulante-versorgung/gebuehrenordnung-fuer-aerzte/>

Zusammenarbeit zwischen
Bundesärztekammer und
PKV-Verband

3.2 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen von Bundeszahnärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe

Im Rechenschaftsbericht 2013 (S. 57 ff.) wurde über die Gründung des "Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen von BZÄK, PKV-Verband und Beihilfe" berichtet. Dieses Gremium hat die Aufgabe, im partnerschaftlichen Miteinander bestehende Rechtsunsicherheiten bei der Auslegung und Anwendung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen.

Nach Ablauf der ersten beiden Geschäftsjahre des Beratungsforums können die Mitglieder eine erfolgreiche Arbeit konstatieren. Mit der erklärten Zielsetzung, Probleme im Vorfeld zu lösen und dadurch Auslegungsstreitigkeiten oder vielfache gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, haben sich die Mitglieder des Beratungsforums einvernehmlich auf die nachfolgenden Beschlüsse verständigt, die von den Vorständen und Gremien der Mitglieder bestätigt und im Jahr 2012 eingeführten Beilegern zur Verbandszeitschrift PKV publik veröffentlicht wurden (sowie auch im Internet unter www.pkv.de/themen/versorgung/ambulante-versorgung/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte/ abrufbar sind):

1. Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der GOZ-Nr. 0110 abschließend aufgezählten Gebührenpositionen berechnungsfähig. Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagsposition oder anderer GOZ-Positionen für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in GOZ-Nr. 0110 bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels der §§ 5 bzw. 2 GOZ abgebildet werden.
2. Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glattflächenversiegelung nach der GOZ-Nr. 2000 ist die GOZ-Nr. 2197 für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich berechnungsfähig, da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ Bestandteil der Fissurenversiegelung ist.
3. Die GOZ 3050 ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie ggf. als selbständige Leistung zusätzlich berechenbar, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Leistungen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und dürfen nicht gesondert nach GOZ-Nr. 3050 berechnet werden. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.
4. Die Geb.-Nr. 2197 GOZ ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelfüllung neben der Geb.-Nr. 2440 GOZ zusätzlich berechnungsfähig.
5. Bestimmungen, welche tarifbedingte Vertragsbestandteile des Versicherungsvertrages im reinen Innenverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer sind, haben keinen Einfluss auf die Berechenbarkeit von Leistungen nach der GOZ.

6. Der Verschluss atypisch weiter apikaler Foramina unter Verwendung von MTA (Mineral Trioxid Aggregate) wird in den Fällen, in denen ohne apikalen Verschluss (Apexifikation) eine ordnungsgemäße Wurzelfüllung nicht möglich ist und insofern der apikale Verschluss eine nach Art, Material- und apparativem Einsatz selbstständige Leistung darstellt, gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Um eine vollständige Aushärtung des MTA zu gewährleisten, sollte die Wurzelfüllung in einer folgenden getrennten Sitzung erfolgen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2060 für angemessen.
7. Der Verschluss innerhalb des Parodontiums gelegener Perforationen des Wurzelkanalsystems stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2060 für angemessen.
8. Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Wurzelkanalsystem stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2300 (Entfernung eines Wurzelstiftes) für angemessen.
9. Die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2360 (Vitalexstirpation) für angemessen.
10. Das erschwerte Aufsuchen verengter Wurzelkanaleingänge und das Überwinden natürlicher Hindernisse bei der Aufbereitung des Wurzelkanals (Dentikel, Obliterationen, Verengungen, Krümmungen etc.) sowie natürlicher oder iatrogener Stufen stellen keine selbstständigen, analog zu berechnenden Leistungen dar, sondern sind mit der Grundleistung unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 2 der GOZ zu berechnen.

Anm. zu Beschlüsse Wurzelkanalbehandlungen: Über die analoge Berechnungsfähigkeit der Entfernung vorhandenen definitiven Wurzelkanalfüllmaterials konnte kein Konsens erzielt werden.

11. Mit den Gebühren der GOZ sind grundsätzlich gemäß § 4 Absatz 3 alle Auslagen abgegolten, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. Darüber hinaus sind – beziehend auf das BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) – folgende Materialien zusätzlich berechnungsfähig:
 - Oraquix® im Zusammenhang mit der Geb.-Nr. 0080
 - ProRoot MTA® im Zusammenhang mit der Berechnung der Geb.-Nr. 2440
 - Harvard MTA OptiCaps® im Zusammenhang mit der Berechnung der Geb.-Nr. 2440
12. Die GOÄ-Nrn. 490, 491, 493, 494 dürfen von Zahnärzten ohne ärztliche Approbation nicht zum Zwecke der intraoralen Lokal- bzw. Leitungsanästhesie berechnet werden. Die Berechnung der GOÄ-Nr. 494 ist auch für den MKG-Chirurgen zum alleinigen Zwecke der Schmerzausschaltung bei zahnärztlich-chirurgischen Leistungen fachlich nicht indiziert und daher nicht berechnungsfähig.

13. Im Zusammenhang mit den in der zahnärztlichen Therapie gängigen Röntgenaufnahmen (GOÄ-Nrn. 5000, 5002, 5004) ist eine Berechnung der GOÄ-Nr. 5298 nicht zulässig.
14. Neben der GOZ-Nr. 9100 GOZ ist die GOZ-Nr. 9090 GOZ nicht berechnungsfähig. Neben den GOZ-Nrn. 9110, 9120 GOZ ist die GOZ-Nr. 9090 GOZ dann berechnungsfähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient. Dies ist bei der Auffüllung von Knochendefiziten mit Eigenknochen im Bereich der Implantatschulter bei zeitgleicher Implantation oder beim Ausgleich von Knochendefiziten des Alveolarkamms mit Eigenknochen getrennt vom Bereich des Sinuslifts der Fall. Wird neben den GOZ-Nrn. 9110, 9120 die GOZ-Nr. 9100 in Ansatz gebracht, ist eine Berechnung der GOZ-Nr. 9090 in derselben Kieferhälfte nicht möglich.
15. Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 6000 für angemessen.

Der PKV-Verband bemüht sich weiterhin um einen partnerschaftlichen Dialog mit der Bundeszahnärztekammer und der Beihilfe mit dem Ziel, die Auslegungsprobleme der GOZ nicht auf dem Rücken der Patienten/Versicherten auszutragen.

Kommentierung der GOZ

Im Rechenschaftsbericht 2013 (S. 58 f.) wurde von der Online-Kommentierung der PKV zur GOZ berichtet. Im Jahr 2014 wurde der Kommentar mehrfach aktualisiert. Die Änderungen sind online unter <http://www.pkv.de/w/files/goz-kommentierungfaq/uebersicht-ueber-die-vorgenommenen-aktualisierungen-stand-15.01.2015.pdf> aufgeführt. Zusätzlich zur im Juli 2013 veröffentlichten Kommentierung (Rechenschaftsbericht 2013 S. 58 f.) hat der PKV-Verband im Juli 2014 eine Tabelle mit praxisrelevanten Analogberechnungen auf seiner Internetseite veröffentlicht. Sie steht unter folgender Adresse zur Verfügung: <http://www.pkv.de/w/files/goz-kommentierungfaq/kommentierung-praxisrelevanter-analogabrechnungen.pdf>

Hintergrund ist die gegen den Widerstand der PKV vorgenommene Änderung des § 6 Absatz 2 GOZ alt (jetzt § 6 Absatz 1 GOZ neu).

Konnten bisher nur solche zahnärztliche Leistungen analog berechnet werden, die nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurden, ist diese Stichtagsregelung jetzt entfallen. Dies führte dazu, dass mittlerweile viele zahnärztliche Interessenvertreter (z. B. Fachgesellschaften, Kammern und diverse Kommentatoren) ihre eigenen, meist umfangreichen Listen mit analogfähigen Leistungen veröffentlicht haben.

Um den Mitgliedsunternehmen Hilfestellung bei der Beurteilung der Angemessenheit der Analogleistungen zu geben, hat der PKV-Verband sich für die Erarbeitung und Veröffentlichung der Tabelle entschieden. Die Tabelle ist

nicht abschließend und wird in weiterer Gremienarbeit ständig aktualisiert und erweitert.

Weiterhin nimmt der PKV-Verband in Beilegern zu seiner Zeitschrift PKV publik Stellung zu besonders umstrittenen gebührenrechtlichen Themen. In diesem Rahmen beleuchtet der Verband auch über die Kommentierung von Analogberechnungen hinaus bereits ergangene und viel beachtete Urteile zur GOZ. Nach nunmehr drei Jahren Anwendung der neuen GOZ haben sich bestimmte Sichtweisen von PKV und Zahnärzten entwickelt, die nicht in Einklang zu bringen sind. Diese unterschiedlichen Auslegungen vermag nur noch die Rechtsprechung zu klären. Da aber die zum Großteil von Amtsgerichten und Verwaltungsgerichten ergangenen Urteile nicht immer fachlich und gebührenrechtlich zutreffend sind, betrachtet der PKV-Verband die Urteilsbegründungen kritisch und gibt damit auch Nichtjuristen eine verständliche Stellungnahme zu den Gerichtsentscheidungen.

Rechnungsformular

Mit der Novelle der Gebührenordnung für Zahnärzte hat der Verordnungsgeber das Rechnungsformular gemäß Anlage 2 zur GOZ eingeführt. Die Regelung ist ein halbes Jahr später als die GOZ-Novelle, zum 1. Juli 2012, in Kraft getreten. Die Verwendung dieses Liquidationsvordrucks ist nicht etwa optional für den Zahnarzt, sondern verpflichtend. Sie entscheidet, ob der Vergütungsanspruch des Zahnarztes fällig wird. Eine nicht den formalen Vorgaben des amtlichen Rechnungsformulars entsprechende Rechnung braucht der Patient nicht zu erstatten, weil die Honorarforderung des Zahnarztes nicht fällig geworden ist.

Sinn und Zweck der Einführung des Liquidationsvordrucks war, den „technischen Aufwand der Rechnungsprüfung zu minimieren“ (vgl. BR-Drs. 566/11, S. 5). Dieser Zweck ist bisher in der Praxis leider verfehlt worden, weil das Rechnungsformular längst nicht flächendeckend zur Anwendung kommt. Die Abweichungen vom vorgegebenen Muster sind teilweise gravierend, so dass in den Unternehmen der PKV erheblicher Prüfungs- und Nachbearbeitungsaufwand besteht. Der gesetzgeberische Zweck schnellerer Rechnungsprüfung durch verbesserte Maschinenlesbarkeit, der im Übrigen sowohl im Interesse der Zahnärzte als auch der Patienten liegt, hat sich daher überwiegend nicht erfüllt.

Neben möglicherweise technischen und softwarebedingten Anpassungsschwierigkeiten, scheinen in der Zahnärzteschaft grundsätzliche Bedenken gegen das Rechnungsformular zu bestehen. Dem Vernehmen nach ist eine Klage vor einem Verwaltungsgericht gegen das Formular anhängig, deren Erfolgsaussichten allerdings angesichts des Nichtannahmebeschlusses des Bundesverfassungsgerichts gegen die GOZ-Novelle 2012 insgesamt eher als gering angesehen werden können (BVerfG, Kammerbeschluss ohne Begründung vom 17. April 2013 – 1 BvR 2401/12).

Das Rechnungsformular ist nicht lange nach Inkrafttreten der Regelung zur Pflicht zur Verwendung des Vordrucks vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) überarbeitet worden. Es wird aber weiterer Anpassungsbedarf gesehen. Hierzu fanden Anfang 2013 im BMG Gespräche statt, an der neben der Bundeszahnärztekammer, dem Verbande Deutscher Dentalsoftware Unternehmen (VDDS), der Beihilfe und der PKV insbesondere auch Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung teilnahmen. Zu Tage getretene Schwierigkeiten bei Mischformen privat- und vertragszahnärztlicher Leistungen sollten einer

Lösung zugeführt werden. Mehrkostenrechnungen etwa bei Füllungsleistungen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V oder Abrechnungen gleichartigen Zahnersatzes im Sinne des § 55 Abs. 4 SGB V sollten sich im Liquidationsvordruck abbilden lassen. Änderungen hat das Bundesministerium für Gesundheit allerdings bisher nicht vorgenommen.

Beschluss des Oberverwaltungsgerichtes NRW vom 21. Februar 2014 – Az.: 1 A 477/13 (MedR 2014, 566)

In einer zwischen Privaten Krankenversicherungen und der Zahnärzteschaft strittigen Frage hat das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen im Sinne der Patienten und der hinter ihnen stehenden Kostenträger entschieden. Das Oberverwaltungsgericht Münster hat ebenso wie bereits zuvor das VG Düsseldorf (Urt. v. 17. Januar 2014 – Az.: 13 K 5973/12) entscheiden, dass die Entfernung von klinisch sichtbaren und ohne chirurgischen Eingriff erreichbaren Belägen an der Wurzeloberfläche eines Zahnes von der GOZ-Nr. 1040 („Professionelle Zahnreinigung“) als Entfernung gingivaler Beläge der Wurzeloberfläche erfasst wird. Eine analoge Berechnung der GOZ-Nummern 4070 und 4075 neben Nr. 1040 sei nicht möglich.

Der Leistungstext der Gebührennummer 1040 GOZ umfasst das Entfernen supragingivaler und gingivaler Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen. Das Gericht stellt klar, dass die nicht im parodontalchirurgischem Wege erfolgende Reinigung von Wurzeloberflächen, d.h. die Entfernung der klinisch sichtbaren und ohne chirurgischen Eingriff erreichbaren Beläge auf Wurzeloberflächen (Konkremente) unter den Begriff der Entfernung gingivaler Beläge auf Wurzeloberflächen fallen. Diese Auslegung stelle sicher, dass die Gebührenziffer Nr. 1040 mit ihrem Leistungstext die von ihr geregelte „Professionelle Zahnreinigung“ hinsichtlich der insoweit wissenschaftlich gebotenen Reinigungsmaßnahmen vollständig erfasst.

3.3 Arzneimittel

Erstattungsbeitragsverfahren 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 pharmazeutische Unternehmen nicht binnen eines Jahres erzielt werden kann, wird die Schiedsstelle angerufen, die dann über den Erstattungsbetrag entscheidet.

Gesetzgeberische Klarstellung des im § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V verwendeten Begriffes „Erstattungsbetrag“ im 14. Änderungsgesetz

Seit dem Inkrafttreten des 14. SGB V-Änderungsgesetzes zum 1. April 2014 wird der Erstattungsbetrag zwischen den Vertragsparteien als Abgabepreis des pharmazeutischen Herstellers vereinbart und bildet somit die Berechnungsgrundlage für die Zuschläge der Handelsstufen.

Es ergibt sich somit kein „Rabatt nach §130b SGB V“ mehr. Dadurch entfällt in den Unternehmen das Erfordernis zu prüfen, ob die Apotheken bei Privatversicherten den Apothekenabgabepreis um den Erstattungsbetrag gemindert haben.

Bis zum 31. Dezember 2014 sind für folgende Wirkstoffe Erstattungsbeträge vereinbart oder von der Schiedsstelle festgesetzt worden:

Wirkstoff	Handelsnamen	Pharmazeutischer Unternehmer	Status
Rilpivirin	Eduvant	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
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/Tenofoviridisoproxil	Eviplera	Gilead Sciences GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Eribulin	Halaven	Eisai GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart

Erstattungsbetrag ist Grundlage für die Berechnung der Großhandels- und Apothekenzuschläge

Wirkstoff	Handelsnamen	Pharmazeutischer Unternehmer	Status
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
Acridinium-bromid	Eklira Genuair/ Bretaris Genuair	Almirall Hermal GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Tegafur/Gimeracil/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	Dificlir	Astellas Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Crizotinib	Xalkori	Pfizer Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Bosutinib	Bosulif	Pfizer Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Aflibercept	Zaltrap	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart

Wirkstoff	Handelsnamen	Pharmazeutischer Unternehmer	Status
Pertuzumab	Perjeta	Roche Pharma AG	Erstattungsbetrag vereinbart
Dapagliflozin	Forxiga	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA und AstraZeneca GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Saxagliptin	Onglyza	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA und AstraZeneca GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Saxagliptin/ Metformin	Komboglyze	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA und AstraZeneca GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Sitagliptin	Januvia/Xelevia	MSD Sharp & Dohme GmbH/Berlin Chemie	Erstattungsbetrag vereinbart
Sitagliptin/ Metformin	Janumet/Velmetia	MSD Sharp & Dohme GmbH/Berlin Chemie	Erstattungsbetrag vereinbart
Vandetanib	Caprelsa	AstraZeneca	Erstattungsbetrag vereinbart
Ocriplasmin	Jetrea	Alcon Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Lisdexamfetamin	Elvanse	Shire Deutschland	Erstattungsbetrag vereinbart
Nepafenac	Nevanac	Alcon Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Colestilan	BindRen	Mitsubishi Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Lixisenatid	Lyxumia	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH	Erstattungsbetrag festgesetzt
Ponatinib	Iclusig	ARIAD Pharmaceuticals	Erstattungsbetrag vereinbart
Linaclotid	Constella	Almirall Hermal GmbH	Erstattungsbetrag festgesetzt
Enzalutamid	Xtandi	Astellas Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Vemurafenib	Zelboraf	Roche Pharma AG	Erstattungsbetrag vereinbart
Vildagliptin	Galvus/Jalra/Xiliarx	Novartis Pharma	Erstattungsbetrag festgesetzt
Vildagliptin/ Metformin	Eucreas/Icandra/ Zomarist	Novartis Pharma	Erstattungsbetrag festgesetzt
Lomitapid	Lojuxta	Aegerion Pharmaceuticals GmbH	Opt-out
Teriflunomid	Aubagio	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH/ Genzyme GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Dabrafenib	Tafinlar	GlaxoSmithKline	Erstattungsbetrag vereinbart
Vismodegib	Erivedge	Roche Pharma AG	Erstattungsbetrag vereinbart
Elvitegravir/ Cobicistat/ Emtricitabin/ Tenofovir- isoproxil	Stribild	Gilead Sciences GmbH	Erstattungsbetrag festgesetzt
Regorafenib	Stivarga	Bayer Vital GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart

Wirkstoff	Handelsnamen	Pharmazeutischer Unternehmer	Status
Indacaterol/ Glycopyrronium	Ultibro	Novartis Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Afatinib	Giotrif	Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co.KG	Erstattungsbetrag vereinbart
Radium223-chlorid	Xofigo	Bayer Vital GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Trastuzumab/ Emtansin	Kadcyla	Roche Pharma AG	Erstattungsbetrag vereinbart
Pomalidomid	Imnovid	Celgene GmbH	Erstattungsbetrag teilweise vereinbart/ festgesetzt
Canagliflozin	Invokana	Janssen-Cilag GmbH	Opt-out

3.4 Notlagentarif

Durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung wurde der so genannte Notlagentarif für die Private Krankenversicherung zum 1. August 2013 eingeführt (§ 12 h VAG). Der Notlagentarif ist eine zeitlich befristete Lösung für Versicherte mit zeitweisen Zahlungsschwierigkeiten.

Der Notlagentarif ist kein Tarif, der freiwillig abgeschlossen werden kann. Versicherungsnehmer, die ihre Beiträge längerfristig nicht zahlen, werden nach Durchführung eines gesetzlich vorgeschriebenen Mahnverfahrens in den Notlagentarif umgestellt. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Sind alle rückständigen Prämienanteile gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Versicherte, die hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind, werden nicht in den Notlagentarif umgestellt (§ 193 Absatz 6, 7 und 9 VVG).

Für alle im Notlagentarif versicherten Personen ist unternehmensindividuell eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, die nicht höher sein darf, als es zur Deckung der Aufwendungen aus dem Tarif erforderlich ist. In der Praxis ergeben sich daraus niedrige monatliche Beiträge um 100 Euro, die eine Rückkehr in den ursprünglichen Tarif erleichtern sollen. Um auch den Versicherten zu helfen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Gesetzes bereits erhebliche Beitragsschulden angehäuft hatten, ordnete der Gesetzgeber eine Rückwirkung des Notlagentarifs auf den Zeitpunkt an, zu dem die Leistungen aus dem Vertrag ruhend gestellt worden waren. Der Versicherungsnehmer schuldet rückwirkend nicht mehr die höhere vertragliche Prämie, sondern die geringere des Notlagentarifs.

Während der Versicherung im Notlagentarif wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Gleichzeitig ist auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie eine bereits vorhandene Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Mit dem Notlagentarif wurde erreicht, Beitragsschuldner vor weiterer Überschuldung zu schützen, gleichzeitig ihre Notfallversorgung zu gewährleisten und das Kollektiv der Versichertengemeinschaft finanziell zu entlasten. Zum Ende des Jahres 2014 waren 114.700 Personen im Notlagentarif versichert.

Der Notlagentarif bietet grundsätzlich nur eingeschränkten Versicherungsschutz für den Fall akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Der Tarif hat damit auch einen sanktionierenden Charakter vor dem Hintergrund, einen Anreiz zur Rückkehr in den ursprünglichen Tarif zu geben. Der genaue Versicherungsschutz und Leistungsrahmen ist in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013) §§ 1-18 festgelegt (vgl. Rechenschaftsbericht 2013, S 149 ff.).

Die Erstattungspflicht des Versicherers beschränkt sich danach nach Grund und Höhe immer auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Die Tarifbedingungen wurden darüber hinaus weitergehend gefasst und Leistungen hinzugefügt, um eine insgesamt gute Versorgung beizubehalten und insbesondere dem besonderen Schutzbedürfnis von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen.

Für Kinder und Jugendliche gilt der Versicherungsschutz für die Leistungen des Notlagentarifs unabhängig davon, ob es sich um akute Erkrankung oder Schmerzzustände handelt. Ebenfalls gehören für Kinder und Jugendliche Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie empfohlene Schutzimpfungen zum versicherten Leistungsumfang.

Außerdem gilt für Kinder und Jugendliche, dass Heilmittel (u.a. physikalische Therapien und Sprachtherapien/Logopädie) sowie kieferorthopädische Behandlungen weiterhin versichert sind, wenn die Behandlung bereits vor Umstellung in den Notlagentarif begonnen wurde, damit der Behandlungserfolg nicht durch Unterbrechungen gefährdet wird.

Auch chronische Erkrankungen gelten unter bestimmten Bedingungen für alle Personen im Notlagentarif als versichert, wenn ihre Nichtbehandlung in einem absehbarem Zeitraum zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. zu einer akuten Erkrankung führen würde. Hierzu zählen beispielsweise Aufwendungen für Therapien bei Krebserkrankungen, Dialysen bei Niereninsuffizienz, Insulintherapien bei Diabetes sowie Aufwendungen für Therapien bei HIV.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen bleiben auch Hilfsmittel, ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlungen nach akuten Erkrankungen, Auslandsbehandlungen und weitere Leistungen im Rahmen der tariflichen Bedingungen.

Zum Leistungsrahmen gehört außerdem die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und die Versorgung in einem Hospiz in der letzten Lebensphase.

Im Vergleich zu anderen Tarifen der PKV unterliegen die Leistungen des Notlagentarifs Bedingungen, die für die Erstattungsfähigkeit zu beachten sind. Es können zum Beispiel nur noch Vertragsärzte beansprucht werden, die auch zur Behandlung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, sowie zugelassene Krankenhäuser.

Aufwendungen für ärztliche Leistungen hat der Gesetzgeber auf bestimmte Höchstsätze für Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beschränkt (§ 75 Absatz 3 a SGB V). Für Arzneimittel sind nur Aufwendungen für eines der drei Preisgünstigsten erstattungsfähig, soweit Generika zur Verfügung stehen.

3.5 Stationäre Leistungen

Verhandlungen auf Bundes- und Landesebene

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hat – gemeinsam mit seinen Landesausschüssen – die ihm übertragenen Selbstverwaltungsaufgaben 2014 wieder an vielen Stellen wahrgenommen. Begleitet wurden unter anderem die Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten (LBFW), dem Bundesbasisfallwert (BBFW), den Ausbildungsfonds, den Entgelten für die Behandlung mit Bluterpräparaten, 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 2015 liefen unter dem Vorzeichen einer spürbaren Routine bezüglich der Datenabstimmung und der Streitpunkte ab. Letztlich konnte sich in vielen Ländern auf einen Landesbasisfallwert verständigt werden, ohne dass die Schiedsstelle eingeschaltet werden musste – und dies in nicht wenigen Regionen schon vor dem Jahreswechsel. Die bundesweit unterschiedlichen Landesbasisfallwerte waren von 2010 bis 2014 schrittweise an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen worden. Schon im Vorjahr entsprach die Hälfte der LBFW der unteren Korridorgrenze. Auch für 2015 ist das in vielen Ländern der Fall.

Zum Stand März 2015 lagen für 12 Bundesländer geeinigte Ergebnisse vor.

Die vollständige Bundesübersicht über die Landesbasisfallwerte des Berichtsjahres 2014 (ohne und mit Ausgleichen) ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Übersicht zu den Landesbasisfallwerten des Jahres 2014	Betrag in Euro	
	ohne Ausgleiche	mit Ausgleichen
Baden-Württemberg	3.190,00	3.193,50
Bayern	3.188,00	3.188,00
Berlin	3.117,36	3.117,36
Brandenburg	3.117,36	3.117,36
Bremen	3.185,00	3.185,00
Hamburg	3.178,48	3.178,52
Hessen	3.145,05	3.143,17
Mecklenburg-Vorpommern	3.117,36	3.117,36
Niedersachsen	3.117,36	3.117,36
Nordrhein-Westfalen	3.117,36	3.117,36
Rheinland-Pfalz	3.325,00	3.325,00
Saarland	3.217,76	3.208,00
Sachsen	3.117,36	3.117,36
Sachsen-Anhalt	3.117,36	3.117,36
Schleswig-Holstein	3.117,36	3.117,36
Thüringen	3.117,36	3.112,90

R14/3501

Bundesbasisfallwert 2015

Mit der Berechnung des BBFW und des Basisfallwertkorridors ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) befasst. Grundlage seiner Berechnung sind die bis Mitte eines jeden Jahres von den Landeskrankenhausesellschaften übermittelten Parameter der aktuellen Landesbasisfallwerte (Landesbasisfallwert, Ausgabenvolumen, Summe der effektiven Bewertungsrelationen). Das Ergebnis liefert die Basis für die Vereinbarung des BBFW auf Bundesebene, wobei das Vereinbarungsergebnis noch um den Veränderungswert zu erhöhen ist.

Unter Berücksichtigung eines Veränderungswertes von 2,53 Prozent wurde für 2015 ein BBFW von 3231,20 Euro ermittelt.

Der daraus abzuleitende einheitliche Basisfallwertkorridor hat folgende Grenzwerte:

- obere Korridorgrenze: 3.311,98Euro (+ 2,5%)
- untere Korridorgrenze: 3.190,81 Euro (- 1,25%)

Ausbildungsfonds und Ausbildungszuschlag auf Landesebene

Auf Landesebene wird seit vielen Jahren ein Ausbildungsfonds auf Basis der von den Krankenhäusern im Land übermittelten Meldungen vereinbart. Die Kliniken teilen die Höhe der Ausbildungsbudgets, Art und Anzahl der Ausbildungsplätze, der zu finanzierende Mehraufwand für Ausbildungsvergütungen sowie ggf. wesentliche Fallzahlveränderungen bei Ausbildungsplätzen oder Auszubildenden mit. Aus dem Fonds wird der Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall abgeleitet. In 11 Bundesländer gibt es einen solchen Ausgleichsfonds.

Der folgenden Tabelle sind die Ausbildungszuschläge des Jahres 2014 zu entnehmen:

Bundesland	Ausbildungszuschlag 2014 in Euro
Baden-Württemberg	93,71
Bayern	69,46
Berlin	59,66
Bremen	72,93
Hessen	67,42
Niedersachsen	91,16
Nordrhein-Westfalen	78,25
Rheinland-Pfalz	75,70
Saarland	110,26
Schleswig-Holstein	88,27
Thüringen	36,66

R14/3502

Veränderungswert/Orientierungswert für Krankenhäuser

Mit der Vereinbarung des Veränderungswertes kommen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ihrer Verpflichtung aus § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) nach, den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Abs. 6 KHEntgG zu vereinbaren. Der vom Statistischen Bundesamt Ende September 2014 veröffentlichte Orientierungswert für 2015 liegt mit 1,44 Prozent unterhalb der im Bundesanzeiger zwei Wochen zuvor bekannt gegebenen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, die für 2015 bei 2,53 Prozent liegt. Nach § 10 Abs. 6 Satz 5 KHEntgG entspricht in diesem Fall der Veränderungswert 2015 der Veränderungsrate und damit 2,53 Prozent.

Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen 2015

Die Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für das Jahr 2015 konnte mit Datum 27. November 2014 von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene 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. In ihr werden der jeweils nachzuweisende Ausnahmecharakter, die Nachweispflichten und die Vergütungsarten aufgeführt.

DRG-Systemzuschlag 2015

Durch das DRG-Systemzuschlags-Gesetz sind 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. Der DRG-Systemzuschlag wurde für 2015 in Höhe von 1,13 Euro pro Fall festgelegt, davon entfallen auf den Zuschlag für die pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation 0,91 Euro und auf den Zuschlag für die Finanzierung des InEK 0,22 Euro.

DRG-System 2015

In der DRG-Fallpauschalenvereinbarung für 2015 werden Faktoren wie medizinischer Fortschritt, Kostenveränderungen, Verweildauerverkürzungen, Leistungsverlagerungen in und von anderen Versorgungsbereichen sowie die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht bereits im KHEntgG vorgegeben sind, festgelegt.

Im von den Vertragspartnern auf Bundesebene konsentierten Fallpauschalenkatalog sind die über Fallpauschalen abrechenbaren Leistungen sowie Zusatzentgelte und die Abrechnungsbestimmungen für diese Entgelte aufgeführt.

Für den Katalog 2015 lieferten 250 (2014: 244) Krankenhäuser Abrechnungsdaten, dabei sind 13 Universitätsklinken (2014: 12) enthalten.

Der Fallpauschalenkatalog 2015 enthält

- 1200 DRGs (+4)
- davon im FP-Katalog Hauptabteilung 1.152 DRGs (+ 4)
- davon nicht bewertet (Anlage 3a) 43 (+/- 0)
- davon rein teilstationäre DRGs 5 (+/- 0) von denen weiterhin 2 bewertet sind
- explizite Ein-Belegungstag-DRGs gibt es 20 (+/- 0) und implizite 346 (+21)

Bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems lagen für 2015 besondere Schwerpunkte auf der Fortentwicklung der Abbildung intensivmedizinischer Behandlungen unter besonderer Berücksichtigung intensivmedizinisch behandelter Kinder. Den unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten für Kinder wurde über spezifische Dokumentations- und Abrechnungsmöglichkeiten Rechnung getragen. Neben einer Vielzahl weiterer Modifikationen sind insbesondere die Differenzierungen im Bereich der Abdominalchirurgie bzw. Gastroenterologie und der Orthopädie bzw. Unfallchirurgie (endoprothetische Revisions-OP, Eingriffe an der Wirbelsäule) erwähnenswert.

Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Seit Anfang 2013 gibt es auch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. Um den Krankenhäusern Zeit für notwendige Anpassungen im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Systems zu geben und um den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene Gelegenheit zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu geben, wurde mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) die so genannte Optionsphase um zwei Jahre verlängert. Dies bedeutet, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auch in den Jahren 2015 und 2016 noch frei entscheiden können, ob sie das neue oder noch das alte Vergütungssystem anwenden wollen. Die obligatorische Anwendung des neuen Vergütungssystems verschiebt sich dadurch auf das Jahr 2017. Die budgetneutrale Phase, während der aus der Anwendung des neuen Vergütungssystems für die Einrichtungen weder Gewinne noch Verluste resultieren, verlängert sich ebenfalls um zwei Jahre und dauert nunmehr bis einschließlich 2018. In der Folge verschiebt sich der Beginn der Konvergenzphase, in der die krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte schrittweise an den Landesbasisentgeltwert angeglichen werden, ebenfalls um zwei Jahre auf die Jahre 2019 bis 2023.

Mit den Änderungen durch das GKV-FQWG werden zudem finanzielle Anreize für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gesetzt, frühzeitig das neue Entgeltsystem anzuwenden. So wird ihnen für die Jahre 2015 und 2016 die Möglichkeit eingeräumt, einen Budgetanstieg bis zum Zweifachen der ansonsten geltenden Obergrenze (Veränderungswert oder Grundlohnrate) mit den Kostenträgern zu vereinbaren. Diese Regelung gilt auch für die Einrichtungen, die bereits in den Jahren 2013 oder 2014 optiert haben.

Die verbesserten Minder- und Mehrerlösausgleiche werden auf die Jahre 2015 und 2016 erstreckt. Auch hierdurch soll der Anreiz für einen frühzeitigen freiwilligen Umstieg auf das neue Entgeltsystem aufrechterhalten werden.

Für die Kalkulation des PEPP-Katalogs 2015 lieferten 85 Einrichtungen Daten von 236.568 (Vorjahr: 191.767) vollstationären und 36.076 (Vorjahr: 28.820) teilstationären Fällen.

Wenn auch wiederum Ausgangssituation und Voraussetzungen des PEPP-Systems beibehalten werden, so wurden doch umfangreiche Überprüfungen und daraus folgende wesentliche Änderungen für 2015 vorgenommen. Im Katalog 2015 wird die Degression der Bewertungsrelationen im Behandlungsverlauf deutlich verringert. Der Entlassungstag wird in die Abrechnung einbezogen. Es werden neue ergänzende Tagesentgelte aufgenommen, mit denen eine Berücksichtigung von erhöhtem bzw. wechselndem Behandlungsaufwand im Verlauf einer Behandlung möglich wird (Intensivbehandlung bei Erwachsenen ab 3 Merkmalen; 1:1 Betreuung bei Erwachsenen mehr als 6 Stunden; Einzelbetreuung bei Kinder und Jugendlichen mehr als 8 Stunden sowie Betreuung in der Kleinstgruppe mehr als 12 Stunden).

Weiterhin wurden wichtige Behandlungsbereiche wie Suchttherapie und Krisenintervention überarbeitet.

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 Verband der Privaten Krankenversicherung und die privaten Krankenversicherungsunternehmen können sich an solchen Modellvorhaben beteiligen.

Ein wesentliches Ziel der Projekte ist die Realisierung einer optimierten stationären-ambulanten 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. 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 unterstützt die Entwicklung durch eine Teilnahme an geeigneten Modellen und möchte auch insoweit einen Beitrag zum Wettbewerb um die beste Versorgung zu leisten.

Umsatzsteuerliche Behandlung der Leistungen von Privatkliniken

Seit dem 1. Januar 2009 sind Krankenhausbehandlungen gemäß § 4 Nr. 14 Buchst. b UStG nur dann steuerfrei, wenn sie von Einrichtungen des öffentlichen Rechts oder von zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V erbracht werden. Zur Frage, ob und inwieweit auch nicht zugelassene Privatkliniken unter Berufung auf das Unionsrecht steuerfreie Leistungen erbringen können, haben sich im Jahr 2014 sowohl der Bundesfinanzhof als auch das Bundesministerium der Finanzen geäußert. Der Bundesfinanzhof hat in seinem Urteil vom 23. Oktober 2014 (Az: V R 20/14) klargestellt, dass Leistungen von Privatkliniken zwar nicht nach nationalem Recht steuerfrei sind, der Privatklinikträger sich allerdings für eine Steuerbefreiung unmittelbar auf das Unionsrecht berufen kann, wenn er Leistungen unter Bedingungen erbringt, die mit den Bedingungen für Einrichtungen des öffentlichen Rechts in sozialer Hinsicht vergleichbar sind (vgl. Art. 132 Abs. 1 Buchst. b MwStSystRL). Die nationale Steuerbefreiungsvorschrift des § 4 Nr. 14 Buchst. b Satz 2 Doppelbuchst. aa UStG sei mit dem Unionsrecht nicht vereinbar, soweit die Steuerfreiheit der Leistungserbringung in Privatkliniken unter den sozialversicherungsrechtlichen Bedarfsvorbehalt einer Zulassung nach §§ 108, 109 SGB V gestellt werde.

Bereits im Februar 2014 teilte das Bundesministerium der Finanzen in Bezug auf verbundene Privatkliniken im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG mit, dass solche Einrichtungen umsatzsteuerfreie Leistungen erbringen könnten, da sie organisatorisch mit einem Plankrankenhaus verbunden seien und aufgrund der geltenden Entgeltbindung des Krankenhausentgeltrechts vergleichbaren Finanzierungsbedingungen wie ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus unterlägen.

Vergütung von Honorarärzten

In der Vergangenheit war in der Rechtsprechung und Literatur umstritten, ob nicht festangestellte Honorarärzte, die im Krankenhaus zur Erbringung von stationären Hauptleistungen tätig sind, eigene wahlärztliche Leistungen erbringen und abrechnen können. Der Bundesgerichtshof hat diese Frage mit seinem Urteil vom 16. Oktober 2014 (Az.: III ZR 85/14) nun entschieden und befunden, dass Honorarärzte keine wahlärztlichen Leistungen erbringen können. Das Gericht stellt klar, dass eine Vereinbarung zwischen Honorararzt und Patient über eine Behandlung gegen Privatrechnung gemäß § 134 BGB nichtig ist. § 17 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG lege den Kreis der liquidationsberechtigten Ärzte, der externe Honorarärzte ausdrücklich nicht umfasse, abschließend fest. Durch eine individuelle Vergütungsabrede könne von dieser zwingenden preisrechtlichen Norm, die dem Schutz der Patienten diene, nicht abgewichen werden. Das Urteil des Bundesgerichtshofes ist zu begrüßen. Die Rechtsauffassung des Gerichts überzeugt auch deshalb, weil in der Praxis beim Einsatz von Honorarärzten in Krankenhäusern die Möglichkeit einer Wahl des Patienten zwischen einer allgemeinen Krankenhausleistung und einer „anderen“ Wahlleistung regelmäßig nicht besteht.

Qualitätspartnerschaften mit ausgewählten Krankenhäusern

Der Verband der Privaten Krankenversicherung strebt Partnerschaften mit Kliniken an, die überdurchschnittlich gute medizinische Leistungen erbringen. Über dieses Projekt „Qualität und Service“ mit ausgewählten Krankenhäusern im akutstationären Bereich ist im Rechenschaftsbericht 2013 ausführlich berichtet worden (vgl. Rechenschaftsbericht 2013, S. 75f.). Voraussetzung für die Kooperation mit einer Klinik sind deren gute Medizinqualität, gute Serviceleistungen, entgeltrechtliche Unbedenklichkeit und die Teilnahme am DFÜ-Verfahren. Grundsätzlich hat der Nachweis der guten Medizinqualität über die Verwendung der bei den Krankenhäusern ohnehin vorhandenen BQS/AQUA Daten zu erfolgen. Qualitätspartnerschaften können begründet werden, wenn sämtliche Indikatoren der betreffenden Leistungen/Leistungsbereiche im Referenzbereich liegen und es sich um einen für das Leistungsspektrum des Krankenhauses bedeutsamen Leistungsbereich handelt. Eine Mindestmenge von 50 Leistungen/Jahr muss gegeben sein. Eine Erstreckung auf Leistungen, für die BQS/AQUA-Daten noch nicht zur Verfügung stehen, ist grundsätzlich möglich. Im März 2015 gab es mit 158 Krankenhäusern eine Qualitätspartnerschaft.

Einen Überblick über die Qualitätspartner der PKV bietet die Internetseite www.derprivatpatient.de, die eine Liste sämtlicher teilnehmenden Kliniken 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.

Krankenhausdatenbank des PKV-Verbandes

Bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen werden die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes durch eine detaillierte und ständig aktualisierte Datenbank unterstützt. Basis der Datenerfassung sind die Genehmigungsbescheide nach dem KHG und Abfragen bei den Krankenhäusern. Daraus sind Angaben über sämtliche Entgeltformeln wie z. B. Landesbasisfallwerte, Zusatzentgelte,

PEPP-Entgelte zu entnehmen. Eingang in die Datenbank finden auch die Beurteilungen der Kliniken auf der Basis der Musterbedingungen MB/KK. Die Informationen der Datenbank sind über die Internetadresse www.derprivatpatient.de für jeden abrufbar.

Die Ein- und Zweibettzimmerzuschläge der Krankenhäuser vergüten eine gegenüber der Regelstation höherwertige Unterbringung auf der Basis des BGH-Urteils vom 4. August 2000 (Az.: ZR 158/99). Auf Basis einer Vereinbarung zu den Zimmerzuschlägen zwischen der DKG und dem PKV-Verband wird das Preis-Leistungs-Verhältnis für die Klinik im Einzelnen noch konkretisiert.

Eine Auswertung mittels der Krankenhausdatenbank weist für das Jahr 2014 einen durchschnittlichen bundesweiten Einbettzimmerzuschlag von 94,71 Euro aus, für die bessere Unterbringung im Zweibettzimmer wurden bundesweit durchschnittlich 47,54 Euro abgerechnet. Bezogen auf die einzelnen Bundesländer liegen die Spannweiten bei den durchschnittlichen Einbettzimmerzuschlägen zwischen 116,64 Euro für Berlin und 71,17 Euro für Sachsen-Anhalt und bei den durchschnittlichen Zweibettzimmerzuschlägen zwischen 53,29 Euro für Nordrhein-Westfalen und 32,01 Euro für Sachsen-Anhalt.

Die folgenden Tabellen stellen die Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge im Vergleich der Jahre 2013 und 2014 dar.

Einbettzimmerzuschläge nach Ländern	2013 in Euro	2014 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	88,08	94,71	7,53
Baden-Württemberg	90,49	89,12	- 1,51
Bayern	93,46	90,87	- 2,77
Berlin	121,32	116,64	- 3,86
Brandenburg	72,94	74,45	2,07
Bremen	96,46	97,00	0,56
Hamburg	100,41	94,23	- 6,15
Hessen	93,25	93,28	0,03
Mecklenburg-Vorpommern	91,60	84,29	- 7,98
Niedersachsen	86,66	86,63	- 0,03
Nordrhein-Westfalen	96,33	95,47	- 0,89
Rheinland-Pfalz	90,35	90,59	0,27
Saarland	94,80	91,64	- 3,33
Sachsen	69,18	72,60	4,94
Sachsen-Anhalt	69,82	71,17	1,93
Schleswig-Holstein	89,34	88,10	- 1,39
Thüringen	87,95	90,39	2,77

R14/3503

Zweibettzimmerzuschläge nach Ländern	2013 in Euro	2014 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	47,85	47,54	-0,65
Baden-Württemberg	46,67	47,14	1,01
Bayern	46,79	48,05	2,69
Berlin	48,09	49,28	2,47
Brandenburg	38,51	39,24	1,90
Bremen	49,88	50,64	1,52
Hamburg	51,65	50,42	-2,38
Hessen	46,37	47,48	2,39
Mecklenburg-Vorpommern	36,26	35,47	-2,18
Niedersachsen	44,61	45,56	2,13
Nordrhein-Westfalen	52,26	53,29	1,97
Rheinland-Pfalz	48,46	49,54	2,23
Saarland	44,66	43,94	-1,61
Sachsen	33,41	36,66	9,73
Sachsen-Anhalt	32,39	32,01	-1,17
Schleswig-Holstein	47,61	46,98	-1,32
Thüringen	44,65	46,91	5,06

R14/3504

3.6 Private Pflegepflichtversicherung

Beiträge

Der monatliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist zum 1. Januar 2014 auf 83,02 Euro (Vorjahr: 80,72 Euro) gestiegen. Der Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation der Beitragsbemessungsgrenze (4.050,00 Euro) mit dem Beitragssatz (1,95 %). Für Versicherte mit Beihilfeanspruch gilt gesetzlich der halbe Höchstbeitrag, also 41,51 Euro (Vorjahr: 40,36 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 2014 also 33,21 Euro (Vorjahr 32,29 Euro). Ehegatten und eingetragene Lebenspartner zahlen in der PPV gemeinsam höchstens 150 Prozent des Höchstbeitrages (bei Beihilfeberechtigten des halben Höchstbeitrages) der sozialen Pflegeversicherung, 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 395 Euro im Monat (Vorjahr 385 Euro), bzw. bei geringfügig Beschäftigten von 450 Euro im Monat hat.

Die soziale Pflegeversicherung erhebt von kinderlosen Mitgliedern ab dem vollendeten 23. Lebensjahr, die nach dem 1. Januar 1940 geboren sind, einen Beitragszuschlag von 0,25 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Versicherte der 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 VAG. 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 VAG 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 2014 bei 8,37 Euro monatlich. Für die Anwartschaftsversicherung, die für Zeiten einer Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) abgeschlossen werden kann, lag der Beitrag im Jahr 2014 bei 5,61 Euro monatlich in der Tarifstufe PVN. Die tatsächlich erhobenen Beiträge konnten wegen abweichender Kostensätze der Versicherungsunternehmen abweichend ausfallen.

Gesetzgebung zur Pflege

Nach dem am 16. Dezember 2013 unterzeichneten Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD soll die Umsetzung der Reform der Pflegeversicherung in zwei Stufen erfolgen. Die erste Stufe ist mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I, s.u.) und mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (s.u.) am 1.1.2015 in Kraft getreten. Mit der zweiten Stufe, die voraussichtlich am 1. Januar 2017 wirksam werden wird, soll die Neufassung des Pflegendürftigkeitsbegriffs mit den entsprechenden neuen Leistungsbeträgen erfolgen. Ein Gesetzentwurf hierzu ist für den Sommer 2015 angekündigt worden.

Ein weiteres pflegerelevantes Thema des Koalitionsvertrages ist die Rolle der Kommunen in der Pflege. Unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit wurde dazu eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einberufen. Die Kommunen haben u.a. vorgeschlagen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu übernehmen, wobei deren Finanzierung weiterhin durch die Pflegeversicherung erfolgen soll.

Die Umsetzung der vereinbarten Beiträge der Gestaltungspartner der Allianz für Menschen mit Demenz sowie der Aus- und Aufbau von „Lokalen Allianzen“ wurde fortgeführt.

Beitragszuschlag für
Kinderlose

Höchstbeiträge für
Versicherte des Basistarifs

Studentenbeitrag,
Anwartschaftsversicherung

Koalitionsvertrag

Die Weiterentwicklung der Verfahren der Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI sowie die Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant wurden durch die Beteiligten im Rahmen der gesetzlichen Regelungen gemäß §§ 113 Abs. 1, 115 Abs. 1a SGB XI aufgenommen. Ergänzend soll zur grundsätzlichen Fortentwicklung der Pflegenoten der Bevollmächtigte für Pflege der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, ein Vorschlag erarbeitet werden.

Für den Bereich der Versorgungsforschung wurden weitere Finanzmittel zur Verfügung gestellt.

Offen sind danach, neben dem neuen Pflegebegriff, die Punkte Pflegepersonal und -ausbildung, die Punkte Pflegeberatung, Transparenz und Nutzerorientierung der Qualitätsprüfungen sowie die Bereitstellung einer Dienstleistungsplattform für legale Anbieter haushaltsnaher und familienunterstützender Dienstleistungen.

Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Das Gesetz war am 9. April 2014 zunächst als Referentenentwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden. Zu den zentralen Inhalten des Entwurfes zählt der Ausbau der schon bestehenden Betreuungsleistungen (§§ 45b, 87b, 124 SGB XI) und deren Ausdehnung auf alle Pflegebedürftigen. Die Leistungen sollten angehoben werden, um die Kostensteigerungen der vorangegangenen drei Jahre auszugleichen. Weitere Inhalte umfassten die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds für die soziale Pflegeversicherung (SPV) und eine Beitragssatzanhebung in der SPV um 0,3 Prozentpunkte.

Anlässlich der Verbändeanhörung am 29. April 2014 hat die PKV in Ihrer schriftlichen Stellungnahme die Dynamisierung der Leistungen als zum Werterhalt notwendig bezeichnet, gleichzeitig jedoch auf die dadurch entstehende Verschärfung des demografisch bedingten Finanzierungsproblems der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung hingewiesen. Auch durch den geplanten Pflegevorsorgefonds werde das Finanzierungsproblem der SPV nicht gelöst; der Umfang sei zu gering und die Sicherheit vor einem Zugriff des Staates auf die angesparten Mittel gering. Im Übrigen müsse das zu komplizierte Leistungsrecht dringend vereinfacht werden, beispielsweise indem auf die zeitliche Grenze bei Verhinderungs- und Kurzzeitpflege neben einer finanziellen Grenze verzichtet werde.

Anlässlich der der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 24. September 2014 hat sich die PKV zusätzlich auch dafür eingesetzt, das Notensystem zur Bewertung der Pflegeeinrichtungen zu einer wirklichen Orientierungshilfe für die Betroffenen weiterzuentwickeln. Dies solle durch konkrete gesetzliche Rahmenregelungen geschehen.

Sämtliche Stellungnahmen der PKV können auf deren Internetseite www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung angesehen werden.

Das im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens in Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I) umbenannte Gesetz wurde am 23. Dezember 2014 im Bundesgesetzblatt verkündet (BGBl. I 2014, S. 2222) und trat zum 1. Januar 2015 in Kraft.

- Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung werden um 4 Prozent (2,67 Prozent für die erst 2012 mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz neu eingeführten Leistungen) angehoben.

- Die bereits existierenden Unterstützungsleistungen, wie die Kurzzeit-, Verhinderungs- und Tages- und Nachtpflege werden ausgebaut und die Kombination miteinander verbessert. Dadurch können Pflegebedürftige und pflegende Angehörige gleichermaßen entlastet werden
- Menschen in der Pflegestufe 0 (z. B. Demenzkranke) erhalten erstmals Anspruch auf Zuschüsse der Pflegeversicherung zur Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege
- Stärkung der niedrighschwelligten Angebote, in Form von neuen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, etwa für Hilfe im Haushalt oder Alltagsbegleiter und ehrenamtliche Helfer. Dafür erhalten künftig alle Pflegebedürftigen 104 Euro pro Monat. Demenzkranke erhalten 104 bzw. 208 Euro pro Monat
- Niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote können künftig auch anstelle eines Teils der häuslichen Pflegehilfe durch zugelassene Pflegegedienste in Anspruch genommen werden
- Der Zuschuss zu Umbaumaßnahmen (z. B. Einbau eines barrierefreien Badezimmers) wird von bisher 2.557 auf bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme erhöht
- Für Pflegehilfsmittel des täglichen Verbrauchs wurden die Zuschüsse von 31 auf 40 Euro pro Monat angehoben. In stationären Pflegeeinrichtungen soll die Zahl der Betreuungskräfte von bisher 25.000 auf bis zu 45.000 verbessert werden

Mit den Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten (derzeit rd. 1,2 Mrd. Euro jährlich) soll ein Pflegevorsorgefonds aufgebaut werden. Er wird ab 2035 zur Stabilisierung des Beitragssatzes genutzt, wenn die geburtenstarken Jahrgänge (1959 – 1967) pflegebedürftig werden. Die Verwaltung erfolgt durch die Bundesbank. Die Mittel dürfen nach einer 20-jährigen Ansparzeit ab 2035 in den folgenden 20 Jahren zur Vermeidung von demografisch bedingten Beitragssteigerungen eingesetzt werden. Die Kritik der PKV bezieht sich z. B. darauf, dass diese Zweckbestimmung durch einfaches Gesetz geändert werden kann. Die Regelungen zeigen erneut, dass es kaum möglich ist, Rückstellungen in der Sozialversicherung vor einem zweckentfremdenden Zugriff des Gesetzgebers zu schützen. Die PKV ist von den Regelungen nicht betroffen. Sie wird bereits seit ihrer Einführung 1995 im Anwartschaftsdeckungsverfahren betrieben, d.h. es werden systematisch Rückstellungen für altersbedingt steigende Leistungsausgaben gebildet. Dadurch ist die Anfälligkeit für demografisch bedingte Beitragssteigerungen wesentlich reduziert. Die Rückstellungen der PKV stehen außerdem unter dem Eigentumsschutz des Art. 14 GG.

Pflegevorsorgefonds
(§§ 131 ff. SGB XI)

Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Erst im September 2014 war der Referentenentwurf für das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vorgelegt worden. Die Verkündung im Bundesgesetzblatt erfolgte am 31. Dezember 2014 (BGBl. I 2014, S. 2462) und am 1. Januar 2015 trat auch dieses Gesetz in Kraft. In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 9. September 2014 befürwortete die PKV das gesetzgeberische Anliegen, die Pflegebereitschaft in den Familien zu fördern, kritisierte aber die nach Ihrer Meinung zu bürokratisch geplante Umsetzung. Entgegen dem Koalitionsvertrag wurden das bereits bestehende Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz nicht zusammengelegt, obwohl die geregelten Sachverhalte große Überschneidungen aufweisen.

Ein Schwerpunkt des Gesetzes bildet, neben den Freistellungsansprüchen und den Regelungen zum Kündigungsschutz für Arbeitnehmer, die Einführung eines Pflegeunterstützungsgeldes. Das ist eine Lohnersatzleistung für die 10tägige Pflegeauszeit nach § 2 Pflegezeitgesetz. Der Lohnersatz beträgt etwa 90 Prozent des Nettolohns aus dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt und wird aus der Pflegeversicherung (bei Beihilfeberechtigten auch anteilig von der Beihilfe) gezahlt. Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten stattdessen Betriebshilfe für höchstens 10 Tage (SPV) bzw. einen Pauschalbetrag von 200 Euro täglich (PPV). Bei Arbeitnehmern hat die Pflegeversicherung den Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung der auf das Pflegeunterstützungsgeld entfällt, zu tragen und die Beiträge an die zuständigen Träger abzuführen. Hinzu kommen Meldepflichten. Vorbild für die Regelungen war das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 SGB V. In einer gemeinsamen Verlautbarung des GKV-Spitzenverbandes, des PKV-Verbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit sollen bis Ende März 2015 Einzelheiten zur Zahlung der Beiträge geregelt werden. Sie tritt an die Stelle der gesetzlich vorgesehen Vereinbarungen zwischen den genannten Stellen. Besondere Vereinbarungen sind mit der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen zu schließen, da diese ebenfalls als Empfänger von Beiträgen zur Alterssicherung in Frage kommen.

Darüber hinaus erfolgte eine Verzahnung der weiterhin nebeneinander bestehenden Gesetze zur Pflegezeit und zur Familienpflegezeit. Die Dauer der Reduzierung der Arbeitszeit (auch bei Kombination beider Ansprüche) kann insgesamt maximal 24 Monate betragen. Eingeführt wurde ein Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit. Beschäftigte haben einen Anspruch auf teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten bei einem Beschäftigungsumfang von wöchentlich mindestens 15 Stunden, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Ergänzend wurde der Begriff der „nahen Angehörigen“ erweitert. Neben der Pflege eines nahen pflegebedürftigen Angehörigen in häuslicher Umgebung erfolgt innerhalb der Gesamtdauer von 24 Monaten eine Freistellung auch zur Begleitung in der letzten Lebensphase und zur Betreuung pflegebedürftiger minderjähriger Kinder im eigenen Zuhause oder in einer außerhäuslichen Einrichtung.

Musterbedingungen MB/PPV 2015

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (Musterbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung – MB/PPV) mussten zur Erfüllung des Gleichwertigkeitsgebots nach § 23 Abs. 1 SGB XI mit Zustimmung eines juristischen Treuhänders nach § 203 Abs. 3 VVG an die geänderte Gesetzeslage angepasst werden. Die neuen MB/PPV gelten gleichermaßen für bestehende und neu abgeschlossene Verträge. Die Anpassung ist in zwei Schritten getrennt für das PSG I und das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf erfolgt.

Wissenschaftliche Studien zur Vorbereitung des neuen Pflegebegriffs

Zur Vorbereitung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes zwei Studien durchgeführt worden, die „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungs-Assessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) mit wissenschaftlicher

Begleitung der Hochschule für Gesundheit in Bochum und die Studie „Evaluation des NBA - Erfassung von Versorgungsaufwendungen in stationären Einrichtungen“, durchgeführt von Prof. Dr. Heinz Rothgang u.a., Universität Bremen und Prof. Dr. Martina Hasseler, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg.

Mit der Praktikabilitätsstudie ist das neue Begutachtungssystem vor seiner Einführung überprüft worden. Ein Berichtsentwurf vom 20. Januar 2015 liegt vor. Der medizinische Dienst der Privaten MEDICPROOF war mit eigenen Begutachtungen in die Studie eingebunden (siehe S. 79ff.).

In der Studie zur Erfassung von Versorgungsaufwendungen in stationären Einrichtungen, wurden bundesweit in rund 40 Pflegeheimen bei knapp 1.600 Personen der Pflegegrad nach dem NBA ermittelt und daneben erfasst, welche Leistungen diese Personen in der Pflegeeinrichtung erhalten und wie viel Zeit dafür aufgewendet werden muss. Davon erhofft sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter anderem Hinweise für die Festsetzung der Leistungshöhen der neuen Pflegegrade im stationären Bereich. Ein Ergebnisbericht soll im April 2015 vorgelegt werden.

Beide Studien werden durch ein Gremium begleitet, dem Vertreter der PKV und von MEDICPROOF angehören.

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

Zum vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) erfolgte eine schriftliche Stellungnahme. Der Entwurf beinhaltet auch Regelungen zur Pflegeversicherung. Mit diesen soll das Ziel, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. ihren Eintritt zu verzögern, weiter gestärkt werden. So hat künftig, z. B. im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit, auch eine Feststellung zum Beratungsbedarf bezüglich primärpräventiver Leistungen der Krankenkassen zu erfolgen. In Pflegekursen, die die Pflegekassen kostenlos für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten, sollen präventive Aspekte mehr Bedeutung bekommen.

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Neben umfangreichen Neuregelungen für die gesetzliche Krankenversicherung enthält der Gesetzentwurf auch Regelungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung. Diese in Artikel 5 zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Anpassungen sehen Vorgaben zum Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung bei landwirtschaftlichen Unternehmern, Regelungen zu den beitragspflichtigen Einnahmen, zur Zahlung von Beiträgen sowie Neuregelungen zur Anpassung des SGB V zur integrierten Versorgung vor. Zudem sollen zukünftig in die Entscheidungsgremien der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur besseren Berücksichtigung der Belange der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe entsprechende Vertreter aufgenommen werden.

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung

Am 23. März 2015 hat das BMG einen Referentenentwurf zum „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung“ vorgelegt. Ziel des Gesetzes ist es, durch die Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind. Das Gesetz sieht hierzu Maßnahmen sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der sozialen Pflegeversicherung vor. Es sollen sowohl Anreize zum weiteren Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung gesetzt und die Kooperation und Vernetzung in den relevanten Versorgungsbereichen gefördert werden. Die Versicherten sollen auch besser über Angebote informiert werden, damit die letzte Lebensphase selbstbestimmt und bestmöglich begleitet verbracht werden kann.

Heimgesetze der Länder

Das Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz (ThürWTG) wurde am 22. Mai 2014 vom Thüringer Landtag beschlossen und trat am 24. Juni 2014 in Kraft. Die übrigen Bundesländer haben bereits in den vergangenen Jahren eigene Landesheimgesetze erlassen. In Sachsen-Anhalt wurde die in § 36 des Wohn- und Teilhabegesetzes vorgesehene Evaluation des am 26. Februar 2011 in Kraft getretenen Gesetzes begonnen, um Aufschlüsse über die praktische Umsetzung und mögliche Auswirkungen des Gesetzes zu erhalten sowie um Neuregelungen im Hinblick auf Wirkung und Zielerreichung hin zu überprüfen. Das Land Rheinland-Pfalz hat zwischen Juli 2012 und März 2013 eine wissenschaftliche Evaluation vorgenommen und wird im Jahr 2015 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Wohnformen und zur Stärkung der Teilhabe in das Gesetzgebungsverfahren bringen. Damit soll das seit 2009 geltende Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) geändert werden. Änderungsschwerpunkte beziehen sich insbesondere auf die Beschreibung der Einrichtungsarten, die unter das Gesetz fallen. In Baden-Württemberg wurde mit dem Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG) mit Inkrafttreten am 31. Mai 2014 das bisher geltende Landesheimgesetz von 2008 abgelöst. Auch in NRW wurde im Oktober 2014 das alte Landesheimgesetz durch das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) abgelöst. Im Saarland wurden durch eine Expertengruppe die Vorarbeiten für eine Novellierung des Landesheimgesetzes erarbeitet.

Pflegeberatung in der PPV – COMPASS Private Pflegeberatung

Mehr als 80.000 Versicherte haben 2014 bei den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH Rat in der Pflegesituation gesucht. Rund 100.000 Gespräche haben die Berater insgesamt geführt – bei den Menschen zu Hause oder am Telefon. Über die Hälfte der Anrufer in der telefonischen Pflegeberatung nutzte die Möglichkeit der anonymen Beratung. In der Pflegeberatung vor Ort führen die Beraterinnen und Berater durchschnittlich 1,4 persönliche Gespräche in einem Beratungszyklus bevor alle Fragen geklärt sind. Die Zahl der Wiederkehrer liegt bei knapp 20 Prozent innerhalb eines Jahres. Dies ist ein Ausdruck von Vertrauen und hoher Zufriedenheit der Versicherten mit der COMPASS Pflegeberatung.

Die Zugangskanäle zur Pflegeberatung sind vielfältig. Neben den privaten Kranken- und Pflegeversicherern informieren Kliniken im Rahmen des

Entlassungsmanagements über das Angebot. Viele Klientinnen und Klienten erfahren auch über Medien von der Pflegeberatung. Die COMPASS-Website ergänzt das persönliche und telefonische Beratungsgespräch. Dort stellt das Unternehmen ergänzende Materialien und Informationen zur Verfügung. Die Zugriffszahlen auf die Website haben sich 2014 um rund 25 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum erhöht. Beratungsstellen in den Kommunen spielen als Referenzquelle ebenfalls 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 von dem Beratungsangebot erfahren. Im Rahmen dieser Kooperationen informiert COMPASS präventiv zur Pflegebedürftigkeit. Mehr als 150 Informationsveranstaltungen haben die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater 2014 durchgeführt.

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.

Das Jahr 2014 stand in der Organisation insgesamt unter dem Motto „Qualität in der Pflegeberatung“. Zunächst haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in verschiedenen Workshops zu dem Thema gearbeitet. Die Ergebnisse der internen Qualitätsdebatte finden Eingang in bestehende Prozesse, für die Verbesserungsbedarf identifiziert wurde. Sie werden zudem mit dem Leitbild von COMPASS verknüpft und dienen als Grundlage für eine externe Überprüfung der Beratungsqualität im Jahr 2015.

Der Fokus des Fort- und Weiterbildungsprogramms lag 2014 auf der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Beratungsqualität. Dazu gehören Kommunikationsschulungen genauso wie die Ausbildung von Expertinnen und Experten etwa zur Pflegebedürftigkeit bei Kindern oder der palliativen Versorgung. Zudem nahm die Schulung zu den Neuregelungen des Pflegestärkungsgesetzes im zweiten Halbjahr breiten Raum ein. 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.

Ein wesentlicher Aspekt der Beratungsqualität ist die gute Erreichbarkeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. So haben die Ratsuchenden 2014 im Jahresdurchschnitt zu 97 Prozent innerhalb von 14 Tagen einen Beratungstermin vor Ort erhalten. Damit konnte COMPASS die gesetzlich festgeschriebene Anforderung fast ausnahmslos erfüllen. Das Serviceversprechen – die Kontaktaufnahme innerhalb von 24 Stunden –, das COMPASS definiert hat, hat das Unternehmen 2014 ebenfalls eingehalten. Die Quote der direkt angenommenen Anrufe in der telefonischen Pflegeberatung konnte COMPASS 2014 um drei Prozent im Jahresdurchschnitt steigern. 2015 soll diese Quote auf einem dauerhaft hohen Niveau stabilisiert werden.

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 70 Pflegekonferenzen und mehr als 200 Arbeitskreisen mit. Zudem haben die

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gemeinsam mit Partnern in einigen Regionen Projekte initiiert, um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen weiter zu optimieren.

Ausblick

Aufgrund der gesetzlichen Neuregelungen im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes erwartet COMPASS insbesondere im ersten Halbjahr 2015 weiterhin steigende Beratungszahlen. In den ersten beiden Monaten des laufenden Jahres zeichnet sich dieser Trend bereits ab. Zudem fragen unterschiedliche Institutionen Pflegeberatung bei COMPASS nach – etwa für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Die Kooperation mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zur Aus- und Fortbildung der Demenzberaterinnen und Demenzberater wird 2015 weiter ausgebaut. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Partnern will COMPASS 2015 weiter verbessern sowie neue Kooperationen eingehen.

2015 lobt COMPASS zum zweiten Mal in Zusammenarbeit mit dem Gesunde Städte-Netzwerk den StadtPflegeCOMPASS aus. Die Stifter zeichnen mit diesem Preis Projekte und Initiativen in den Kommunen aus, die sich für pflegende Angehörige und deren Entlastung sowie pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger einsetzen.

Qualität der Pflege

Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

Qualitätsprüfungen

Im Jahr 2014 wurden durch den Prüfdienst der PKV ca. 2.620 Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt. Dies entspricht einer Steigerung der Prüfungsanzahl im Vergleich zum Vorjahr von 8,8 Prozent. Die vereinbarte Prüflast von 10 Prozent aller Prüfungen wurde auch in diesem Jahr wieder vollständig erfüllt. Nach intensiven Verhandlungen in Baden-Württemberg zur Beauftragung des Prüfdienstes der PKV durch die Landesverbände der Pflegekassen konnte unter Moderation des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren im Jahr 2014 eine Einigung erzielt werden. Die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst der PKV konnte dadurch aufgenommen werden.

Fristgerechte Umsetzung neue QPR

Bedingt durch die Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTV-S) zum 1. Januar 2014 musste auch eine Anpassung der Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) erfolgen. Die Neufassung der QPR trat nach Genehmigung durch das BMG zum 1. Februar 2014 in Kraft. Der Prüfdienst der PKV konnte sich erstmalig auf Basis der Regelungen des § 114a Abs. 7 SGB XI aktiv an der Gestaltung der QPR beteiligen. Dennoch haben nicht alle Vorschläge des Prüfdienstes der PKV Eingang in die Richtlinien gefunden.

Die aus der Neufassung der QPR resultierenden Änderungsbedarfe 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.

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

In nahezu allen Bundesländern fanden regelmäßig Gespräche mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden mit dem Prüfdienst der PKV statt, um eine möglichst koordinierte Arbeitsweise im Bereich der Durchführung von Qualitätsprüfungen abzustimmen. In diesen Arbeitsgruppen auf Landesebene wurden beispielsweise gemeinsame Prüfungen

und die dafür notwendigen weiteren Verfahrensabsprachen, z. B. Prüfgrundlagen, abgestimmt. Der Prüfdienst der PKV wird dabei als gesetzlicher Akteur im Prüfgeschehen in allen Ländern in die verschiedenen Entscheidungs- und Beratungsgremien einbezogen.

Darüber hinaus beteiligte sich der Prüfdienst der PKV auch an der Umsetzung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (QS-Ri QP). Gemeinsam mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung wurden so genannte „Witnessaudits“ durchgeführt und ausgewertet. Auf diesem Wege reflektieren die Prüfdienste gegenseitig die Anwendung der Prüfvorgaben und erarbeiten gemeinsame Sichtweisen zur Umsetzung der Prüfungen.

Die Zufriedenheitsbefragungen der Landesverbände der Pflegekassen und der Pflegeeinrichtungen wurde mit gleicher Systematik durchgeführt, um die Ergebnisse der jeweiligen Prüfdienste einheitlich darzustellen und vergleichen zu können.

Die Mitarbeiter des Prüfdienstes der PKV setzen sich aus 120 Qualitätsprüfern und Auditoren im gesamten Bundesgebiet zusammen. Die Zentrale zur operativen Steuerung der Abläufe ist in der Verbandszentrale in Köln angesiedelt und mit 17 Mitarbeitern besetzt.

Im Jahr 2014 wurden 77 Prozent der Mitarbeiter in zum Teil mehrtägigen Schulungen durch erfahrene Kommunikationsberater zur Durchführung von Qualitätsprüfungen und zur fachgerechten Erstellung von Prüfberichten geschult. Darüber hinaus wurden alle Qualitätsprüfer zentral in Köln durch die Abteilungsleitung und die Leitung der Fachkoordination zu den neuen Prüfungsgrundlagen (QPR) geschult.

Die Gültigkeit des Zertifikates nach DIN EN ISO 9001:2008 des TÜV Rheinland für den Prüfdienst der PKV wurde auch in diesem Jahr im Rahmen eines Re-Zertifizierungs-Audits ohne Abweichung bestätigt. Die normkonforme Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und der Nachweis der Management-Kompetenz wurden somit erneut festgestellt.

Die stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, bei denen eine Qualitätsprüfung durch den Prüfdienst der PKV erfolgte, wurden systematisch zur Zufriedenheit nach der Prüfung befragt. Mit einer Rücklaufquote von über 70 Prozent und einem erreichten Zufriedenheitsgrad „sehr zufrieden/zufrieden“ von 98 Prozent ist dies als sehr gut zu bewerten.

Auch die Landesverbände der Pflegekassen, als Auftraggeber für die Prüfaufträge, wurden zur Zufriedenheit in Bezug auf die Zusammenarbeit befragt. Die Auswertung ergab eine Rücklaufquote von 35 Prozent und einen erreichten Zufriedenheitsgrad „trifft zu/trifft überwiegend zu“ von 89 Prozent. Die Rücklaufquote ist zufriedenstellend, das Ergebnis ist als sehr gut zu bewerten.

Das dritte Jahrestreffen des Prüfdienstes der PKV fand am 20. und 21. November 2014 mit über 180 externen und internen Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt. Zu den zahlreichen Rednern gehörte auch der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann.

Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 SGB XI

Vor dem Hintergrund der Kritik an den Pflege-Transparenzvereinbarungen, sollen diese entsprechend des Koalitionsvertrages mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Qualitätsunterschiede der Pflegeeinrichtungen für die Verbraucher

Personelle Ausstattung

Fort- und Weiterbildung

Aufrechterhaltung des Zertifikates des TÜV

Zufriedenheitsbefragungen

Jahrestreffen

deutlicher zu machen. Erfolgen soll dies durch eine Reduzierung der Blockademöglichkeiten und einer Straffung der Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner. Die PKV hat bereits in der Stellungnahme zum PSG I die zwischenzeitlich auch vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Karl-Josef Staatssekretär Laumann, geäußerte Notwendigkeit der Weiterentwicklung befürwortet und festgestellt, dass die Pflegenoten in ihrer bisherigen Systematik für die Verbraucher nicht aussagekräftig und damit gescheitert sind.

Zur Verbesserung der Transparenz sollte der Gesetzgeber aus Sicht der PKV in stärkerem Maße als bisher auf gesetzliche Rahmenregelungen setzen, um die Partner der Selbstverwaltung nicht zu überfordern. Diese sollten konkrete gesetzliche Vorgaben an die Selbstverwaltung für die inhaltliche Ausgestaltung der Pflege-Transparenzvereinbarungen vorsehen, insbesondere auch nähere Vorgaben zur Bewertungssystematik, um das System der Mittelwertbildung auszuschließen. Neben einer stärkeren Gewichtung von Kernkriterien, einer stärkeren Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen sollte zudem eine bessere Berücksichtigung der Nutzerperspektive erfolgen. Die PKV hat insoweit den Vorschlag des Bundesrates (Nr. 16 - Drucksache 18/2379) unterstützt.

Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege

Die im Dezember 2012 u.a. von der PKV unterzeichnete Vereinbarung zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive mit einer Laufzeit bis Ende 2015 hat den vereinbarten Zwischenbericht vorgelegt. Dieser stellt die durch die Partner bereits umgesetzten Beiträge dar und stellt den Erfolg der Offensive nachvollziehbar dar. Zudem wird allen Partnern die Möglichkeit gegeben, die Beiträge zu überprüfen, zu ergänzen oder fortzuschreiben. Der Zwischenbericht wurde von der Geschäftsstelle zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben erstellt. Als besonderer Erfolg ist die im Schuljahr 2013/2014 erreichte Steigerung von 14,2 Prozent bei den Eintritten in eine Altenpflegeausbildung (ca. 26.740 Ausbildungseintritte) zu werten.

Gemeinsam für Menschen mit Demenz

Im Rahmen der Demografiestrategie der Bundesregierung wurde bereits im Oktober 2012 die Arbeitsgruppe „Allianz für Menschen mit Demenz“ gegründet, der auch die PKV angehört. Die AG hat eine Agenda mit Vereinbarungen und Maßnahmen erarbeitet, die im September 2013 von zahlreichen Akteuren auf Bundesebene, unterzeichnet wurde. Ziel der Agenda ist die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Dazu sollen die Kräfte aller Verantwortlichen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, wie öffentliche Stellen und Organisationen der Zivilgesellschaft, zusammengeführt und gebündelt werden. Ein erster Fortschrittsbericht soll Anfang 2016 vorgelegt werden.

Im Rahmen der Agenda sollen beispielsweise erfolgreiche Modelle zur Begleitung der Menschen mit Demenz verbreitet, im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit zu einer weiteren Sensibilisierung beigetragen sowie über bereits vorhandene Informationsangebote beraten werden. Die besonderen Bedarfe von demenziell erkrankten Menschen sollen zudem im Schriftverkehr oder der Online-Kommunikation besser berücksichtigt werden. Neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen sowie die Gründung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften werden durch die Pflegeversicherung unterstützt. Auch werden Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen sowie für

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngemeinschaften Zuschüsse zu den Betreuungskosten geleistet. Durch die Pflegeraterinnen und Pflegeberater von COMPASS werden bereits heute die vorhandenen umfangreichen Informations- und Beratungsbedarfe der Versicherten im Rahmen der Pflegeberatung abgedeckt. Darüber hinaus stellen speziell qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die Beratung von demenziell erkrankten Menschen sicher. Zum Agenda -Thema „Gewalt in der Pflege“ hat das Zentrum für Qualität in der Pflege (siehe S. 84ff.) ein spezielles Internetportal (www.pflege-gewalt.de) eingerichtet.

Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

Auf der Grundlage von Vorschlägen der früheren Ombudsfrau für Entbürokratisierung in der Pflege erfolgte im Jahr 2013 die Entwicklung einer Grundstruktur für eine schlankere und effizientere Pflegedokumentation. Bestandteil dieser neuen Systematik ist die „Strukturierte Informationssammlung“ (SIS). Im Zeitraum September 2013 bis Ende Februar 2014 wurde das „Strukturmodell der Pflegedokumentation“ in fünf Bundesländern in 31 ambulanten Pflegediensten und 26 stationären Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege im Rahmen eines Praxisprojekts mit Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erprobt. Die Ergebnisse des Praxisprojekts wurden im April 2014 mit einem Abschlussbericht präsentiert.

Das Praxisprojekt wurde durch ein Lenkungsgremium auf Bundesebene begleitet. Die PKV ist darin vertreten. Das Gremium hat sich im März 2014 einvernehmlich für eine bundesweite Umsetzung ausgesprochen. Zur Beseitigung von Unklarheiten und Unsicherheiten wurde im Juli 2014 durch die Vertragsparteien in der Pflege nach § 113 SGB XI entschieden, dass das Strukturmodell mit den bestehenden Gesetzen, Verträgen und Qualitätsprüfungsinhalten vereinbar ist.

Zur bundesweiten Umsetzung hat der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Herr Staatssekretär Karl-Josef Laumann, ein Projektbüro eingerichtet. Die Rolle der PKV besteht darin, die Pflegeeinrichtungen im Rahmen der von ihrem Prüfdienst durchgeführten Qualitätsprüfungen auch zu diesem Thema zu beraten und sich an den entsprechenden Begleitgremien auf Landesebene zu beteiligen.

Internetauftritt www.pflegeberatung.de



Mitte des Jahres 2014 hat Verband der Privaten Krankenversicherung sein Internetangebot durch die Freischaltung eines Pflegeportals erweitert. Unter www.pflegeberatung.de erhalten Betroffene und pflegende Angehörige nun auch online umfassende Informationen zur Pflege und konkrete Hilfsangebote einschließlich einer umfassenden Datenbank. Es handelt sich dabei um ein gemeinsames Projekt des PKV-Verbandes und seiner Tochterunternehmen COMPASS Private Pflegeberatung und MEDICPROOF.

Das neue Pflegeportal ist als praktischer Ratgeber konzipiert und soll den Nutzer bei der Bewältigung des Pflegefalls konkret unterstützen. Für die Suche nach einer passenden Pflegeeinrichtung wurde eine einfach bedienbare Suchfunktion in einer umfangreichen Datenbank zur Verfügung gestellt. Dem Nutzer werden beispielsweise Leistungen und Kosten einzelner Einrichtungen angezeigt. Mit einem Kosten-Leistungs-Rechner für ambulante Pflegedienste kann ein Orientierungspreis für das individuelle Leistungspaket berechnet werden.

Zusätzlich enthält das Pflegeportal auch ein Angebot zum persönlichen Erfahrungsaustausch der Betroffenen untereinander. Eine ehrenamtliche Laienredaktion aus Pflegenden und Pflegebedürftigen schildert persönliche Erfahrungen, gibt Ratschläge und beantwortet Fragen anderer Nutzer. Zugleich stehen Experten aus Wissenschaft und Praxis den Nutzern mit hilfreichen Tipps zur Seite. Weitere praktische Hinweise, Checklisten sowie Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung runden das Angebot ab.

Recht der Versicherungsleistungen

Mit Beschluss vom 26. März 2014 (Az. 1 BvR 1133/12) entschied das Bundesverfassungsgericht, dass die geringeren Geldleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege durch Familienangehörige gegenüber den Geldleistungen beim Einsatz bezahlter Pflegekräfte nicht gegen das Grundgesetz verstoßen. Die häusliche Pflegehilfe sei eine Sachleistung, bei der die Pflegebedürftigen die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch personelle Hilfe Dritter erhalten. Das Pflegegeld sei im Gegensatz dazu nicht als Entgelt ausgestaltet. Es solle vielmehr im Sinne einer materiellen Anerkennung einen Anreiz darstellen und zugleich die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen stärken, indem diese das Pflegegeld zur freien Gestaltung ihrer Pflege einsetzen können. Der Gesetzgeber dürfe davon ausgehen, dass die Entscheidung zur familiären Pflege nicht abhängig ist von der Höhe der Vergütung, die eine professionelle Pflegekraft für diese Leistung erhält. Die gegenseitige Beistandspflicht von Familienangehörigen rechtfertige es, das Pflegegeld in vergleichsweise niedrigerer Höhe zu gewähren.

Das Bundesverwaltungsgericht hat am 28. Mai 2015 in einem Beschluss (Az. 8 B 71.13) die Revision gegen ein Urteil des VGH Kassel (Az. 10 A 902/13) nicht zugelassen. Der VGH hatte am 8. August 2013 entschieden, dass die Wäsche-kennzeichnung in Pflegeheimen als Teil der Regelleistung „Wäscheversorgung“ mit den Pflegesätzen abgegolten ist und nicht als Zusatzleistung gesondert zu vergüten sei. § 4 des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI in Hessen sehe als Regelleistung u. a. die Verpflichtung des Heimträgers vor, die persönliche Wäsche und Kleidung des pflegebedürftigen Menschen bereitzustellen, instand zu halten und zu reinigen. Der als Regelleistung zu erbringende Vorgang der „Wäscheversorgung“ ist demzufolge umfassend zu verstehen und erfasst nicht nur den eigentlichen Waschvorgang, sondern auch die erforderlichen heiminternen Organisationsmaßnahmen, durch die gewährleistet wird, dass gebrauchte Wäsche der Heimbewohner aus deren Räumlichkeiten bedarfsabhängig entnommen, dem Waschvorgang zugeführt und nach der Reinigung ordnungsgemäß dem jeweiligen Heimbewohner wieder zugeordnet und zugeführt wird sowie die hierzu erforderlichen tatsächlichen Handlungsabläufe. Eine nach Maßgabe der betrieblichen Organisation des jeweiligen Pflegeheims gegebenenfalls erforderliche Wäschekennzeichnung ist damit Teil der Regelleistung „Wäscheversorgung“.

In einem Urteil vom 2. Juli 2014 hat das OLG Zweibrücken (Az. 1 U 143/13) aufgrund einer Klage der Verbrauchzentrale entschieden, dass Kosten der Unterbringung in einer Kurzzeitpflege nicht ohne weiteres auf Angehörige oder ehrenamtliche Betreuer abgewälzt werden dürfen. Eine Schuldbetrittserklärung mit dem Inhalt, dass sich der Beitretenden verpflichtet, selbständig und neben dem Pflegegast für die Verpflichtungen des Pflegegastes aus dem Heimvertrag aufzukommen, ohne eine Begrenzung in der Höhe (maximal das Doppelte) sei unzulässig. Die Revision zum BGH hinsichtlich der Frage, ob überhaupt eine solche Sicherheitsleistung möglich sei, wurde zugelassen.

Das LSG Baden-Württemberg hat am 18. Juli 2014 entschieden (Az. L 4 P 5119/11), dass es sich bei der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI nicht um eine Geldleistung sondern um eine Sachleistung handelt, mit der Folge, dass ein Leistungsanspruch bei einem Auslandsaufenthalt (hier der Schweiz) gem. § 34 SGB XI ruht. Die Verhinderungspflege sei kein Surrogat des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI. Nur unter den Voraussetzungen des § 34 Abs.1 Nr.1 Satz 3 SGB XI komme eine Verhinderungspflege als Sachleistung in Betracht. Danach bestehe ein Anspruch auf Pflegesachleistung für einen Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringe, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthalts begleite. Nur für die bisher durch professionelle Pflegekräfte erbrachte Pflegesachleistung ruhe der Leistungsanspruch nicht.

Am 25. Juni 2014 hat das Bayerische Landessozialgericht (Az. L 2 P 81/12) festgestellt, dass im Rechte der privaten Pflegepflichtversicherung keine Regelungslücke für die Pflegebedürftigkeit von Kindern bestehe, da § 1 Abs. 7 MB/PPV die Regelung des § 15 Abs. 2 SGB XI zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern übernommen habe. Abzustellen sei hierbei auf den zusätzlichen Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind, also im Bereich der Grundpflege auf den Grundpflegemehrbedarf.

Medizinische Begutachtung der Antragsteller (Medicproof)

Die Leistungsvoraussetzungen für die private Pflegepflichtversicherung werden von der MEDICPROOF GmbH festgestellt. Mit 160.217 bearbeiteten Aufträgen ergab sich 2014 gegenüber dem Vorjahr (155.511 Aufträge) ein Anstieg von 3 Prozent. Davon entfielen 23 Prozent auf die stationäre und 77 Prozent auf die ambulante Pflege. Nach Abzug von zurückgezogenen Aufträgen erstellte MEDICPROOF im Jahr 2014 insgesamt 145.874 Gutachten.

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 ggfs. erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt durch unabhängige Gutachter. Aufgabe von MEDICPROOF ist es, eine bundesweit und versicherungsübergreifend einheitliche Begutachtung sicherzustellen. MEDICPROOF fungiert dabei als neutraler Dienstleister für alle privaten Krankenversicherungsunternehmen, koordiniert und sichert die Qualität der Begutachtung. Ein Gutachten kann durch eine pflegefachliche Stellungnahme ergänzt werden, wenn es um die Klärung spezifischer pflegerischer Sachverhalte geht. Darüber hinaus 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 Pflegefachkräfte 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.

Externe Gutachter

Die Zahl der externen Gutachter richtet sich nach dem Aufkommen von Begutachtungen. Entsprechend wurde der Stamm der Gutachter im vergangenen Jahr erneut weiter ausgebaut. Mit Stand vom 31. Dezember 2014 waren 1.093 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig, 854 Ärzte und 239 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 Aufbauseminare mit speziellen Themenschwerpunkten und Erfahrungsaustausche zu Fragen der Pflegebegutachtung mit Fallbesprechungen durch. Darüber hinaus steht den Gutachtern eine eigens für die Begutachtung in der privaten Pflegepflichtversicherung eingerichtete Wissensdatenbank mit E-Learning-Modulen und Schulungsfilmen zur Verfügung.

Ergebnisse der gutachterlichen Feststellungen

Als Ergebnis der gutachterlichen Feststellung ergaben sich für das Jahr 2014 folgende Einstufungen:

Erstgutachten	ambulant	stationär	gesamt
keine Pflegebedürftigkeit	28,2%	12,0%	25,4%
Pflegestufe I	51,7%	46,7%	50,9%
Pflegestufe II	16,8%	33,4%	19,6%
Pflegestufe III	3,3%	8,0%	4,1%
alle Einstufungsgutachten	ambulant	stationär	gesamt
keine Pflegebedürftigkeit	19,1%	5,0%	15,6%
Pflegestufe I	43,1%	27,1%	39,2%
Pflegestufe II	28,8%	45,3%	32,8%
Pflegestufe III	9,0%	22,6%	12,3%

Quelle: MEDICPROOF GmbH (1.1. bis 31.12.2014)

R14/3601

Die nachfolgende Tabelle liefert eine Übersicht über die Verteilung des Grades der Einschränkung der Alltagskompetenz bei den im Jahr 2014 durchgeführten Erstbegutachtungen.

Erstgutachten	ambulant			stationär		
	nicht (erheblich) eingeschränkt	erheblich eingeschränkt	in erhöhtem Maße eingeschränkt	nicht (erheblich) eingeschränkt	erheblich eingeschränkt	in erhöhtem Maße eingeschränkt
keine Pflegebedürftigkeit	73,5%	21,2%	5,2%	66,8%	27,1%	6,1%
Pflegestufe I	72,0%	15,9%	12,2%	53,9%	27,0%	19,1%
Pflegestufe II	66,7%	16,8%	16,6%	43,6%	27,9%	28,5%
Pflegestufe III	61,5%	19,9%	18,6%	31,5%	35,8%	32,6%
alle Einstufungsgutachten	71,2%	17,7%	11,1%	50,3%	28,0%	21,7%

Quelle: MEDICPROOF GmbH (1.1. bis 31.12.2014)

R14/3602

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-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) zum 30. Oktober 2012 wurde diese Vorgabe konkretisiert: Die Pflegekasse hat nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen, es sei denn sie ist nicht verantwortlich für die Verzögerung 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 von den 35 Tagen insgesamt 25 Kalendertage zur Auftrags erledigung zur Verfügung.

In den Jahren 2013 und 2014 wurden umfangreiche organisatorische und technische Maßnahmen zur Verkürzung der Bearbeitungszeiten umgesetzt. So werden die Begutachtungsaufträge und Gutachten zwischen MEDICPROOF und den Gutachtern schon seit Mitte 2013 online übermittelt und innerhalb der MEDICPROOF-Zentrale digital bearbeitet. Durch ein umfassendes Schulungsprogramm wurden die Gutachter auf die neuen Verfahren vorbereitet. Durch Implementierung weiterer technischer und prozessualer Verfahrensänderungen können seit Mitte des Jahres auch die Verzögerungen nach Verzögerungsursache zuverlässig ausgewertet werden.

Im Verlauf des Jahres 2014 erfolgte ein weiterer wichtiger Schritt hin zur Digitalisierung und damit zu weiteren Prozessverbesserungen. Bis auf wenige Ausnahmen haben sich alle auftraggebenden Versicherungsunternehmen digital an MEDICPROOF angebunden. Damit erfolgen auch die Beauftragung und die Rücksendung der Gutachten mittlerweile zum überwiegenden Teil online.

Aufgrund dieser Maßnahmen konnte MEDICPROOF die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Eingang eines Fristgutachtauftrags bis zur Rücksendung des fertigen Gutachtens im Verlauf des Jahres deutlich reduzieren: Sie lag zum Jahresende 2014 bei 13,2 Tagen (nach 17,2 Tagen im Juni 2014). Dabei sind die 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) hier heraus gerechnet.

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 stichprobenartig bei einem Prozent aller Gutachten 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. Sie ermöglichen es, Schwachstellen zu erkennen und zu beseitigen und bilden damit die Grundlage für Schulungskonzepte.

Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedeutet einen Paradigmenwechsel in der Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Daher hat der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2012 installierte „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ empfohlen, das neue Begutachtungsassessment (NBA) vor dessen Einführung im Hinblick auf seine Umsetzbarkeit in der gutachterlichen Praxis zu überprüfen. Gemeinsam mit den Medizinischen Diensten hat sich MEDICPROOF der fachlichen Verantwortung gestellt, die Praktikabilität und die sachliche Angemessenheit des NBA in seiner aktuellen Version zu testen. Sechs MEDICPROOF-Gutachter (von insgesamt 86 beteiligten Gutachtern) haben 120 Erwachsene (von insgesamt ca. 1.700 Erwachsenen) mit dem Studien-Erhebungsbogen parallel zum alten Begutachtungsverfahren begutachtet. Im Projekt wurde unter der Leitung der Hochschule für Gesundheit in Bochum fachlich eng zwischen MDS/MDK und MEDICPROOF zusammengearbeitet. In ganztägigen themenbezogenen Workshops diskutierten die Fachleute die zentralen Projektfragen (Implementierungsprozess, Pflegebedürftigkeit von Kindern, besondere Bedarfskonstellationen, Abklärung des Rehabilitationsbedarfs).

Die Praktikabilitätsstudie ist sowohl bei den MEDICPROOF- als auch bei den MDK-Gutachtern als zukünftige Anwender des NBA auf positive Resonanz gestoßen. Durch den partizipativen Forschungsansatz konnten die Gutachter auf dem Weg der Implementierung einbezogen werden und viele wertvolle Hinweise geben. Gleichzeitig wurden die Gutachter bereits jetzt für die neue Begutachtungsphilosophie sensibilisiert und auf die anstehende Systemumstellung vorbereitet.

MEDICPROOF wird sich auch weiterhin sowohl im Arbeitsgremium als auch im Begleitgremium engagieren, um einerseits frühzeitig die Schulung der Gutachter vorbereiten zu können und andererseits die Besonderheiten der Privat-Pflegepflichtversicherten in den Diskussionsprozess einzubringen.

Beziehungen zu den Leistungserbringern

Die nachfolgend aufgeführten Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI wurden unter Beteiligung der PKV 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-Neuausrichtungsgesetz (vom 29. Oktober 2012), die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI (zum 1. Juni 2011 in Kraft getreten) und die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (Dezember 2012).

Zur teilstationären Pflege wurden Verhandlungen zu den Rahmenverträgen in Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Saarland, zur Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen sowie zur vollstationären Pflege in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland geführt.

Darüber hinaus fanden Verhandlungen zu den Rahmenverträgen zur ambulanten Pflege in Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland statt.

Die mit dem PNG eingeführten Leistungen zur Häuslichen Betreuung bestimmten in einigen Bundesländern weiterhin die Verhandlungen. Eine Überarbeitung und Ergänzung des Leistungskomplexsystems erfolgte in den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg und Rheinland-Pfalz und Niedersachsen.

Verhandlungen zur Vereinbarung einer Zeitvergütung nach § 89 SGB XI als alternative Vergütungsform für die Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung wurden in den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern geführt.

Daneben erfolgten auch Verhandlungen über Steigerungen der Vergütungen in der ambulanten Pflege sowie den Umfang der für die Inanspruchnahme der vereinbarten Steigerungen notwendigen vorzulegenden Kalkulationsunterlagen. Ergänzend fanden für den Bereich der ambulanten Pflege Beratungen im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI, Verhandlungen über die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI oder Gespräche mit den Verbänden der Leistungserbringer statt.

Die Verhandlungen über die Steigerung der Vergütungen der stationären Pflegeeinrichtungen erfolgte vereinzelt im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI oder aber auch durch Verhandlungen mit den Verbänden der Leistungserbringer. Im Rahmen von Einzelverhandlungen wurden mit der überwiegenden Anzahl von Pflegeeinrichtungen Verhandlungen geführt. Umfangreiche Vorbereitungen fanden zudem zur Umsetzung der ab 1. Januar 2015 geltenden Rechtslage zur Umsetzung von § 87b SGB XI in den Ländern statt.

Rahmenverträge

Verhandlungen der
Pflegevergütungen
(ambulant)Verhandlung der
Pflegevergütungen
(stationär)

Die Schiedsstellen nach § 76 SGB XI haben sich immer wieder mit den vom BSG aufgestellten Grundsätzen zur Plausibilitätsprüfung, zur Vorlage geeigneter Unterlagen, zum Gewinnzuschlag und zum externen Vergleich zu beschäftigen. In Sachsen wurde aufgrund der Nichteinigung in einzelnen Punkten zum Rahmenvertrag zur ambulanten Pflege die Schiedsstelle angerufen. Auch nach Wiederaufnahme der Verhandlungen der Vertragspartner des Rahmenvertrages zur ambulanten Pflege konnte keine Einigung in allen Punkten erreicht werden, so dass die Schiedsstelle hierüber entscheiden muss. Auch der Rahmenvertrag zur stationären Pflege in Rheinland-Pfalz wurde nach Nichteinigung der Vertragspartner durch die Schiedsstelle festgesetzt. Eine Entscheidung der Schiedsstelle in Bayern 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 %. Durch die PKV wurden im Jahr 2014 bundesweit 1,573 Mio. Euro (Vorjahr: 1,550 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 1,700 Mio. Euro (Vorjahr: 1,110 Mio. Euro).

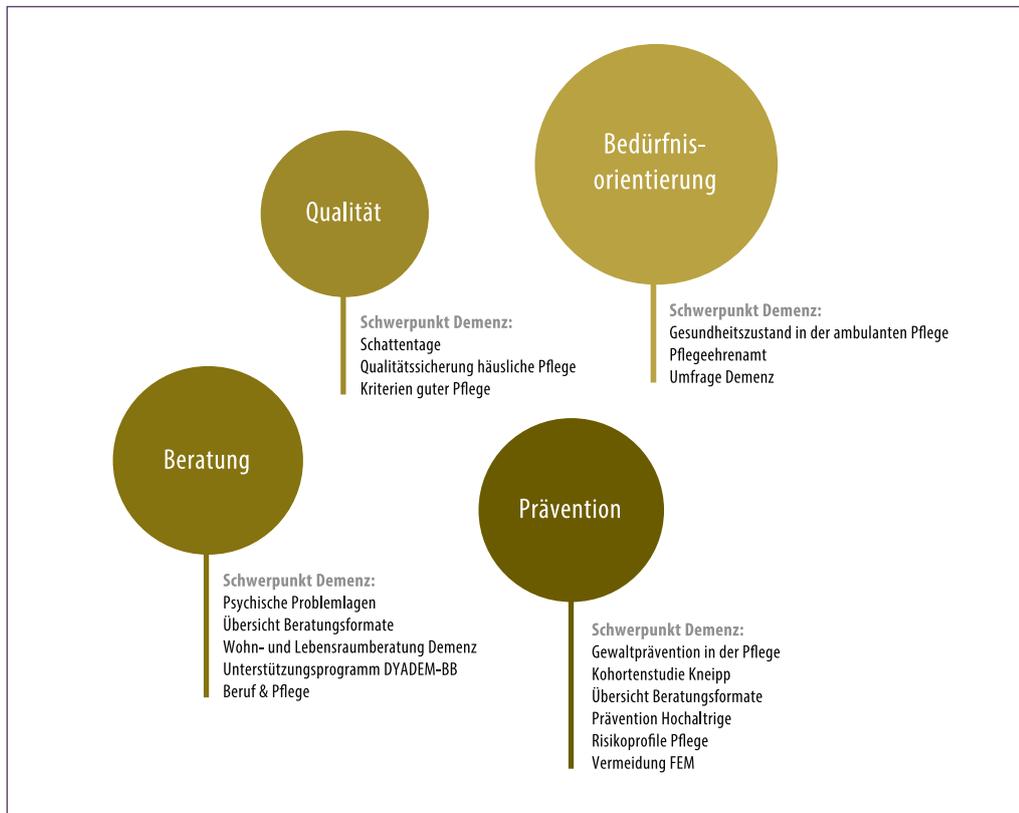
Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) leistete auch 2014 mit seinen Projekt- und Studienergebnissen wichtige Beiträge für eine bessere Qualität der deutschen Langzeitpflege.

Im Fokus der Stiftungsarbeit stand hierbei der Themenschwerpunkt „Demenz“, denn die Herausforderungen durch diese Erkrankung sind enorm: Etwa 1,4 Millionen Menschen leben bereits heute mit der Diagnose; Prognosen sprechen von knapp 3 Millionen Betroffenen im Jahr 2050. Schon heute gehört die Erkrankung damit zu den häufigsten Ursachen für den Einzug in ein Pflegeheim. Zugleich stellt eine hochwertige und an der Lebensqualität orientierte Versorgung demenziell erkrankter Menschen besondere Anforderungen an Familien und professionelle Pflege.

Durch breit angelegte Maßnahmen hat das ZQP im Rahmen seines Themenjahres Beiträge dazu geleistet, diesen Herausforderungen zu begegnen. Durch Informationen und Aufklärung wurde einerseits dazu beigetragen innerhalb der Gesellschaft bestehende Ängste vor der Erkrankung abzubauen. Zugleich wurden innovative Ideen erprobt, um die Versorgung der rasch wachsenden Bevölkerungsgruppe demenziell erkrankter Menschen zu verbessern. Beispielsweise untersuchte die Stiftung auch die Möglichkeiten und Grenzen von Tablet-Computern als nicht-medikamentöser Therapie-Ansatz in der stationären Langzeitpflege. Darüber hinaus wurden die Belastung pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten Menschen untersucht und Anknüpfungspunkte zu deren Entlastung und Unterstützung evaluiert. Auf Basis der Erkenntnisse wurde zudem ein spezifischer Themenratgeber für pflegende Angehörige zur Gestaltung des Zusammenlebens mit einem demenziell erkrankten Partner in den eigenen vier Wänden erarbeitet.

ZQP-Themenbereiche und Projekte des ZQP-Schwerpunktthemas 2014 „Demenz“



Auch in ihren anderen Arbeitsfeldern konnte die Stiftung 2014 wichtige Impulse zur Verbesserung der Versorgungsqualität von pflegebedürftigen Menschen setzen. Ein Hauptaugenmerk des ZQP im Kontext der Prävention lag auf der Fragestellung, wie Gewalt in der Pflege verhindert werden kann. Hierzu veröffentlichte das ZQP ein Internetportal zur Gewaltprävention (<http://pflege-gewalt.de>). Dieses stellt für verschiedene Zielgruppen fundierte Informationen, Hinweise zu Entlastungsmöglichkeiten sowie Kontaktdaten zu bundesweiten Krisentelefonen zur Verfügung. Die Initiative hierfür ging zurück auf eine gemeinsame Veranstaltung des ZQP und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), bei der sowohl die Relevanz als auch der dringend bestehende Informationsbedarf zum Thema „Gewaltprävention in der Pflege“ deutlich wurden.

Zudem brachte das ZQP im Themenfeld „Bedürfnisorientierung in der Pflege“ wichtige Aspekte in den aktuellen Diskurs für eine bessere palliative Versorgung pflegebedürftiger Menschen ein. Zur Diskussion um die individuelle Versorgung am Lebensende veröffentlichte die Stiftung zudem zwei Studien und widmete sich dem Thema auch im Rahmen seiner Veranstaltungsreihe „Pflege kontrovers“. Durch die Veröffentlichung der Studienergebnisse zu kulturellen Bedürfnissen türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege trieb das ZQP auch den Diskurs um Diversität und einer bedürfnisorientierteren Versorgung pflegebedürftiger Menschen voran.

Weiterhin arbeitete die Stiftung an Konzepten zur Optimierung der Versorgungsqualität von pflege- und hilfsbedürftigen Menschen in der häuslichen Pflege. In einem vom ZQP beauftragten Gutachten wurden hierzu Ansatzpunkte identifiziert. Gemeinsam mit den relevanten Akteuren des deutschen Gesundheitswesens

begann das ZQP auf Grundlage der Empfehlungen einen – bisher nicht vorhandenen – Qualitätsrahmen für das häusliche Pflegesetting zu erstellen.

Insgesamt bearbeiteten die 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stiftung 44 Projekte. 16 Projekte wurden initiiert, 12 abgeschlossen und erfolgreich publiziert.

Im Jahr 2014 begonnene Projekte des ZQP

Lfd.-Nr.	Projekt
1	Erforschung kultursensitiver Pflegebedürfnisse älterer, türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten im ambulanten Bereich
2	Entwicklung einer Handreichung zum Theorie-Praxis-Transfer zur Mobilisierung hochaltriger Bewohner in stationären Einrichtungen
3	Konzeption und Entwicklung eines Themenreports zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
4	Konzeption und Entwicklung eines Ratgebers für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige zur Beurteilung guter Pflege
5	Studie zu Inkontinenz, Mobilität und kognitiven Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste
6	Recherche und Aufbau eines umfassenden Onlineangebotes zur Vermeidung von Krisenfällen in der Pflege
7	Entwicklung eines Praxisratgebers zur Unterstützung pflegender Angehörige bei der Körperpflege pflegebedürftiger Menschen
8	Untersuchung zu Entlastungsmöglichkeiten pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten Menschen
9	Entwicklung einer Online-Informationssseite zum Thema „Entbürokratisierung in der Pflege“
10	Erstellung einer Online-Übersicht zum aktuellen Wissensstand in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege
11	Aufbau einer Online-Übersicht zu Qualitätssiegeln & Zertifikaten in stationären und ambulanten Einrichtungen
12	Konzeption und Entwicklung eines Praxisratgebers für den Pflegealltag zum Thema „Ernährung pflegebedürftiger Menschen“
13	Konzeption und Entwicklung eines Praxisratgebers für den Pflegealltag zum Thema „Komplementäre und alternative Pflege“
14	Weiterentwicklung der Online-Übersicht zu Pflegeleitlinien und Standards in Deutschland
15	Erstellung eines Berichts zum Stand und zu Handlungsfeldern der Pflegeforschung in Deutschland
16	Studie zum Theorie-Praxis-Transfer in der Pflege

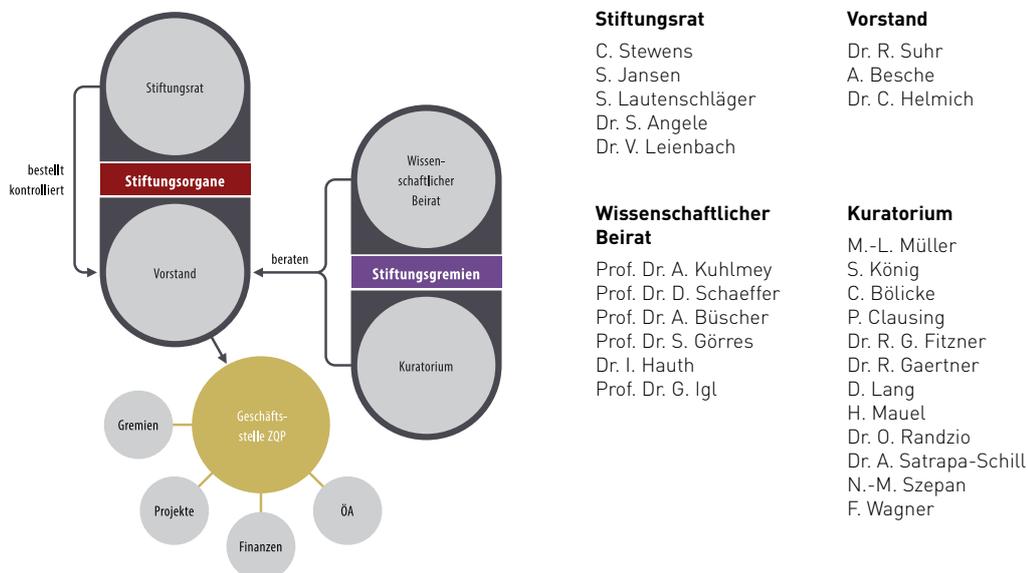
Die Außendarstellung des ZQP konnte 2014 in allen Kommunikationsbereichen inhaltlich weiterentwickelt und die Stiftung durch verschiedene Maßnahmen wirksam in der Öffentlichkeit positioniert werden. Im Vergleich zum Vorjahr gelang 2014 hierbei eine Steigerung der Resonanz in den Printmedien um rund 20 Prozent bei gleichzeitiger Erhöhung der Leserreichweite um 50 Prozent. Diese überproportionale Reichweitzunahme wurde durch eine erhöhte Zahl von Publikationen und Interviews in auflagenstärkeren Publikumsmedien erreicht.

Medienübergreifend wurde in knapp 3.000 Beiträgen über die unterschiedlichen Projektthemen der Stiftung berichtet (Print, Online, TV, Radio). Auch konnten 2014 erstmals mehrere Artikel von ZQP-Autoren in hochrangigen internationalen wissenschaftlichen Journalen veröffentlicht werden. Wiederum hatte die anhaltend gute Medienresonanz positive Auswirkungen auf die Besucherquote der ZQP-Internet-Plattform. In der Gesamtbetrachtung stiegen auf der Onlineplattform die Gesamtzugriffszahlen im Vergleich zum gesamten Vorjahr um 45 Prozent. Die Besucher auf dem 2014 neu aufgebauten Portal zur „Gewaltprävention in der Pflege“ trugen hierbei – obwohl dieses erst im 2. Halbjahr 2014 gestartet wurde – zu mehr als einem Fünftel zu dieser Zunahme bei.

An der verstärkten öffentlichen Wirksamkeit der Stiftungsarbeit haben nicht zuletzt auch die unterschiedlichen Veranstaltungsformate des ZQP ihren Anteil. Dazu hat das ZQP neben Fachtagungen und -foren mit dem Diskussionsformat „Pflege kontrovers“ einen Themenabend entwickelt, der im Pflegeumfeld mittlerweile fest etabliert ist. Auch 2014 diskutierten in diesem Rahmen mehrmals Podiumsgäste aus Politik, Wissenschaft und Praxis pflegepolitisch aktuelle Themen.

Daneben wurden politische Kontakte auf Bundes- und Länderebene weiter ausgebaut, beispielsweise zu Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags sowie zu verschiedenen Landesministerien. Ebenso konnten die Netzwerke zu den großen Verbänden im Gesundheits- und Sozialwesen, zum Deutschen Pflegerat, zu Ärztevertretern sowie zu Patientenorganisationen gestärkt werden. Auch internationale Kontakte zu wissenschaftlichen Einrichtungen und pflegepolitischen Akteuren wurden ausgebaut.

Aufbau des ZQP und Mitglieder der Organe und Gremien 2014





4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen



4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen

Rechengrößen 2014

Die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2015 legt die für das Jahr 2015 maßgebenden Rechengrößen fest. Es ergibt sich daraus eine Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für 2015 in den alten Bundesländern in Höhe von 72.600 Euro jährlich und 6.050 Euro monatlich (Vorjahr: 71.400 Euro jährlich bzw. 5.950 Euro monatlich) und in den neuen Bundesländern von 62.400 Euro jährlich bzw. 5.200 Euro monatlich (Vorjahr: 60.000 Euro jährlich bzw. 5.000 Euro monatlich). Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit Abs. 6 SGB V 54.900 Euro jährlich bzw. 4.575 Euro monatlich (Vorjahr: 53.550 Euro jährlich bzw. 4.462,50 Euro monatlich). Sie gilt für das Neugeschäft seit 1. Januar 2003. Für diejenigen, die am Tag vor dem Inkrafttreten des Beitragssatzsicherungs-gesetzes (BGBl. I 2002, S. 4637), also am 31. Dezember 2002, wegen Überschrei-tens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und in einer privaten substitutiven Krankenversicherung versichert waren, beträgt gemäß § 6 Abs. 7 SGB V die Jahresarbeitsentgeltgrenze 2015 49.500 Euro jährlich bzw. 4.125 Euro monatlich (Vorjahr: 48.600 Euro jährlich bzw. 4.050 Euro monatlich). Die Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung betragen für das Jahr 2015 ebenfalls 49.500 Euro jährlich bzw. 4.125 Euro monatlich (Vorjahr: 48.600 Euro jährlich bzw. 4.050 Euro monatlich).

Nach den vorgegebenen Rechengrößen beträgt die Bezugsgröße 2015 gemäß § 18 SGB IV 34.020 Euro jährlich bzw. 2.835 Euro monatlich in den alten und 28.980 Euro jährlich bzw. 2.415 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 2015 bundeseinheitlich monatlich 405 Euro (Vorjahr: 395 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 945 Euro (Vorjahr: 921,67 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 2.126,25 Euro (Vorjahr: 2.073,75 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 allgemeinen Beitragssatzes von 14 Prozent (Beitragssatz für Versicherte, die kein Krankengeld beziehen) ergibt sich für

Beitragsbemessungs-
und Jahresarbeitsentgelt-
grenzen

Bezugsgröße

Familienversicherung in
GKV und SPV

Mindestbeitrag freiwilliger
GKV-Mitglieder

Beitragszuschuss
für ALG II-Bezieher

2015 daraus ein Zuschuss in Höhe von 136,93 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 2015 bei einem Beitragssatz von 2,35 Prozent 24,12 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 (2015: 319,69 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 2015 128,86 Euro monatlich (Vorjahr: 126 Euro) ausmacht. In den neuen Bundesländern hat dieser Beitragszuschuss keine Bedeutung.

Nicht erwerbsmäßig tätige
Pflegerpersonen

Nach § 166 Abs. 2 SGB VI errechnet sich in dort bestimmter Weise aus der Bezugsgröße die beitragspflichtige Einnahme rentenversicherungspflichtiger, nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegerpersonen, 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 2015 in Euro
 (bisherige Werte in Klammern)

		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung	jährlich	72.600	(71.400)	62.400	(60.000)
	monatl.	6.050	(5.950)	5.200	(5.000)
Beitragsbemessungsgrenze Kranken-, Pflegeversicherung	jährlich	49.500	(48.600)	49.500	(48.600)
	monatl.	4.125	(4.050)	4.125	(4.050)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	54.900	(53.550)	54.900	(53.550)
	monatl.	4.575	(4.462,50)	4.575	(4.462,50)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	49.500	(48.600)	49.500	(48.600)
	monatl.	4.125	(4.050)	4.125	(4.050)
Bezugsgröße	jährlich	34.020	(33.180)	28.980	(28.140)
	monatl.	2.835	(2.765)	2.415	(2.345)
Geringfügigkeitsgrenze		450		450	
Einkommensgrenze für Familienversicherung		405 (395)		405 (395)	
Allgemeiner Beitragssatz der GKV		14,6 % (15,5 %)		14,6 % (15,5 %)	
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		301,13 (295,65)		301,13 (295,65)	
Höchstbeitrag PVN	einzel	96,64	(83,02)	96,64	(83,02)
	Ehegatten (150 %)	145,41	(124,53)	145,41	(124,53)
	Ehegatten (75 %)	72,70	(62,26)	72,70	(62,26)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	48,47	(41,51)	48,47	(41,51)
	Höchstbeitrag PVB	48,47	(33,21)	48,47	(33,21)
Höchstbeitrag PVB	einzel	48,47	(33,21)	48,47	(33,21)
	Ehegatten (150 %)	58,17	(49,82)	58,17	(49,82)
	Ehegatten (75 %)	29,09	(24,91)	29,09	(24,91)
	Basistarif	48,47	(41,51)	48,47	(41,51)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	24,24	(20,76)	24,24	(20,76)
Zuschuss zur PPV		48,47 (41,51)		48,47 (41,51) in Sachsen 27,84 (21,26)	
Höchstbeitrag Basistarif		639,38 (627,75)		639,38 (627,75)	
Höchstbeitrag Standardtarif		639,38 (627,75)		639,38 (627,75)	
Zuschuss zur Krankenversicherung für ALG II-Empfänger		136,93 (142,13) 319,69 (313,88)*		136,93 (142,13) 319,69 (313,88)*	
Zuschuss zur Pflegeversicherung für ALG II-Empfänger		24,12 (20,52)		24,12 (20,52)	

* 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 (2015: 319,96 Euro) erhöht.

R14/4101

Arzneimittelrabatte nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel (AMRabG)

Nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel (AMRabG) haben die pharmazeutischen Unternehmer den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfeträgern für verschreibungspflichtige Arzneimittel Abschläge zu gewähren. Ein Teil der pharmazeutischen Unternehmer verweigert die Zahlung. Zur Klärung der rechtlichen Einwände sind verschiedene Rechtsstreitigkeiten anhängig. Bislang haben alle befassen Gerichte die Zahlungsverpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer bestätigt, OLG München, Urteil vom 8. Mai 2014 (23 U 4155/13); OLG Nürnberg, Urteil vom 15. Juli 2014 (4 U 286/14) sowie Landgericht Saarbrücken, Urteil vom 12. Mai 2014 (9 O 221/12). Die Urteile sind noch nicht rechtskräftig.

Zur Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten hat der PKV-Verband zudem mit verschiedenen pharmazeutischen Unternehmern Musterprozessvereinbarungen mit der Möglichkeit zum Beitritt für alle abschlagsberechtigten Stellen ausgehandelt.

Des Weiteren wurden zum Ende des Jahres 2014 Klagen gegen Pharmahersteller, die die Abschlagszahlung verweigern, eingereicht. Die abschlagsberechtigten Stellen (PKV-Unternehmen und einige Hundert Beihilfestellen) machen in diesen Verfahren die offenen Ansprüche im Wege von Streitgenossenschaften nach §§ 59, 60 ZPO geltend.

4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft

Wettbewerbsrechtliche Schritte gegen irreführende Werbung im Internet – PKV für 59 EUR?

Der PKV-Verband hat erste wettbewerbsrechtliche Schritte gegen irreführende Tarifwerbung im Internet eingeleitet. Anlass dafür ist der Umstand, dass auf verschiedenen Internetportalen, die Vergleichs- und Vermittlungsdienstleistungen in Bezug auf Private Krankenversicherungen anbieten, für besonders günstig erscheinende Tarife geworben wird, wobei die dargestellten Tarif-Berechnungsgrundlagen unrichtig bzw. falsch sind. Es liegen mehrfache Verstöße durch unzutreffende oder intransparente Angaben bzw. auch mittels Irreführung durch Unterlassen gegen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) vor, die geeignet sind, eine Fehlvorstellung beim Verbraucher hervorzurufen.

Im Fokus der Werbung stehen Schriftzüge, die eine Private Krankenversicherung „ab 59 Euro/mtl.“ bewerben. Zum Teil finden sich ergänzende - jedoch unvollständige - Angaben zu den persönlichen Anforderungen an den Kunden sowie über das Leistungsspektrum des beworbenen Tarifs. Vereinzelt fehlen derartige Zusätze komplett. Bezeichnend für alle wettbewerbswidrigen Angebote ist die fehlende oder unvollständige Benennung von marktüblichen Vertragsabschlussbedingungen bei Neuabschluss, wie etwa die Höhe der Selbstbeteiligung, der Umfang des Zahnschutzes, die Unterkunft im Ein-/ Zwei- oder Mehrbettzimmer und die Chefarztbehandlung. Auffällig ist außerdem, dass oftmals Tarifbeiträge für 20-Jährige beworben werden, die nach Rechtsgrundlage des § 10 Abs. 3 KalV ohne Alterungsrückstellungen und nach Rechtsgrundlage des § 12 Abs. 4a VAG ohne gesetzlichen Zuschlag kalkuliert sind.

Die Werbung mit Tarifbeiträgen für die Altersstufe 20 erscheint besonders irreführend, da der Abschluss einer Privaten Krankenversicherung auf einen lebenslangen Versicherungsschutz ausgelegt ist und der Versicherte bei Abschluss eines Versicherungsvertrages zwingend mit der Bildung von Alterungsrückstellungen rechnen muss und demgemäß auch mit einem Beitrag rechnen muss, der die Bildung von Alterungsrückstellungen vorsieht. Entsprechendes gilt auch für den zwingend vorgesehenen gesetzlichen Zuschlag, der spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres folgt, zu erheben ist. Es erscheint irreführend, wenn mit einem zeitlich befristeten Beitrag, der sich planmäßig ab Vollendung des 21. bzw. 22. Lebensjahres fast verdreifacht, für ein lebenslang laufendes Produkt geworben wird, wenn dabei jeglicher Hinweis auf die bei Vertragsabschluss bereits feststehende zukünftige Prämienentwicklung unterbleibt. Derartige Werbung enthält den angesprochenen Verbrauchern bewusst wesentliche Informationen vor, die zur Beeinflussung der Entscheidung geeignet sind.

Zur Substantiierung der Abmahnungen hat die Verbandsgeschäftsführung zunächst eine Sonderabfrage bei den Mitgliedsunternehmen insbesondere zu der Frage durchgeführt, zu welchen marktüblichen Konditionen ein Neuvertrag unter 120 Euro Beitrag abgeschlossen werden kann. Bezogen auf die Beitragseinnahmen haben sich Unternehmen mit einem Marktanteil von 96 Prozent an der Umfrage beteiligt. Die Frage nach einem Neuzugangsbeitrag zum jüngsten Erwachsenenalter (ab Vollendung des 21. Lebensjahres) unter 120 Euro wurde von allen Unternehmen verneint.

Im Anschluss an die Umfrage ist eine Anwaltssozietät damit beauftragt worden, erste Abmahnschreiben einschließlich Verpflichtungs- und Unterlassungserklärungen auf den Weg zu bringen. Bisher sind insgesamt sechs Betreiber von Internetseiten der oben genannten Art abgemahnt worden. Weitere Abmahnungen werden derzeit vorbereitet.

Urteil des BGH vom 14. Januar 2015 (Az.: IV ZR 43/14)

Mit Urteil vom 14. Januar 2015 (Az.: IV ZR 43/14) hat der BGH entschieden, dass sich der Versicherer im Beitragsprozess nicht auf die Unwirksamkeit einer vom Versicherungsnehmer ausgesprochenen Kündigung wegen Fehlens eines Anschlussversicherungsnachweises gemäß § 205 Abs. 6 VVG berufen kann, wenn er den Versicherungsnehmer nicht nachweisbar auf das Erfordernis des Nachversicherungsnachweises hingewiesen hat.

Unter Berufung auf den Gesichtspunkt von Treu und Glauben (§ 242 BGB) hatte der BGH bereits mit Urteil vom 16. Januar 2013 (Az.: IV ZR 94/11, VersR 2013, 305 Rn.29) beschlossen, dass den Versicherer nach Erhalt der Kündigung unmittelbar aus dem Versicherungsvertrag die Pflicht trifft, den Versicherungsnehmer auf die Notwendigkeit eines Anschlussversicherungsnachweises und gegebenenfalls dessen Fehlen hinzuweisen.

Nach Auffassung des BGH umfasst die Hinweispflicht des Versicherers nicht nur die Absendung eines entsprechenden Hinweisschreibens, sondern auch die Sicherstellung, dass der Hinweis beim Versicherungsnehmer zugegangen ist. Hinsichtlich des Zugangs des Hinweisschreibens führt der BGH aus, dass dies nicht zwingend dadurch geschehen müsse, dass das Hinweisschreiben mit Einschreiben/Rückschein verschickt werde. Der Nachweis könne vielmehr auch durch eine dem Hinweisschreiben beigefügte vorformulierte Erklärung, mit der

Hinweispflicht des Versicherers auf den fehlenden Nachweis einer Anschlussversicherung

der Versicherungsnehmer den Erhalt des Hinweises bestätigt und welches er an den Versicherer zurücksendet, gewährleistet werden. Auch hält der BGH eine beim Versicherungsnehmer individuell gehaltene Nachfrage bezüglich des Zugangs des Hinweisschreibens für ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs bestehen nach Auffassung des Verbandes keine Besonderheiten im Vergleich zu Willenserklärungen. Im Grundsatz kommen alle Beweismittel in Betracht.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der Kündigung des Versicherungsnehmers führt der BGH aus, dass zwar der fehlende Nachweis des Zugangs des Hinweisschreibens nicht zur Wirksamkeit der Kündigung führe, der Versicherer allerdings unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben gemäß § 242 BGB gehindert sei, sich auf die Unwirksamkeit der vom Versicherungsnehmer erklärten Kündigung zu berufen, wenn er wegen des noch nicht beendeten Versicherungsvertrages seine Prämienansprüche geltend mache.

In Bezug auf den Prämienanspruch des Versicherers wegen des fortbestehenden Vertrags hat der BGH darauf hingewiesen, dass sich der Versicherungsnehmer seinerseits vor dem Hintergrund von Treu und Glauben nicht auf den nicht bewiesenen Zugang des Hinweises berufen könne, wenn er für den Zeitraum zwischen Kündigungsschreiben und Vorlage des Nachversicherungsnachweis Leistungsansprüche aus der Krankheitskostenversicherung geltend gemacht habe. In dem vom BGH entschiedenen Fall waren allerdings keine Leistungsansprüche bezogen worden.

Urteil des BGH vom 16. Juli 2014 (Az.: IV ZR 55/14)

Die Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung von Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist ausgeschlossen, wenn die nicht versicherte Person Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel SGB XII ist (§ 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V).

In der Rechtsprechung wurde bislang kontrovers diskutiert, ob der Ausschluss der Versicherungspflicht wegen Bezuges von Sozialhilfeleistungen zur Folge hat, dass eine nicht versicherte Person der Pflicht zur Versicherung in der PKV gemäß § 193 Abs. 3 VVG unterliegt und nach § 193 Abs. 5 VVG versicherungsberechtigt im Basistarif ist.

Der Verband hat hierzu die Auffassung vertreten, § 5 Abs. 8a SGB V stelle lediglich klar, dass der Sozialhilfeträger im Verhältnis zur GKV für die Absicherung im Krankheitsfall zuständig bleibe. Wenn aber die Versicherung in dem Versicherungszweig, welchem eine Person zuzuordnen ist (GKV), gegenüber der Sozialhilfe subsidiär ist, gelte dies erst recht für den Versicherungszweig, welchem eine Person bereits nicht zuzuordnen ist (PKV). Die Versicherungsberechtigung im Basistarif sei daher abzulehnen.

Ob der betroffene Personenkreis im Basistarif versicherungsberechtigt ist, hat der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 16. Juli 2014 entschieden. Er hat die Versicherungsberechtigung im Basistarif verneint und eine auf Aufnahme in den Basistarif gerichtete Klage eines Empfängers von Sozialhilfeleistungen abgewiesen.

Im Kern begründet der Bundesgerichtshof seine Entscheidung wie folgt: § 5 Abs. 8a Satz 2 und 3 SGB V dienen lediglich der Abgrenzung der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers von derjenigen des gesetzlichen Krankenversicherers in

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Ein Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif werde durch diese Abgrenzungsregelung hingegen nicht begründet. Gegen eine Versicherungsberechtigung im Basistarif spreche sowohl die Entstehungsgeschichte als auch der Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung. Eine Versicherung im Basistarif komme vielmehr nur dann in Betracht, wenn die Person grundsätzlich dem Bereich der Privaten Krankenversicherung zuzuordnen sei. Dieser Begründung stimmt der Verband vollumfänglich zu. Sie entspricht der auch bisher verbandsseitig vertretenen Auffassung.

VAG-Novelle

Das Bundesministerium der Finanzen hat am 17. Juli 2014 einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen vorgelegt. Der Gesetzentwurf dient in weiten Teilen dazu, die Solvency II-Rahmenrichtlinie 2009/138/EG rechtzeitig vor dem 31. März 2015 in deutsches Recht umzusetzen. Das Bundesministerium ergreift dabei die Gelegenheit, das VAG insgesamt neu zu strukturieren und neu zu fassen. Durch die Novellierung des Versicherungsaufsichtsgesetzes werden sich auch die Vorschriften über die Krankenversicherung verändern. Dies betrifft im Wesentlichen systematische Gesetzesveränderungen. Inhaltlich bleiben die Vorschriften überwiegend unverändert. Der PKV-Verband hat sich mit Stellungnahme vom 7. August 2014 an der Verbändeanhörung zu diesem Entwurf beteiligt.

Mit Beschluss vom 3. September 2014 hat das Bundeskabinett einen entsprechenden Regierungsentwurf verabschiedet. Während der Referentenentwurf noch eine Neufassung der Regelung über die auslösenden Faktoren in § 155 Abs. 3 VAG-Entwurf enthielt, ist diese im Regierungsentwurf wieder gestrichen und durch die bisherige Regelung ersetzt worden.

Der Bundestag hat das Gesetz zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen in 2./3. Lesung am 5. Februar 2015 verabschiedet.

In der Plenarsitzung am 6. März 2015 hat auch der Bundesrat dem Gesetz zugestimmt. Der Anwendungsbeginn der neuen Aufsichtsregelungen wird der 1. Januar 2016 sein. Die Vorschriften über die Krankenversicherung finden sich nunmehr in § 146 – 160 VAG.

Gesetz zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen – Referentenentwurf

Regierungsentwurf

Entscheidung des Bundestages

Abstimmung des Bundesrates

4.3 Rechnungslegung

IFRS 4 Phase II („Versicherungsverträge“)

Das International Accounting Standards Board (IASB) strebt unverändert an, die technischen Beratungen über das Projekt zur zukünftigen Bilanzierung der Versicherungsverträge (IFRS 4 Phase II – Insurance Contracts) im Jahr 2015 abzuschließen. Der finale Standard soll im ersten Quartal 2015 ausformuliert und nach einer Konsistenzprüfung finalisiert werden. Eine verpflichtende Erst-anwendung dürfte für Geschäftsjahre ab 2019 vorgesehen werden.

Aus Sicht des IASB seien alle Aspekte des Projektes bis auf die Übergangsbestimmungen und die Bilanzierung überschussberechtigter Verträge im Jahr 2014 abschließend behandelt worden. Während der im revidierten Standardentwurf

Exposure Draft ED/2013/7 vom 20. Juni 2013 vorgeschlagene Ansatz der grundsätzlich retrospektiven Anwendung des finalen Standards auf Zustimmung der Versicherungswirtschaft stößt, sind die bisher unternommenen Anläufe des IASB hinsichtlich der Frage der Bilanzierung überschussberechtigter Verträge sachlich nicht geeignet, um das komplexe Geschäftsmodell mit Überschussbeteiligung ökonomisch angemessen abzubilden. Es ist derzeit unklar, ob der fundierte sogenannte Alternativansatz eine für die Mehrheit der IASB-Mitglieder tragfähige Lösung darstellt. Nach den schwierigen und bisher separat geführten Diskussionen über Teilaspekte des Alternativansatzes steht der finale Beschluss über die Annahme des Alternativansatzes als Gesamtpaket noch aus.

Eine Konsistenz zwischen der Erst- und Folgebewertung der Verträge (inkl. der darin enthaltenen Optionen & Garantien) ist für die Versicherungswirtschaft von hoher Bedeutung. Eine folgerichtige Bestimmung der Contractual Service Margin (CSM) bei der Folgebewertung stellt ein essentielles Element des Alternativansatzes dar, ohne das eine zutreffende Abbildung der zukünftigen Profitabilität der Verträge in der Bilanz nicht sichergestellt werden kann. Ein eventuelles Verbot der Verrechnung der Folgeänderungen von finanziellen Annahmen (z. B. Wiederanlageprämissen) mit der CSM würde zudem zu einer in ökonomischer Hinsicht unsachgerechten Volatilität in der Gewinn- und Verlustrechnung der Versicherer führen. Problematisch erscheint auch eine zuletzt erfolgte Klarstellung des IASB, dass der finale Standard die Bewertungsvorgaben an einzelnen Verträgen ausrichten wird. Die Versicherungswirtschaft betont in diesem Zusammenhang unverändert, dass nur der Portfolioansatz im Einklang mit dem Geschäftsmodell der Versicherer ist.

IFRS 9 („Finanzinstrumente“):

Nach derzeitigem Stand ist der am 24. Juli 2014 veröffentlichte Standard IFRS 9 „Finanzinstrumente“ für Geschäftsjahre ab dem 1. Januar 2018 verpflichtend anzuwenden. Für eine nochmalige Verschiebung des Erstanwendungszeitpunktes von IFRS 9 gibt es aufgrund der Finanzmarktkrise keinen Platz. Innerhalb der EU muss noch das offizielle Übernahmeverfahren (Endorsement) erfolgreich durchlaufen werden. Die EU-Kommission hat am 8. Dezember 2014 das Übernahmeverfahren mit einem Schreiben an die European Financial Reporting Advisory Group (EFRAG) angestoßen. Eine Veröffentlichung des Entwurfs der EFRAG-Übernahmeempfehlung durch das EFRAG Board wird für das zweite Quartal 2015 erwartet. Die finale Übernahmeentscheidung der EU-Kommission wird frühestens für das Jahresende 2015 erwartet. Die Kreditwirtschaft, das DRSC und das IDW setzen sich für eine zeitnahe Herstellung der Planungssicherheit ein. Auf der europäischen Ebene setzt sich insbesondere die Europäische Wertpapier- und Marktaufsichtsbehörde ESMA (European Securities and Markets Authority) für eine zügige Umsetzung von IFRS 9 ein. Die Versicherungswirtschaft setzt sich für die Sicherstellung einer globalen Möglichkeit für Versicherer (und Finanzkonglomerate, die vor allem versicherungstypisch geprägt sind,) ein, die inhärent zusammenhängenden Standards IFRS 9 und IFRS 4 Phase II auch zeitgleich, d.h. voraussichtlich ab dem Jahr 2019, zur Erstanwendung bringen zu können. Die inhaltliche Interaktion sollte im Rahmen der finalen Abschlussberatungen zu IFRS 4 Phase II vom IASB erneut analysiert werden.

4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement

Solvency II-Erhebung

Zwischen 30. Juni und 26. September 2014 hat die BaFin die Solvency II-Erhebung für Krankenversicherer durchgeführt. Die Krankenversicherer sollten ihre Ergebnisse unter Berücksichtigung des Bewertungsstichtags vom 31. Dezember 2013 in vier verschiedenen Szenarien an die BaFin übermitteln. Dadurch hat sich die BaFin bereits vor Inkrafttreten von Solvency II am 1. Januar 2016 einen zusätzlichen Überblick über die Solvenzsituation der Privaten Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Solvency II-Vorgaben und der anhaltenden Niedrigzinsphase verschafft. Bei der Bewertung der Erhebungsergebnisse ist zu beachten, dass die EIOPA-Zinsstrukturkurve mittlerweile deutlich niedriger als zum Test-Stichtag 31. Dezember 2013 der Solvency II-Erhebung liegt.

An der Solvency II-Erhebung 2014 haben sich 37 private Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland mit einem Marktanteil von 93 Prozent beteiligt. 84 Prozent der Teilnehmer haben dabei das inflationsneutrale Bewertungsverfahren zur Neubewertung der versicherungstechnischen Rückstellungen in der PKV für Solvency II verwendet. Sechs private Krankenversicherer (dies entspricht einem Anteil von 16 Prozent der Teilnehmer) haben ein eigenes (unternehmensindividuelles) Modell zur Bewertung der versicherungstechnischen Rückstellungen unter Solvency II verwendet.

Die durchschnittliche und gewichtete SCR-Bedeckungsquote in der PKV beträgt gemäß den Vorgaben der Solvency II-Erhebung zum Bewertungsstichtag 31. Dezember 2013 gute 205 Prozent (ohne Berücksichtigung der Volatilitätsanpassung (VA) und ohne Übergangsmaßnahme (Transitional)).

Weitere Projektmeilensteine von Solvency II

Im Amtsblatt der Europäischen Union wurde am 17. Januar 2015 die Delegierte Verordnung (EU) 2015/35 vom 10. Oktober 2014 zur Ergänzung der Solvency-II-Rahmenrichtlinie 2009/138/EG in deutscher Sprache veröffentlicht. Das Verfahren zum Erlass der Verordnung („Level II“) ist damit abgeschlossen. Ein Kernstück des europäischen Solvency II-Regelwerks liegt somit in der verbindlichen Fassung vor, die ab dem 1. Januar 2016 zu beachten ist. Die Verordnung gilt dabei unmittelbar. Einer gesonderten Umsetzung in deutsches Recht bedarf es dabei nicht. Das umfangreiche Regelwerk enthält detaillierte Regelungen zu allen drei Säulen von Solvency II, insbesondere zu den Anforderungen an die Ausstattung mit Eigenmitteln. Der Verband hat sich in die Fassung der Verordnung auf europäischer Ebene eingebracht mit dem Ziel, eine risikoadäquate Abbildung des Geschäftsmodells der Privaten Krankenversicherung sicherzustellen. Folgende Punkte sind dabei für die PKV im Vergleich zu dem ursprünglichen Entwurf vom 31. Oktober 2011 besonders relevant:

- Die Vorschriften zum Ansatz und Ausbuchung von Versicherungs- und Rückversicherungsverpflichtungen sowie zu den Grenzen eines Versicherungs- oder Rückversicherungsvertrags wurden sprachlich neu gefasst (Artikel 17 und 18). Damit ist weiterhin sichergestellt, dass die langlaufenden Verträge der PKV auch unter Solvency II langfristig bewertet werden.

- Der Artikel 60 ermöglicht eine vereinfachte Berechnung des besten Schätzwerts für Versicherungsverpflichtungen mit Prämienanpassungsmechanismus. Gegenüber dem Entwurf der Delegierten Rechtsakte haben sich keine Veränderungen für die PKV ergeben.
- Geschäftsbereich: Im Vergleich zum Entwurf der Delegierten Rechtsakte wurde die Nr. 3 des Artikels 55 in der finalen Fassung verbessert. Durch diese Modifikation können nunmehr alle Produkte, inklusive der langlaufenden Verträge nach der Art der Schadenversicherung (HGB) unter Solvency II adäquat zugeordnet und risikogerecht bewertet werden.
- Gegenüber dem Entwurf der Delegierten Rechtsakte ist dieser Artikel nun überarbeitet worden und ermöglicht durch die Neufassung der Buchstaben (c) und (d) eine angemessene Berechnung der Kapitalanforderung für das Invaliditäts-/Morbiditätsrisiko der Einkommensersatzversicherung in der PKV (Artikel 156).

Darüber hinaus hat der Finanzausschuss des Deutschen Bundestages am 28. Januar 2015 abschließend über den Gesetzentwurf zur VAG-Novelle beraten. Die VAG-Novelle soll die europäische Solvency II-Rahmenrichtlinie (Level I) in nationales Recht umsetzen.

Ausblick auf 2015 und QRT-Test

Zur Übermittlung der Solvency II-Berichte unter Säule III an die Aufsicht ab dem Jahr 2016 hat die BaFin für das Jahr 2015 zwei Testläufe geplant. Einzelunternehmen und Versicherungsgruppen sollen sowohl den Jahresbericht 2014 (Stichtag: 31. Dezember 2014; Abgabetermin: 3. Juni 2015) als auch die dritte Quartalsmeldung 2015 (Stichtag: 30. September 2015; Abgabetermin: 25. November 2015) an die BaFin übermitteln. Gegenstand der Berichterstattung sind quantitative Berichtsformate (Quantitative Reporting Templates (QRTs)), in denen unter anderem Kerninformationen zur Versicherungstechnik, zum SCR und zu den Eigenmitteln abgefragt werden. Der Jahresbericht soll darüber hinaus einen narrativen Teil mit detaillierten Angaben zum implementierten Governance-System, zur Bewertung von Vermögenswerten und Verbindlichkeiten sowie zur Kapitalausstattung umfassen. Die BaFin geht davon aus, dass alle Unternehmen die erforderlichen Daten generieren und im XBRL-Format an die Aufsicht übermitteln können.

Die BaFin möchte anhand der Testläufe nicht nur den Vorbereitungsstand für die Berichterstattung erfassen, sondern auch einen umfassenden Einblick in die finanzielle Lage erhalten. Der Verband wird die Testläufe und die Unternehmen durch die Bereitstellung von Hilfestellungen unterstützen:

- Jeweils aktualisierte Versionen des inflationsneutralen Bewertungsverfahrens (Ende März und voraussichtlich Anfang Oktober 2015)
- Aktualisierte GDV-/PKV-Anleitung für Säule I-Berechnungen unter Solvency II
- GDV-Excel-Berechnungstool für Einzelunternehmen

4.5 Steuern

Im Berichtszeitraum sind keine grundlegenden Gesetzesvorhaben zu verzeichnen, die spezifische Steuerfragen der Privaten Krankenversicherung betreffen.

Im Rahmen der so genannten verstärkten Zusammenarbeit 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. Das Verfahren zur Einführung der Finanzmarkttransaktionssteuer ist allerdings insgesamt ins Stocken geraten. Einzelne Mitgliedstaaten, die an der verstärkten Zusammenarbeit mitwirken, sind inzwischen dazu übergegangen, selbst konkurrierende Steuern einzuführen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die stark angespannten öffentlichen Haushalte in einzelnen Staaten der Euro-Zone. Es besteht derzeit keine Einigkeit darüber, auf welche Bemessungsgrundlage die Finanztransaktionssteuer erhoben wird. Offen ist weiterhin die zentrale Frage, ob das Emissions- oder das Ansässigkeitsland zuständig sein soll. Die Versicherungswirtschaft setzt sich dafür ein, dass Geschäfte, die im Zusammenhang mit Altersvorsorgeprodukten stehen, aus dem Anwendungsbereich der Finanztransaktionssteuer herausgenommen oder zumindest von ihrer Belastung entlastet werden. Nachdem Grundfragen der Finanztransaktionssteuer offen sind, findet eine Diskussion über die Ausnahmen derzeit allerdings nicht statt. Noch ist nicht absehbar, wann und in welcher Weise die Finanztransaktionssteuer eingeführt werden soll. Die Bundesrepublik Deutschland sieht in der mittelfristigen Finanzplanung Einnahmen aus der Finanztransaktionssteuer erst ab dem Jahr 2019 vor.

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. Infolgedessen gelten die lohnsteuerrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Erleichterungen für Sachlohn, insbesondere die Freigrenze nach § 8 Abs. 2 Satz 11 EStG sowie die Möglichkeit zur Pauschalierung der Lohnsteuer gemäß § 37b EStG nicht mehr. Darüber hinaus haben sich die Sozialversicherungsträger darauf verständigt, der „Umbewertung“ durch die Finanzverwaltung zu folgen und auch sozialversicherungsrechtlich die Beiträge zur betrieblichen Krankenversicherung als Barlohn zu betrachten. Die Beiträge sind daher in die Bemessungsgrundlage für die Sozialversicherungsbeiträge einzubeziehen. Die Änderung der Verwaltungsauffassung ist rechtlich nicht überzeugend. Sie benachteiligt die betriebliche Krankenversicherung auch sozialpolitisch. Der PKV-Verband ist der Änderung der Verwaltungsauffassung entgegengetreten. Vorstöße des Bundesrates, die geänderte Verwaltungsauffassung zu kodifizieren, konnten abgewehrt werden. Ergänzend hat der PKV-Verband ein umfassendes Rechtsgutachten durch Professor Drüen von der Universität Düsseldorf eingeholt. Dies bestätigt, dass bei der regulären Gestaltung der betrieblichen Krankenversicherung auf der Ebene des Arbeitnehmers Sachlohn anfällt. Es widerlegt insoweit die geänderte Rechtsauffassung der Verwaltung. Nachdem die Verwaltungsauffassung allerdings verfestigt ist, wird es nun auf eine dauerhaft gesetzliche Regelung ankommen, damit die betriebliche Krankenversicherung die sachlich begründete steuerrechtliche Bewertung erfährt.

Im Berichtszeitraum waren zwei vom PKV-Verband unterstützte finanzgerichtliche Verfahren anhängig. Das Finanzgericht Münster (Az. 10 K 1310/12 K) hat

Gesetzgebung

Finanztransaktionssteuer

Betriebliche
Krankenversicherung

Ausländische Quellensteuer

erstinstanzlich mit Urteil vom 19. September 2014 zu der Frage Stellung genommen, 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 2013 als Betriebsausgaben oder Betriebsvermögensminderung abzuziehen sind. Die Finanzverwaltung vertritt die Auffassung, dass ein entsprechender Abzug zu erfolgen hat. Dies hat zur Folge, dass die im Ausland auf die Kapitalerträge errichteten Quellensteuern nicht steuermindernd geltend gemacht werden könnten. Hieraus resultiert eine erhebliche wirtschaftliche Belastung für die Kranken- wie auch die Lebensversicherung. Nachdem die Finanzverwaltung bereits aufgrund des Musterverfahrens in den Streitjahren 2003 und 2004, in denen das Gesetz über Kapitalanlagegesellschaften (KAG) gegolten hat, abgeholfen hat, ist Streitgegenstand des Urteils allein die Rechtslage unter dem Investmentsteuergesetz im Streitjahr 2005. Das Gericht sieht aufgrund der aufsichtsrechtlichen Verpflichtung, die rechnungsmäßigen Zinsen der Deckungsrückstellung zuzuführen, einen wirtschaftlichen Zusammenhang im Sinne des § 34 Abs. 1 Satz 4 EStG gegeben und folgt insoweit der Auffassung der Finanzverwaltung. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung hat es aber die Revision zugelassen. Die Revision wurde eingelegt und begründet. Das Verfahren ist beim Bundesfinanzhof anhängig unter dem Az. I R 61/14.

Abzinsung der
Rückstellung für
erfolgsunabhängige
Beitragsrückerstattung

Streitgegenstand ist die Frage, ob die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung nach dem Pflegepoolvertrag steuerlich gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3a Buchstabe e) EStG i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 3 EStG abzuzinsen ist. Das Finanzgericht Niedersachsen hatte bereits mit Urteil vom 12. Dezember 2013 in erster Instanz die Auffassung der Finanzverwaltung, wonach eine Abzinsung erforderlich ist, bestätigt. In Abkehr von seiner bisherigen Rechtsprechung fordert das niedersächsische Finanzgericht nunmehr die Abzinsung. Die Ausnahme nach § 21 Abs. 3 KStG sei nicht anwendbar. Das Gericht hat daher die Musterklage abgewiesen, aber die Revision zum Bundesfinanzhof zugelassen. Hierüber verhandelt der Bundesfinanzhof in der auf den 6. Mai 2015 terminierten mündlichen Verhandlung.

4.6 Internationale Zusammenarbeit

Insurance Europe

Dem europäischen Dachverband Insurance Europe wurde 2014 ein Reformprozess unterzogen. Die Neuordnung umfasste hauptsächlich die Struktur der Arbeitsebene. Als Mitglied des bisherigen Health Committee hat sich der PKV-Verband in Abstimmung mit dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) dafür ausgesprochen, ein handlungs- und entscheidungsfähiges Gremium im Bereich „Health“ zu erhalten. Dieses Ziel konnte mit der Einrichtung einer „Health Platform“, welche direkt dem Executive Committee unterstellt ist, erreicht werden.

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

Auch im Jahr 2014 standen die finalen Schritte im europäischen Gesetzgebungsverfahren zur geplanten SolvencyII-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 SolvencyII-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 erfolgreich dafür eingesetzt, dass die Anliegen der PKV auch die Unterstützung der europäischen Versicherungswirtschaft gegenüber den EU-Institutionen findet.

Einen wesentlichen Arbeitsschwerpunkt im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit stellte der Richtlinienvorschlag über Versicherungsvermittlung (IMD 2) dar. Hier betonte die Europäische Kommission, dass die Überarbeitung der Versicherungsvermittlungsrichtlinie das Ziel verfolge, für alle am Vertrieb von Versicherungsprodukten beteiligten Akteure gleiche Wettbewerbsbedingungen zu gewährleisten. Gleichzeitig bestand in den Europäischen Institutionen Einigkeit, dass im Interesse des Verbraucherschutzes die Vermittlung von Versicherungsprodukten nur durch qualifizierte, sachkundige Vermittler erfolgen soll. Ein Kernliegen des PKV-Verbandes ist es, gleiche und faire Wettbewerbsbedingungen auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt in der Richtlinie abgebildet zu bekommen. Eine Herausnahme der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Anwendungsbereich der IMD 2 Richtlinie würde die Zielsetzung auf dem Krankenversicherungsmarkt verfehlen. Es muss gewährleistet sein, dass gleiche Rahmenbedingungen für alle Vermittler von Versicherungsprodukten gelten, insbesondere auch soweit es die erforderliche Sachkunde betrifft.

Die politische Debatte zur EU-Datenschutz-Grundverordnung nahm auch im Jahr 2014 einen 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 sich der PKV-Verband auch in Zusammenarbeit mit Insurance Europe erfolgreich in den politischen Verhandlungsprozess eingebracht hat.

Wie auch im Vorjahr konnte der PKV-Verband in Arbeitskreisen von Insurance Europe zum Thema „Prädiktivität und Gentests“ mitwirken und maßgebliche Punkte in die Positionierung der europäischen Versicherungswirtschaft einfließen lassen. Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt stellte der von der EU-Kommission aufgeworfene Vorschlag zur „Normung von Gesundheitsdienstleistungen“ dar. Hierzu bezog der PKV-Verband innerhalb der entsprechenden Gremien kritisch Stellung und brachte sich in gemeinsame Positionspapiere ein.



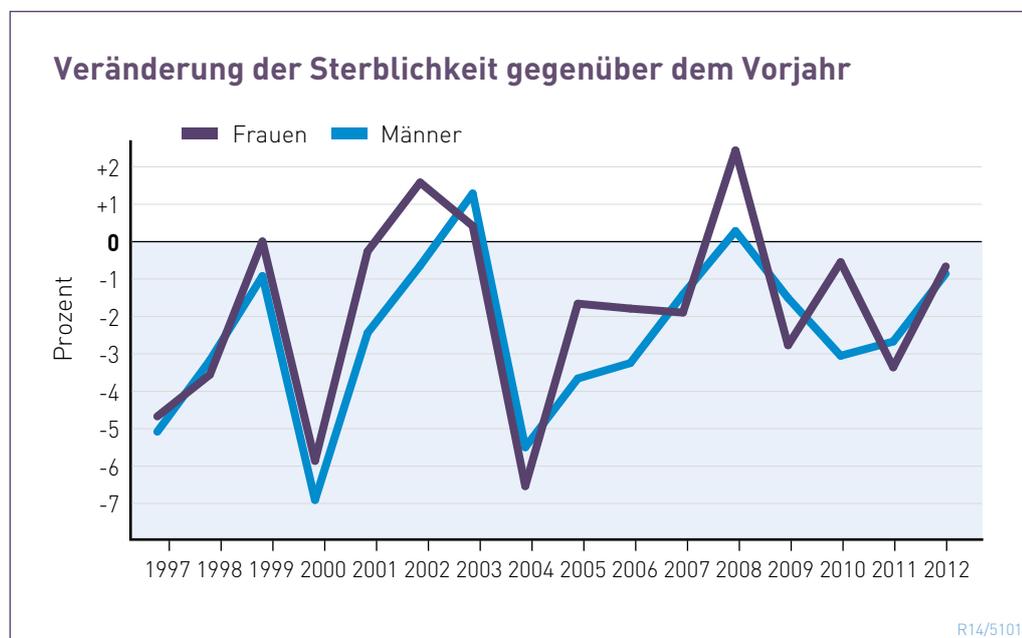
5. Aktuarielle Schwerpunkte



5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2015“

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 zehn weitere Aktualisierungen. In den letzten Jahren wurde die PKV-eigene Sterbetafel jährlich angepasst. Die zuletzt gültige Tafel PKV-2014 basiert auf den Statistiken der Jahre 1996 bis 2011 und enthält eine Projektion auf das Jahr 2018. Die Untersuchung der Sterblichkeitsdaten des Jahres 2012 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 2019 vorzunehmen, um die neue Sterbetafel PKV-2015 zu erstellen. Diese Tafel wurde für die Beitragsanpassungen ab 1. Januar 2015 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-2014 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.

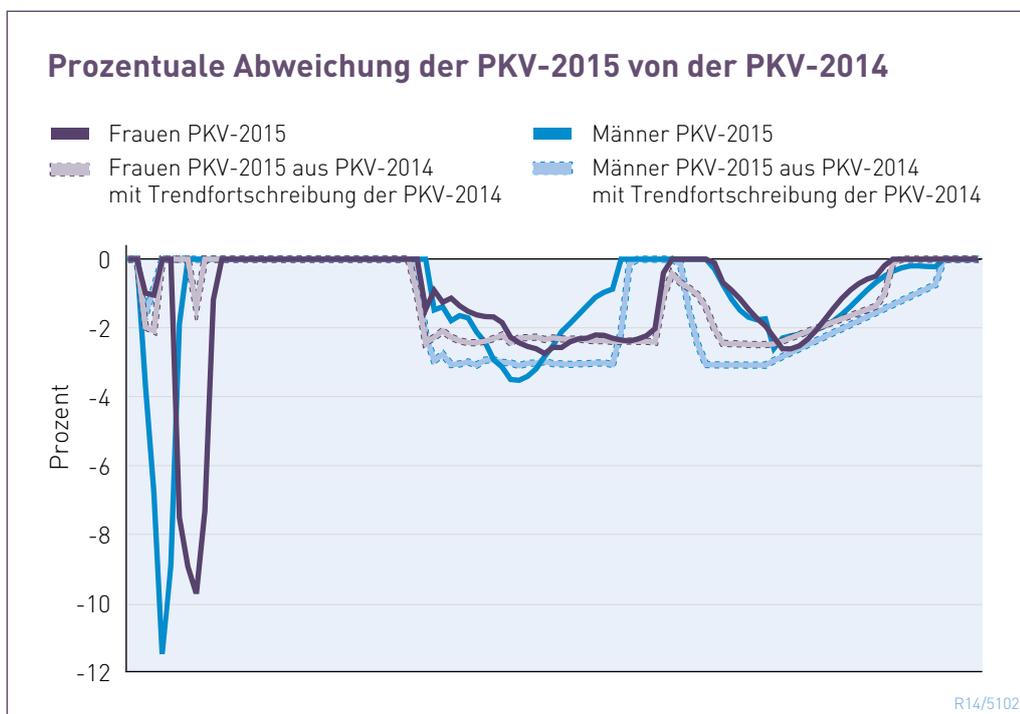
Auch für die Ermittlung der Sterbetafel PKV-2015 wurde das Verfahren unverändert durchgeführt. Es besteht aus folgenden Schritten:

- Erhebung der Ausgangsdaten
- Ermittlung der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten
- Ausgleich über die Alter nach Whittaker-Henderson
- Ausgleich über die Jahre 1996 bis 2012 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 2012. 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 2019. 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-2014) beschränkt, da Sterblichkeitsverschlechterungen auch in einzelnen Altern aus Sicherheitsgründen nicht zugelassen werden.

Der marginal reduzierte Trend in der Berechnung der PKV-2015 gegenüber der PKV-2014 führt bei der Projektion auf das Jahr 2019 im Erwachsenenbereich in vielen Altersbereichen zu geringeren Veränderungen, als wenn die Tafel PKV-2014 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-2015 bzw. der weiter extrapolierten Tafel PKV-2014 von der Tafel PKV-2014. Trotz dieses reduzierten Trends liegen die neuen Werte in einigen Altern über denen der Tafel PKV-2014. 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 ansehen. Dabei sind nicht nur die Lebenserwartungen der Tafeln PKV-2013, -2014 und -2015 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-2013	PKV-2014	PKV-2015	Bevölkerung*	PKV-2013	PKV-2014	PKV-2015
0	82,73	87,47	87,57	87,66	77,72	84,15	84,32	84,42
10	73,07	77,56	77,67	77,75	68,11	74,26	74,43	74,52
20	63,16	67,65	67,76	67,84	58,25	64,38	64,55	64,65
30	53,29	57,78	57,88	57,96	48,56	54,60	54,77	54,87
40	43,50	47,89	47,99	48,07	38,93	44,77	44,93	45,03
50	33,98	38,15	38,25	38,33	29,67	35,10	35,26	35,35
60	24,96	28,73	28,82	28,89	21,31	25,89	26,05	26,13
70	16,53	19,69	19,79	19,85	13,89	17,23	17,40	17,49
80	9,13	11,38	11,45	11,49	7,77	9,67	9,78	9,84
90	4,25	5,39	5,39	5,39	3,84	4,57	4,62	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)

R14/5103

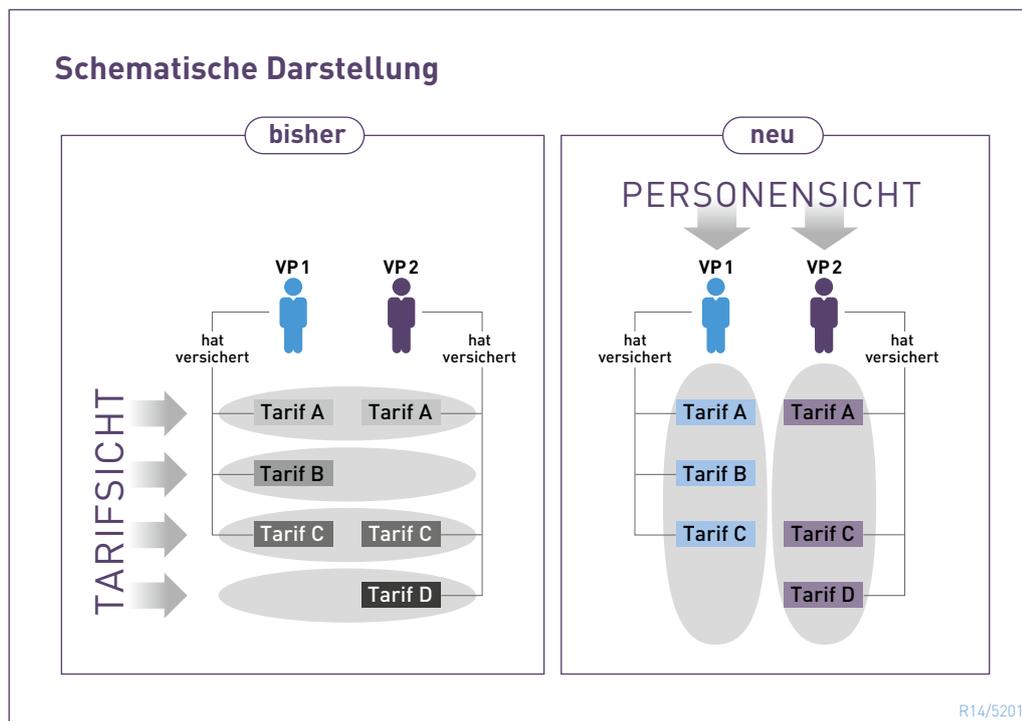
Modellrechnungen haben ergeben, dass die geringe Änderung der Sterbetafel von PKV-2014 auf PKV-2015 auch nur einen sehr geringen Einfluss auf die Beiträge hat.

5.2 Umstellung auf die neue Kopfschadenstatistik

Die Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der Privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung – KalV) bildet die wesentliche gesetzliche Grundlage zur Berechnung der Prämien und der Alterungsrückstellung in der Privaten Krankenversicherung. In § 2 KalV werden die Rechnungsgrundlagen bezeichnet, wobei die Kopfschäden eine der wichtigsten Rechnungsgrundlagen bei der Prämienkalkulation bilden. Nach § 6 KalV sind Kopfschäden die im Beobachtungszeitraum auf einen Versicherten entfallenden durchschnittlichen Versicherungsleistungen. Sie sind für jeden Tarif in Abhängigkeit vom Alter des Versicherten zu ermitteln. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich auf zusammenhängende zwölf Monate. Es obliegt dem Aktuar, zutreffende und verlässliche Daten für die Kalkulation von Versicherungstarifen zu verwenden. Diesem Ziel dienen auch die jährlich von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) gemäß § 103a VAG in Verbindung mit § 17 KalV zu erstellenden Wahrscheinlichkeitstabellen sowie weitergehende Auswertungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung. Da diese Daten hohen Qualitätsanforderungen genügen müssen, ist eine einheitliche, normierte Datengewinnung unerlässlich. Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung sind verpflichtet, im Rahmen der Kopfschadenstatistik jährlich Daten an die BaFin zu melden. Die aus diesen Angaben errechneten Profile und Grundkopfschäden veröffentlicht die BaFin in den „Wahrscheinlichkeitstabellen in der privaten Krankenversicherung“ auf ihrer Homepage. Auch dem Verband werden auf freiwilliger Basis von seinen Mitgliedsunternehmen die Daten zur Kopfschadenstatistik zur Verfügung

gestellt. Um die Datenqualität bereits im Vorfeld der Datenmeldung durch die Unternehmen zu fördern, werden umfangreiche Plausibilitätsprüfungen vor der Übermittlung an den Verband durchgeführt.

Bei der Anforderung der Statistiken bis zum Jahr 2011 hat sich die BaFin auf die Anforderung von Daten bestimmter Tarife bei den Unternehmen beschränkt. Die Auswahl der Tarife beruhte auf besonderen Eigenschaften. Die immer mehr an Bedeutung zunehmenden Kompakttarife und Tarife mit leistungsbereichsübergreifendem absolutem Selbstbehalt wurden nicht in der Datenmeldung erfasst und konnten somit auch nicht ausgewertet werden. Um ein besseres Abbild des Versichertenbestandes in der Privaten Krankenversicherung zu erhalten, war es notwendig, diesen Mangel zu beseitigen. Daher wurde ein neues Datensatzformat für eine neu strukturierte Datenmeldung für die Kopfschadenstatistik erarbeitet. Das neue Modell betrachtet keine Tarife mehr, sondern ermöglicht eine Sicht auf die Daten über den Versicherungsschutz der versicherten Personen (siehe Abbildung). Somit konnten auch die Kompakttarife nahtlos integriert werden. Durch die neue Sicht können Zusammenhänge zwischen der Leistungsanspruchnahme eines Leistungsbereiches und dem gesamten Versicherungsumfang des beobachteten Kollektivs festgestellt werden, z. B. ob es Unterschiede im ambulanten Leistungsverhalten in Abhängigkeit davon gibt, ob stationäre Wahlleistungen versichert sind oder nicht.



Die Datenmeldung nach dem neuen Format erfolgte erstmals im Jahr 2012. Zur Sicherstellung eines Vergleichs zwischen der alten und der neuen Datenbasis wurden die Daten der Jahre 2010 und 2011 in beiden Formaten abgefragt. Wie bei jeder statistischen Erhebung waren auch hier in der Einführungsphase die Daten des ersten Jahres durch eine ausgeprägte Volatilität gekennzeichnet. Die BaFin stützt ihre Veröffentlichungen auch deswegen bis zum Jahr 2011 auf die Daten der alten Anforderung. Ab dem Jahr 2012 nutzt sie die neue, verbreiterte Datenbasis. Bisher hat sich die BaFin darauf beschränkt, die Wahrscheinlichkeitstabellen im bisherigen Umfang aus der neuen, größeren Datenbasis zu

erstellen. Zukünftig sind geänderte und ausführlichere Veröffentlichungen möglich.

Im Gegensatz zu den von der BaFin veröffentlichten Wahrscheinlichkeitstabellen zu bestimmten Leistungsarten können über das Auswertungstool des Verbandes die Daten aller meldenden Unternehmen zur individuellen Auswertung abgefragt werden, falls geeignete Statistiken aus dem eigenen Unternehmen nicht vorliegen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird vor Ausgabe der Daten allerdings programmatisch sichergestellt, dass in die angefragte Auswertung die Daten von mindestens drei Unternehmen einbezogen werden, wobei eigentumsrechtlich verbundene Unternehmen als ein Unternehmen gelten. Außerdem darf bei den möglichen auszuwertenden Unternehmen hinsichtlich Bestand und Leistung kein Unternehmen einen größeren Anteil als 80 Prozent haben, um eine zu starke Dominanz eines Unternehmens in der Auswertung zu verhindern. Auch die jährlichen Profilauswertungen im Zahlenbericht des Verbandes werden für das Jahr 2014 überarbeitet, so dass der interessierte Leser sich über aussagekräftigere Auswertungen freuen kann.

5.3 Beitragsanpassungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung

Da in der Privaten Pflegepflichtversicherung ein großes Änderungsrisiko hinsichtlich der Pflegekosten 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 die erforderlichen mit den kalkulierten (rechnungsmäßigen) Versicherungsleistungen vergleichen. Diese Gegenüberstellung muss dem mathematischen Treuhänder und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegt werden. Wenn die erforderlichen und die rechnungsmäßigen Leistungen um 10 Prozent voneinander abweichen, müssen alle Prämien dieses Tarifs überprüft werden. Die Versicherungsunternehmen können in ihren Versicherungsbedingungen auch einen niedrigeren Prozentsatz festlegen. Ist die Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen, sind die Beiträge mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders anzupassen.

Diese jährliche Überprüfung der Beiträge findet auch in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) statt. Da dieser Tarif nach der Leistungsbeschreibung ein Einheitstarif der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung ist, erfolgt auch die Beobachtung gemeinsam. Um die Rechnungsgrundlagen jährlich zu überprüfen, melden die einzelnen Unternehmen die erforderlichen Daten gemäß Poolvertrag der PPV an den PKV-Verband, der unter anderem die Beitragskalkulation für den Tarif durchführt. Die erforderlichen und die rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen müssen für alle Beobachtungseinheiten (Nichtbeihilfeberechtigte – PVN – und Beihilfeberechtigte – PVB) 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 aber auch äquivalente Verfahren zulässig

sind. Die Vorgehensweise zur Berechnung der Auslösenden Faktoren für die PPV wird in den entsprechenden Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

In der PPV sprach der Auslösende Faktor in der Tarifstufe PVB an. Durch die Leistungsausweitungen, die mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten sind, hat sich zudem die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 10 MB/PPV 2014) geändert. Die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung nach § 8b Absatz 1 Unterabsatz 2 MB/PPV 2014 sind damit für beide Tarifstufen erfüllt. Die Einzelheiten der Beitragsanpassung zum 1. Januar 2015 werden unten beschrieben.

Beitragsanpassung in der Privaten Pflegepflichtversicherung zum 1. Januar 2015

Struktur der Privaten Pflegeversicherung

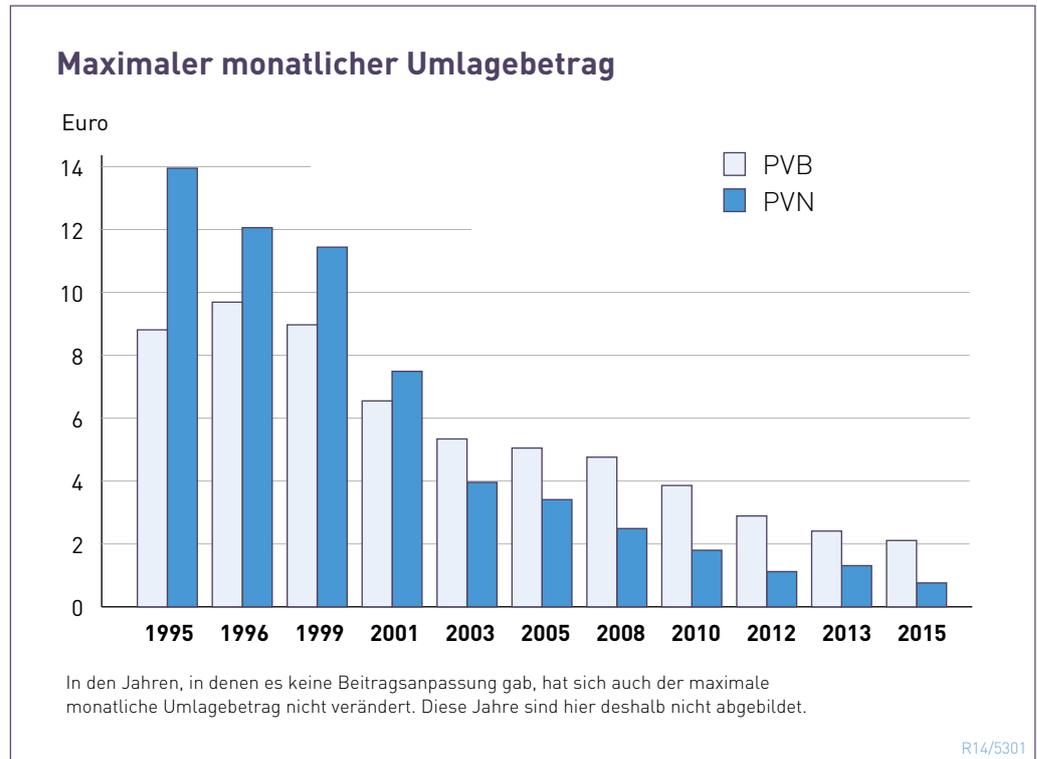
Die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung werden geschlechtsunabhängig kalkuliert und getrennt für Nichtbeihilfeberechtigte (PVN) und für Beihilfeberechtigte (PVB) berechnet. Der Beitrag in der Privaten Pflegepflichtversicherung ist auf 100 Prozent und bei seit Beginn der PPV dort versicherten Ehegatten in PVN auf 75 Prozent und in PVB auf 75 Prozent von 40 Prozent des Höchstbeitrags in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) begrenzt. Für Hilfebedürftige, die im Basistarif versichert sind, vermindert sich der Beitrag auf 50 Prozent des gesetzlichen Höchstbeitrags der jeweiligen Tarifstufe. Wichtiger Unterschied zur Sozialen Pflegeversicherung ist, dass in der Privaten Pflegepflichtversicherung Alterungsrückstellungen gebildet werden, die im Alter beitragsenkend angerechnet werden. Der Höchstbeitrag in der Sozialen Pflegeversicherung beträgt im Jahr 2015 96,94 Euro.

Kalkulationsgrundlagen

Da die Auslösenden Faktoren sowohl in PVB als auch in PVN einen negativen Wert ergaben, sinken die Kopfschäden zunächst. Eine Steigerung der Kopfschäden bewirken allerdings die im ersten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2015 neu festgelegten Ausweitungen der Versicherungsleistungen. Im PSG I wurden neben diversen Leistungsausweitungen die meisten Leistungen erhöht. Aus den so angepassten Leistungen und den mittleren Beständen wurden für die Alter 19 bis 105 Kopfschäden gebildet und mit dem Whittaker-Henderson-Verfahren ausgeglichen. Für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 wurde ein einheitlicher Kopfschaden berechnet. Damit einhergehend wurden die Ausscheidewahrscheinlichkeiten überprüft und vorsichtig bestimmt. Grundlage für die Sterbewahrscheinlichkeiten bildete die PKV-Sterbetafel 2015. Die Stornowahrscheinlichkeiten haben sich nicht geändert. Daraus wurden nach den allgemeingültigen Kalkulationsmethoden geschlechtsabhängige Nettobedarfsbeiträge bestimmt.

Auch bei dieser Beitragsanpassung wurden Mittel aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) zur Reduzierung der Umlage eingesetzt. Mit dieser Umlage werden die Geschlechtsunabhängigkeit des Beitrags und die Beitragskappungen finanziert. Die Umlage ergibt sich des Weiteren dadurch, dass mitversicherte Kinder keinen eigenen Beitrag zahlen und dass nach einer bestimmten Bestandszugehörigkeit der Höchstbeitrag in der SPV nicht überschritten werden darf. Die Umlage sinkt seit 1996, mit Ausnahme der Tarifstufe

PVN im Jahr 2013. Seit 2012 gibt es in der Tarifstufe PVN und seit 2015 in der Tarifstufe PVB getrennte Umlagen für den Bestand (also Zugänge mit Zugangsdatum zur PPV vor dem Anpassungstermin) und für das Neugeschäft (Zugänge zur PPV ab dem Anpassungstermin). In der folgenden Grafik ist ab dem Jahr 2012 die Bestandsumlage enthalten. Die Umlage für das Neugeschäft ergibt sich daraus, dass das Neugeschäft nicht vom Bestand subventioniert werden darf und auch RfB-Mittel hierfür nicht eingesetzt werden können.



Aus allen diesen Maßnahmen ergeben sich im Bestand ausschließlich Beitragserhöhungen.

Für Kinder und ausgewählte Alter sind in der nachfolgenden Tabelle die ab 1. Januar 2015 gültigen monatlichen geschlechtsunabhängigen Brutto-Neugeschäftsprämien in der PPV getrennt nach PVN und PVB aufgeführt, jeweils bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes.

Monatliche geschlechtsunabhängige Brutto-Neugeschäftsprämien (in Euro), gültig ab 01.01.2015

Alter	PVN	PVB
Kinder 0 – 18	17,36	8,43
20	17,76	8,57
25	20,00	9,32
30	22,74	10,23
35	26,13	11,35
40	30,42	12,79
45	35,94	14,65
50	43,12	17,11
55	52,64	20,38
60	65,58	24,85
65	83,91	31,17
70	110,82	40,51
75	152,07	54,98
80	215,29	77,69
85	311,46	112,92
90	456,16	165,25
95	645,47	230,97
100	769,16	273,61
105	855,34	339,20

R14/5302

Für das Neugeschäft ergaben sich Beitragsänderungen in PVB von -1,6 Prozent bis +11,1 Prozent und in PVN von -13,9 Prozent bis +17,1 Prozent. Bei einer Betrachtung der Beitragsveränderungen im Altbestand (Zugang 1995) betragen diese im Durchschnitt in PVN +14,2 Prozent und in PVB +8,2 Prozent. Mit den Beitragserhöhungen werden die umfangreichen Leistungserhöhungen und -erweiterungen durch das PSG I nachhaltig finanziert.

5.4 Beitragsanpassungen im Standard- und 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 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 rechnungsmäßigen 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 sind für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif für die erwachsenen Beobachtungseinheiten jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten zu vergleichen. 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 Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen 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.

Da bei der Berechnung der Prämien in der Privaten Krankenversicherung seit dem 21. Dezember 2012 nicht mehr nach dem Geschlecht unterschieden werden darf, werden für den Basistarif für die Kunden, die vor dem 21. Dezember 2012 zugegangen sind, noch geschlechtsabhängige (Bisex-)Prämien kalkuliert. Durch die Anrechnung von Alterungsrückstellungen ergibt sich dann aus den Neugeschäftsbeiträgen der zu zahlende Beitrag. Für Neukunden seit dem 21. Dezember 2012 werden allerdings die Beiträge geschlechtsunabhängig (unisex) kalkuliert. Da eine Versicherung im Standardtarif nur für Kunden möglich ist, die bereits zehn Jahre und vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert waren, werden die Beiträge hier nur geschlechtsabhängig kalkuliert.

Im Standardtarif für Beihilfeberechtigte STB (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach in keiner der Beobachtungseinheiten der Auslösende Faktor an.

Im Standardtarif für Nicht-Beihilfeberechtigte STN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach der Auslösende Faktor nur in der Beobachtungseinheit der Männer an. Deshalb wurde zum 1. Juli 2014 eine Beitragsanpassung durchgeführt.

In keiner Beobachtungseinheit des Standardtarifs lag der Auslösende Faktor Sterblichkeit absolut über 5 Prozent.

Im Basistarif für Beihilfeberechtigte BTB in der geschlechtsabhängig kalkulierten Version (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach in keiner der Beobachtungseinheiten der Auslösende Faktor an.

Im Basistarif für Nicht-Beihilfeberechtigte BTN in der geschlechtsabhängig kalkulierten Version (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen der Auslösende Faktor an. Deshalb wurde dort zum 1. Juli 2014 eine Beitragsanpassung notwendig.

Sowohl im BTN als auch im BTB lagen in den Beobachtungseinheiten der Männer und Frauen die Auslösenden Faktoren Sterblichkeit absolut unter der Grenze von 5 Prozent, so dass sich hieraus keine Anpassungsnotwendigkeit ergab.

In den geschlechtsunabhängig kalkulierten Versionen des Basistarifs BTB-Unisex (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) und BTN-Unisex (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprachen in allen Beobachtungseinheiten die Auslösenden Faktoren an. In beiden Tarifen lagen außerdem in den Beobachtungseinheiten der Erwachsenen die Auslösenden Faktoren Sterblichkeit absolut über der Grenze von 5 Prozent. Deshalb wurden im BTB-Unisex und BTN-Unisex zum 1. Juli 2014 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 für die geschlechtsabhängigen Tarife getrennt nach den Beobachtungseinheiten Männer und Frauen, Kinder (Alter 0 bis einschließlich 15) sowie männliche und weibliche Jugendliche (jeweils Alter 16 bis einschließlich 20) bzw. für die geschlechtsunabhängigen Tarife getrennt nach den Beobachtungseinheiten Erwachsene, Kinder (Alter 0 bis einschließlich 15) sowie Jugendliche (jeweils Alter 16 bis einschließlich 20) sowie in Abhängigkeit vom Eintrittsalter.

Beitragsanpassung im Standardtarif zum 1. Juli 2014 (STN Männer)

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge im Standardtarif bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2015 mit Projektion auf das Jahr 2019. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) des Jahres 2011 abgeleitet.

Die Basis für die Berechnung der rechnungsmäßigen Kopfschäden bildeten zum einen die Beobachtungswerte aus dem Tarif und zum anderen die Daten von ausgewählten Stütztarifen. Stütztarife wurden in den unteren Altersbereichen zur Kalkulation herangezogen, da dort keine ausreichenden Bestände für eine Kalkulation vorhanden sind.

Die Daten von geeigneten Stütztarifen wurden durch eine Umfrage unter den PKV-Mitgliedsunternehmen ermittelt. Die beobachteten Kopfschäden der Stütztarife der Jahre 2009 bis 2011 wurden an das Leistungsniveau des Standardtarifs angepasst, wobei die Auswertung getrennt für die Leistungsarten ambulant, stationär und Zahn erfolgte. Da die Beiträge im Standardtarif geschlechtsabhängig kalkuliert werden, wurde das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz

(AGG) umgesetzt, das heißt die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft wurden auf beide Geschlechter verteilt. Dazu wurden aus den Leistungen der Frauen die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft unternehmensindividuell eliminiert und separat gemeldet. Anschließend wurden geschlechtsunabhängige Teilkopfschäden für diese Leistungen ermittelt, die zu den Kopfschäden der Männer addiert wurden.

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.

Die Kostenzuschläge wurden vom PKV-Verband nur beispielhaft und für den Zweck des Poolausgleichs anhand der Entwicklung der Verwaltungsaufwendungen in der Branche gemäß Zahlenbericht festgesetzt. Die Mitgliedsunternehmen müssen für die unternehmensspezifischen Beiträge eigene Kostennachweise und -festlegungen vornehmen.

Für Einzelpersonen ist der monatlich insgesamt zu zahlende Beitrag auf den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begrenzt (Kappung) und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt auf 150 Prozent des Höchstbeitrags der GKV, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Der Höchstbeitrag der GKV bemisst sich nach dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 SGB V) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V) und betrug im Jahr 2014 627,75 Euro.

Für ausgewählte Alter sind in der nachfolgenden Tabelle die ab 1. Juli 2014 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Männer (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) bei Ansatz des beispielhaften Verbands-Kostensatzes des Standardtarifs für Nicht-Beihilfeberechtigte den zuletzt gültigen Prämien sowie dem Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2014 gegenübergestellt.

STN: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag

Alter	Männer			Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2014 in Euro
	Brutto-Neugeschäftsbeiträge			
	ab 1.7.2014 in Euro	ab 1.7.2010 in Euro	Veränderung in Prozent	
21	219,86	201,49	+9,12	627,75
25	246,93	230,09	+7,32	627,75
30	283,38	264,59	+7,10	627,75
35	318,04	296,64	+7,21	627,75
40	354,97	331,02	+7,24	627,75
45	397,88	372,26	+6,88	627,75
50	447,54	420,06	+6,54	627,75
55	501,38	472,10	+6,20	627,75
60	508,31	476,00	+6,79	627,75
65	561,98	524,28	+7,19	627,75
70	618,54	575,72	+7,44	627,75
75	666,30	627,05	+6,26	627,75
80	698,92	659,22	+6,02	627,75
85	716,12	667,81	+7,23	627,75
90	723,71	668,45	+8,27	627,75
95	723,72	668,45	+8,27	627,75
100	723,72	668,45	+8,27	627,75

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.

R14/5401

Da Versicherte allerdings erst nach zehn Jahren Vorversicherungszeit Zugang in den Standardtarif erhalten, liegen die tatsächlichen Prämien der im Standardtarif Versicherten im Allgemeinen deutlich niedriger.

Beitragsanpassungen im Basistarif zum 1. Juli 2014 (BTN Kinder und Jugendliche, BTN-Unisex, BTB-Unisex)

Eine Grundlage der Kalkulationen der Beiträge des Basistarifs bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2015 mit Projektion auf das Jahr 2019, allerdings für Erwachsene ohne Begrenzung auf die Vorgängertafel PKV-2014. Um die Morbidität der zu erwartenden Klientel, die sich aus dem modifizierten Standardtarif ableiten ließ, darzustellen, wurden die Sterbewahrscheinlichkeiten der Erwachsenen mit Korrekturfaktoren multipliziert. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der BaFin des Jahres 2011 abgeleitet. Gemäß § 5 Abs. 2 KalV dürfen bei der 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.

Sowohl im BTN als auch im BTN-Unisex lagen der Berechnung der tariflichen Kopfschäden für die Beobachtungseinheit Kinder und Jugendliche die rechnungsmäßigen Kopfschäden des STN, die sich aufgrund der Neukalkulation zum 1. Juli 2011 ergaben, zu Grunde. Für die Beobachtungseinheit Erwachsene im BTN-Unisex basierte die Berechnung der Kopfschäden auf Kopfschäden der Männer und Frauen des STN, die aus Daten der Jahre 2009-2012 hergeleitet wurden.

Die Grundlage für die rechnungsmäßigen Kopfschäden des BTB-Unisex bildeten für alle Beobachtungseinheiten Kopfschäden des STB, die aus Daten der Jahre 2008-2010 hergeleitet wurden.

Um für die Kalkulation der Beiträge der Unisex-Basistarife geschlechtsunabhängige Rechnungsgrundlagen zu erhalten, wurden die geschlechtsabhängigen Rechnungsgrundlagen Sterblichkeit, Storno und Kopfschaden sowie weitere geschlechtsabhängige Faktoren, die bei der Kalkulation verwendet wurden, mit der Geschlechterverteilung, die sich aus dem mittleren Bestand des Basistarifs des Jahres 2012 ergibt, gewichtet.

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 2009-2011 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 im Basistarif für Nicht-Beihilfeberechtigte 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 von 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 der Entwicklung der Verwaltungsaufwendungen gemäß Zahlenbericht festgesetzt. Die Mitgliedsunternehmen müssen für die unternehmensspezifischen Beiträge eigene Kostennachweise und -festlegungen vornehmen.

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 ergab sich für 2014 noch aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu wurde der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a Abs. 2 SGB V addiert. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen tritt an die Stelle des Höchstbeitrags der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs im ambulanten Bereich entspricht. Für das Jahr 2014 betrug der Höchstbeitrag der GKV 627,75 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.

In der nachfolgenden Tabelle sind die ab 1. Juli 2014 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für Kinder und Jugendliche für die Tarifstufe BTN aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Die zuletzt gültigen Prämien sind zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

BTN: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

	Alter	Brutto-Neugeschäftsbeiträge		
		ab 1.7.2014 in Euro	ab 1.7.2013 in Euro	Veränderung in Prozent
Kinder	0 – 15	215,09	244,44	- 12,01
Jugendliche (weibl.)	16 – 20	248,91	283,32	- 12,15
Jugendliche (männl.)	16 – 20	219,08	249,03	- 12,03

R14/5402

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

In den nachfolgenden Tabellen sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2014 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltstufe für die Tarifstufen BTB-Unisex (30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) und BTN-Unisex und der ab 1. Januar 2014 gültige Höchstbeitrag der GKV aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Zum Vergleich sind die zuletzt gültigen Prämien ebenfalls abgebildet.

BTB-Unisex: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	30 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Entsprechender Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2014 in Euro
	ab 1.7.2014 in Euro	ab 21.12.2012 in Euro	Veränderung in Prozent	
21	217,44	205,26	+ 5,93	188,33
25	222,04	209,85	+ 5,81	188,33
30	227,16	214,94	+ 5,69	188,33
35	231,39	219,10	+ 5,61	188,33
40	236,43	223,86	+ 5,62	188,33
45	242,92	230,09	+ 5,58	188,33
50	249,98	236,86	+ 5,54	188,33
55	257,53	244,17	+ 5,47	188,33
60	242,08	229,69	+ 5,39	188,33
65	251,46	238,82	+ 5,29	188,33
70	262,57	249,72	+ 5,15	188,33
75	275,35	262,41	+ 4,93	188,33
80	288,09	275,19	+ 4,69	188,33
85	299,42	286,68	+ 4,44	188,33
90	309,11	297,13	+ 4,03	188,33
95	316,93	305,66	+ 3,69	188,33
100	320,71	308,86	+ 3,84	188,33

Alter	50 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Entsprechender Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2014
	ab 1.7.2014	ab 21.12.2012	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	362,40	342,10	+ 5,93	313,88
25	370,05	349,75	+ 5,80	313,88
30	378,60	358,23	+ 5,69	313,88
35	385,64	365,17	+ 5,61	313,88
40	394,05	373,11	+ 5,61	313,88
45	404,87	383,48	+ 5,58	313,88
50	416,63	394,78	+ 5,53	313,88
55	429,22	406,93	+ 5,48	313,88
60	403,47	382,82	+ 5,39	313,88
65	419,10	398,04	+ 5,29	313,88
70	437,63	416,21	+ 5,15	313,88
75	458,92	437,35	+ 4,93	313,88
80	480,15	458,65	+ 4,69	313,88
85	499,04	477,80	+ 4,45	313,88
90	515,18	495,22	+ 4,03	313,88
95	528,22	509,44	+ 3,69	313,88
100	534,52	514,77	+ 3,84	313,88

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.

R14/5403

BTN-Unisex: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2014 in Euro
	ab 1.7.2014 in Euro	ab 21.12.2012 in Euro	Veränderung in Prozent	
21	701,99	713,66	-1,64	627,75
25	720,84	732,80	-1,63	627,75
30	742,92	755,18	-1,62	627,75
35	762,19	773,97	-1,52	627,75
40	783,11	793,99	-1,37	627,75
45	808,97	819,76	-1,32	627,75
50	840,28	851,72	-1,34	627,75
55	874,46	887,50	-1,47	627,75
60	828,60	842,15	-1,61	627,75
65	864,39	880,24	-1,80	627,75
70	906,35	924,48	-1,96	627,75
75	950,68	974,41	-2,44	627,75
80	982,34	1.012,79	-3,01	627,75
85	1.007,48	1.033,32	-2,50	627,75
90	1.021,86	1.041,99	-1,93	627,75
95	1.023,48	1.045,33	-2,09	627,75
100	1.023,48	1.045,51	-2,11	627,75

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.

R14/5404

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 2014 gültigen Brutto-Neugeschäftsprämien in den Tarifstufen BTB-Unisex (100 Prozent und 20 Prozent Erstattung) und BTN-Unisex für Kinder und Jugendliche für die niedrigste Selbstbehaltstufe, jeweils bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes, sind im Vergleich zu den zuletzt gültigen Prämien in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt.

BTB-Unisex: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	100 Prozent Erstattung Brutto- Neugeschäftsbeiträge			20 Prozent Erstattung Brutto- Neugeschäftsbeiträge		
	ab 1.7. 2014	ab 21.12. 2012	Verände- rung	ab 1.7. 2014	ab 21.12. 2012	Verände- rung
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent
Kinder 0 – 15	258,01	291,86	- 11,60	51,60	58,37	- 11,60
Jugendl. 16 – 20	272,65	307,29	- 11,27	54,53	61,46	- 11,28

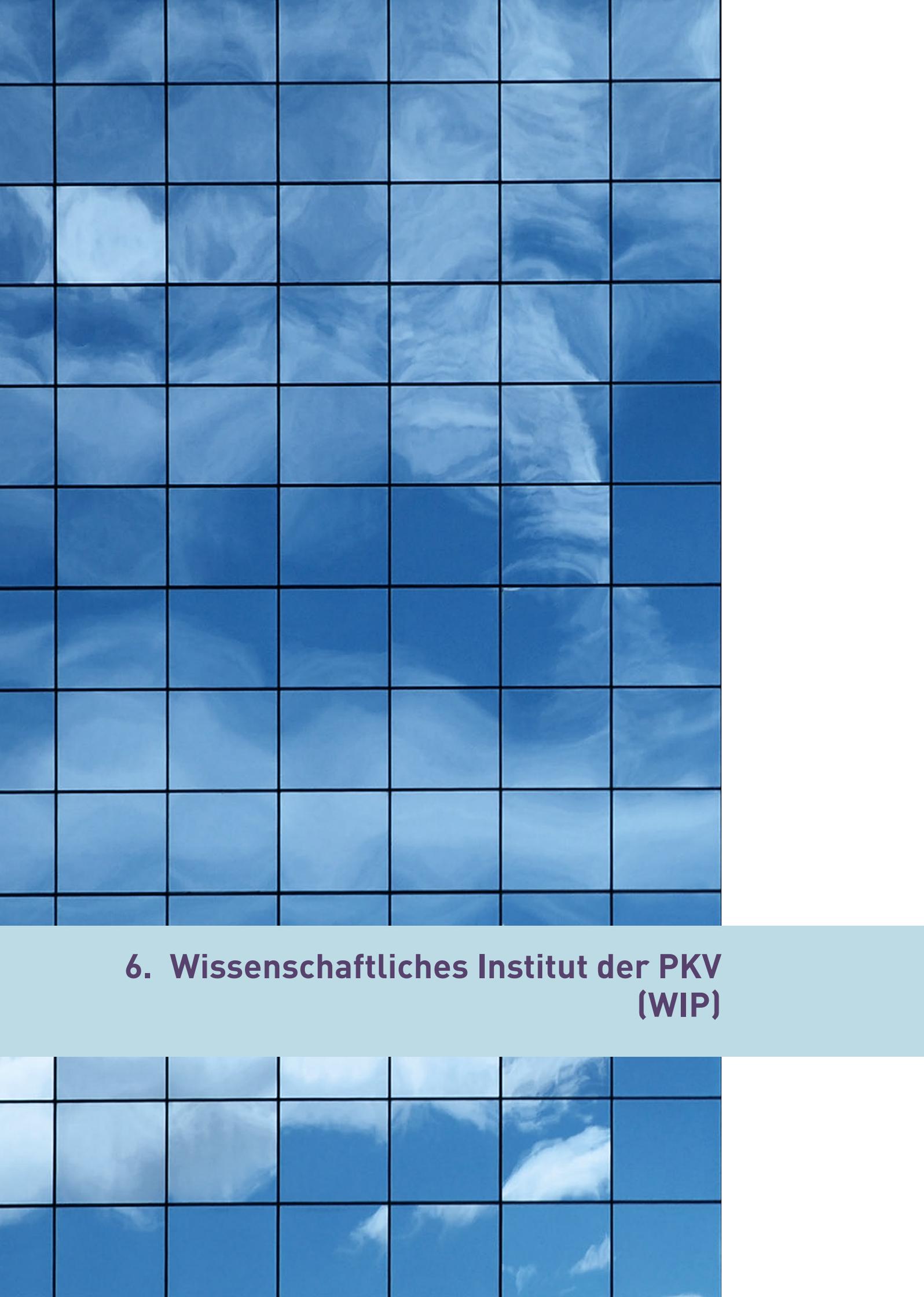
R14/5405

BTN-Unisex: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	Brutto- Neugeschäftsbeiträge		
	ab 1.7.2014 in Euro	ab 21.12.2012 in Euro	Veränderung in Prozent
Kinder 0 – 15	215,38	249,04	- 13,52
Jugendliche 16 – 20	250,90	251,56	- 0,26

R14/5406

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

The image features a blue grid pattern with a light blue horizontal band across the middle. The grid is composed of squares, each containing a different shade of blue, ranging from light to dark. The light blue band is positioned in the lower half of the image, containing the text.

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 können auf der Homepage des WIP („www.wip-pkv.de“) im Volltext abgerufen werden. Derzeit stehen 69 Studien zum Download bereit. Zudem ist es möglich, einen Newsletter zu abonnieren, der auf die neuen Studien des WIP hinweist.

Ein Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der Auswertung von Abrechnungsdaten. Seit 2006 analysiert das WIP die Arzneimittelverordnungen von Privatversicherten. Die teilnehmenden PKV-Unternehmen erhalten jährlich eine umfangreiche unternehmensspezifische Auswertung ihrer Arzneimitteldaten. Diese Auswertung ermöglicht ein Monitoring des Leistungsmanagements, zeigt realisierte und mögliche Einsparpotenziale auf, identifiziert Besonderheiten in der Arzneimittelversorgung gegenüber anderen Mitgliedsunternehmen und leistet Hilfestellung im Versorgungs- und Qualitätsmanagement. Ergebnisse aus dem Arzneimittelprojekt werden zudem in diversen Fachzeitschriften und auf wissenschaftlichen Konferenzen vorgestellt.

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. Ab 2014 sind alle PKV-Unternehmen aufgerufen, auf elektronischen Weg über das so genannte RePortal entsprechende Rechnungsdaten an das WIP zu übermitteln.

Im Folgenden werden die wichtigsten Forschungsergebnisse des WIP aus dem Jahr 2014 vorgestellt.

Die Heilmittelversorgung der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich

Die PKV unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der GKV. Dies zeigt sich nicht nur in der Finanzierungsform, sondern auch auf der Leistungsseite. Vor allem in der Heilmittelversorgung machen sich die unterschiedlichen Rahmenbedingungen deutlich bemerkbar. Zu den Heilmitteln gehören insbesondere Maßnahmen der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie.

Die Studie bietet erstmalig eine umfassende Darstellung der Heilmittelversorgung von PKV- und GKV-Versicherten. Es wird gezeigt, dass die Heilmittelversorgung in der GKV wesentlich stärker eingeschränkt und reglementiert wird als in der PKV. Die GKV wirkt in diesem Bereich zudem massiv auf das ärztliche Ordnungsverhalten ein. Neben Leistungsausschlüssen und -einschränkungen führen vor allem Richtgrößen und die Möglichkeit eines Regresses gegen den behandelnden Arzt in der GKV zu Rationierung. Im Vergleich zu gesetzlich

Im Heilmittelbereich
entsteht ein Mehrumsatz
von 936 Millionen Euro

versicherten Patienten erhalten Privatpatienten eine umfangreichere und individuellere Versorgung, die sich in entsprechend höheren Heilmittelausgaben niederschlägt.

PKV-Versicherte zahlen insgesamt deutlich mehr für Heilmittel im Vergleich zu dem Betrag, den die GKV für sie aufwenden würde. Dieser sogenannte Mehrumsatz der Privatversicherten belief sich im Jahr 2013 auf 936 Millionen Euro.

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV

Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch-entzündliche Autoimmunkrankheit des zentralen Nervensystems, die Erwachsene in jungen Lebensjahren treffen kann und zu einer zunehmend neurologisch bedingten Behinderung führt.

Wie die Studie zeigt, haben sich die Verordnungen von Medikamenten zur Behandlung der Multiplen Sklerose von 2007 bis 2012 in der PKV verdoppelt. Ursache für die deutliche Zunahme ist vor allem die steigende Zahl an MS-Patienten infolge der verbesserten Diagnoseverfahren und des daraus resultierenden früheren Behandlungsbeginns. Ein weiterer Grund ist in den neuen MS-Medikamenten zu sehen, die vielfach eine zusätzliche Therapieoption („add-on“) zu älteren Präparaten darstellen.

Wie die WIP-Studie weiter analysiert, haben Frauen nicht nur ein etwa 2,3fach höheres Risiko an MS zu erkranken als Männer. Bei Frauen lassen sich zudem vor allem im jungen Erwachsenenalter bereits überdurchschnittlich viele MS-Erkrankungen feststellen. Dagegen weisen die ausgewerteten Daten bei Männern auf einen etwas späteren Krankheitsbeginn hin.

Trotz der in den letzten Jahren neu auf dem Markt zugelassenen Medikamente ist MS weiterhin nicht heilbar. Bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf nehmen die Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung deutlich ab. Ab dem 46. bis 50. (Frauen) bzw. 51. bis 55. Lebensjahr (Männer) zeigt sich dies in einer stark rückgängigen Zahl der Patienten, die noch eine medikamentöse MS-Therapie erhalten.

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 - Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Bei der Untersuchung handelt es sich um die umfassendste Analyse zur Arzneimittelversorgung der Privatversicherten. Einschlägige Veröffentlichungen wie der Arzneiverordnungs-Report bilden in ihrer Analyse nur den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab. Die Versorgung der Privatversicherten, die mittlerweile 11,4 Prozent der Bevölkerung in Deutschland ausmachen, wird dort nicht berücksichtigt. Diese Lücke wird durch die WIP-Studie geschlossen.

Im Rahmen der Studie werden Medikamente bzw. Indikationsgruppen mit überproportionalem Ausgabenwachstum, aber auch Bereiche mit realisiertem Einsparvolumen identifiziert. Zudem wird der Arzneimittelbereich in der PKV auch unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und des Zugangs zu innovativen Medikamenten betrachtet.

Während die Arzneimittelversorgung in der GKV von einer Vielzahl von Steuerungsinstrumenten beeinflusst wird, ist der Arzt bei Privatversicherten an

Mehr MS-Patienten aufgrund verbesserter Diagnostik

Von einer „GKVisierung“ der PKV kann keine Rede sein

keine derartigen Vorgaben gebunden. Der daraus resultierende Unterschied in der Verordnungspraxis ist evident. Von einer „GKVisierung“ der PKV, wie gelegentlich in der gesundheitspolitischen Diskussion vorgebracht, kann mit Blick auf die tatsächlichen Daten im Arzneimittelbereich keine Rede sein. Die Auswirkungen der Einflussnahme auf das ärztliche Verordnungsverhalten bei GKV-Versicherten werden durch die vorgenommene Gegenüberstellung zum PKV-Versorgungsgeschehen transparent.



Anhang



Ehrenmitglieder des Verbandes

Generaldirektor i.R. Heinrich Frommknecht

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

Generaldirektor i.R. Peter Greisler

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

Generaldirektor i. R. Reinhold Schulte

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

I. Verbandsorgane

(Stand: 20.04.2015)

I.1 Hauptausschuss und Vorstand

Hauptausschuss

bestehend aus...

... von der Mitgliederversammlung gewählten Mitgliedern

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

8. **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
9. **Gerhard Glatz**
Vorsitzender des Vorstandes 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**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
13. **Matthias Kreibich** (seit 01.07.2014)
Sprecher des Vorstandes der INTER Krankenver- sicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WaG, Frankfurt am Main
14. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
15. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
16. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMercur Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
17. **Heinz Wilhelm Teuscher**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Kran- kenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
18. **Dr. Rainer Wilmlink** (seit 03.06.2014)
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversiche- rungs-AG, Münster

... kooptierten Mitgliedern

19. **Frank-Henning Florian**
Vorsitzender des Vorstandes der R+V Kranken- versicherung AG, Wiesbaden

20. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, sowie Vorstandsmitglied des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Wolfgang Hanssmann** (bis 31.03.2015)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Peter Thomas** (bis 30.06.2014)
Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim

Vorstand

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

I.2 Sonderausschüsse

a) Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
2. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstandes 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**
Fachbereichsleiter für Produktentwicklung und Aktuariat der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
5. **Frank-Henning Florian**
Vorsitzender des Vorstandes der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
6. **Gerhard Glatz**
Vorsitzender des Vorstandes 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**
Sprecher des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt am Main
11. **Christoph Laarmann**
stellvertr. Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
12. **Dr. Ralph Maaßen**
Abteilungsleiter Mathematik und Ertragssteuerung der AXA Krankenversicherung AG, Köln
13. **Norbert Mattar** (seit 11.03.2015)
Bereichsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
14. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
15. **Hans-Herbert Rospleszcz**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
16. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMercur Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
17. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, sowie Vorstandsmitglied des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
18. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
19. **Dr. Rainer Wilmink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

20. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Dr. Hans Josef Pick** (bis 31.12.2014)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung AG, Köln

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht

1. **Dr. Birgit König – Vorsitzende**
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München
2. **Daniel Bahr** (seit 11.03.2015)
Generalbevollmächtigter der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München
3. **Michael Baulig**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversi-
cherung a.G., Nürnberg
4. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversi-
cherung a.G., Dortmund, und des Deutscher
Ring Krankenversicherungsverein a.G.,
Hamburg
5. **Klaus-Dieter Dombke** (seit 11.03.2015)
Bereichsleiter der AXA Krankenversicherung
AG, Köln
6. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Kranken-
versicherung a.G., Dortmund
7. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Kranken-
versicherung AG, Coburg
8. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer
Krankenversicherung AG, Köln
9. **Silke Lautenschläger**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung AG, Köln
10. **Karl-Josef Maiwald**
Abteilungsleiter des Debeka Kranken-
versicherungsverein a.G., Koblenz
11. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Kranken-
versicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
12. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamten-
krankenkasse Aktiengesellschaft, München,
und der Union Krankenversicherung AG,
Saarbrücken
13. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversi-
cherung a.G., Wuppertal
14. **Hans-Herbert Rospleszczyk**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversi-
cherung AG, Köln, und der ENVIVAS Kranken-
versicherung AG, Köln

15. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial
Krankenversicherung Hannover AG, Hannover,
und der ALTE OLDENBURGER Krankenversi-
cherung AG, Vechta, sowie Vorstandsmitglied
des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung
von 1927 V.V.a.G., Vechta
16. **Roberto Svenda** (seit 10.09.2014)
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversiche-
rung aG, Mannheim
17. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskran-
kenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
18. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Thomas List** (bis 30.06.2014)
stellvertr. Vorsitzender des Vorstandes der
INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
- **Christian Molt** (bis 31.12.2014)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Kranken-
versicherungs-AG, München
- **Volker Schulz** (bis 31.03.2015)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Kranken-
versicherung a.G., Fellbach

c) Ausschuss für Pflegeversicherung

1. **Dr. Clemens Muth – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche
Krankenversicherung AG, Köln
2. **Dr. Karl-Josef Bierth – stellvertr. Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversi-
cherung a.G., Dortmund, und des Deutscher
Ring Krankenversicherungsverein a.G.,
Hamburg
3. **Dr. Jan Esser**
Fachbereichsleiter für Produktentwicklung und
Aktuariat der Allianz Private Krankenversiche-
rungs-AG, Unterföhring
4. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Kranken-
versicherung a.G., Dortmund
5. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Kranken-
versicherung AG, Coburg
6. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer
Krankenversicherung AG, Köln
7. **Christoph Laarmann**
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. **Karl-Josef Maiwald**
Abteilungsleiter des Debeka
Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

10. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
11. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
12. **Hans-Herbert Rospleszcz**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
13. **Hans-Josef Schmitz**
Bereichsleiter der AXA Krankenversicherung AG, Köln
14. **Roberto Svenda** (seit 10.09.2014)
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Thomas List** (bis 30.06.2014)
stellvertr. Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim

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 Etkorn**
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**
Prokuristin der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
15. **Dr. Torsten Schulte**
Prokurist der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Michael Kurtenbach – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
2. **Andrea van Aubel**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
3. **Christian Barton** (seit 11.03.2015)
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
4. **Michael Baulig**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., 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**
Sprecher des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt am Main
9. **Tillmann Lukosch**
Vorstandsmitglied der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
10. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
11. **Michael Petmecky**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
12. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
13. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMercur Spezial Krankenversicherung AG, Hamburg

14. **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
15. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, sowie Vorstandsmitglied des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
16. **Falko Struve** (seit 11.03.2015)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
17. **Kai Völker** (seit 11.03.2015)
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
18. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
19. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Alexander Brams** (bis 31.12.2014)
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
- **Christian Molt** (bis 31.12.2014)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Dr. Hans Josef Pick** (bis 31.12.2014)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Volker Schulz** (bis 31.03.2015)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach

f) Haushaltsausschuss

1. **Dr. Ralf Kantak – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes 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

g) Vertriebsausschuss der PKV

1. **Dr. Andreas Eurich – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes 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. **Timo Holland** (seit 03.06.2014)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
5. **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
6. **Frank Kettner**
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 Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
10. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., München
11. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
12. **Klaus Tisson**
Vorstandsmitglied der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta
13. **Dr. Thomas Wiesemann** (seit 11.03.2015)
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
14. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

h) Ausschuss „Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern“

1. **Ulrich Leitermann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher 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 Vorstandes des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta

5. **Dr. Christoph Jurecka** (seit 11.03.2015)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
6. **Dr. Ralf Kantak**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
7. **Dr. Stefan Lütticke**
Direktor der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
8. **Raik Mildner** (seit 11.03.2015)
Vorstandsmitglied der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
9. **Stephan Oetzel**
Chief Risk Officer der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
10. **Wolfgang Reif**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
11. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
12. **Alf N. Schlegel**
Vorstandsmitglied der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim
13. **Frank Sievert**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
14. **Holger Tietz**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Dr. Birgit König**
Vorsitzende des Vorstandes 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**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMercur Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
11. **Dr. Thilo Schumacher** (seit 11.03.2015)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
12. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
13. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Peter Thomas** (bis 30.06.2014)
Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Dr. Hans Josef Pick** (bis 31.12.2014)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

i) Ausschuss „Zukunft des Gesundheitswesens“

1. **Dr. Walter Botermann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
2. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstandes 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**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
5. **Dr. Christoph Helmich**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

j) Rechnungsprüfer

Georg Hake

Vorsitzender des Vorstandes des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta

Gerhard Glatz

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

I.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 Vorstandes 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 Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
- **Gerhard Glatz**
Vorsitzender des Vorstandes 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 Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Clemens Muth**
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Heinz Wilhelm Teuscher**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der ENVIVAS Krankenversicherung AG, Köln
- **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes 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 Vorstandes 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
- **Jochen Herwig**
Vorsitzender des Vorstandes 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 Vorstandes 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 Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und
des Deutscher Ring Krankenversicherungs-
verein a.G., Hamburg
- **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 Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und
des Deutscher Ring Krankenversicherungs-
verein a.G., Hamburg

j) Ausschuss Finanzen und Risikomanagement

- **Ulrich Leitermann**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL
Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein
a.G., Hamburg

I.4 Geschäftsführung

(Stand: Mai 2015)

- Verbandsdirektor
Dr. Volker Leienbach
- Stellvertr. Verbandsdirektor
Dr. Joachim Patt (Leistung)
- Geschäftsführer
Ass. iur. Andreas Besche (Pflege)
- Geschäftsführer
Holger Eich (Mathematik/Statistik)
- Geschäftsführer
Dr. Timm Genett (Politik)
- Geschäftsführer
Dipl.-Betriebswirt Christian Hälker
(Zentrale Dienste, IT)
- Geschäftsführer
Stefan Reker (Kommunikation)
- Geschäftsführer
Dr. Florian Reuther (Recht)

Abteilungsleiter

- **Dipl.-Betriebswirt (FH) Markus Hessel**
(IT, Projektmanagement „Prozesse“)
- **Dipl.-Kfm. Michael Kreher**
(Revision)
- **Ass. iur. Jürgen Miebach**
(Leistung ambulant)
- **Frank Schlerfer**
(Pflege Qualitätsprüfung von Pflege-
einrichtungen – 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.-Math. Doreen Jahnke**
(Mathematik/Statistik)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Stefan Klein**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Konstanze Meyer, LL.M.**
(Recht)
- **Dipl.-Math. Jürgen Mnich**
(Zentrale Dienste)
- **Dr. Marc-Pierre Möll**
(Politik)
- **Gerald Mörsberger, M.A.**
(Zentrale Dienste Datenbanken)
- **Dipl.-Kfm. Sascha Raithel**
(Recht)
- **Dipl.-Volkswirt Wilhelm Roos**
(Leistung stationär)

- **RA 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

- **Esra'a Al-Madhi**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Kfm. Michael Backes**
(Revision)
- **Frederic Baum**
(Zentrale Dienste)
- **Bastian Biermann, M. A.**
(Recht)
- **Dirk Böttcher**
(Zentrale Dienste)
- **Rudolf Boldt**
(Zentrale Dienste)
- **Stephan Caspary**
(Kommunikation)
- **Ass. iur. Angela Cumbo**
(Recht)
- **Dipl.-Math. Patricia Derksen**
(Mathematik/Statistik)
- **Ass. iur. Madeleine Engel**
(Ombudsmann)
- **Petra Ewenz**
(IT, Projektmanagement „Prozesse“)
- **Natalie Förster**
(Zentrale Dienste)
- **Florian Genn, M.Sc.**
(Mathematik/Statistik)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Gebeyehu Kenea Gobena**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Russ. Sabine Heche**
(Kommunikation)
- **Dominik Heck, M.A.**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Jur. Anne Hilpert**
(Revision)
- **RA Clemens Hof**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Kffr. (FH) Melanie Höffner**
(Interne Revision)
- **Apothekerin Susanne Hübner**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Jur. Lisa Kaiser**
(Revision)
- **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.-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)
- **Heike Ruthenberg**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Psychologin Dorothee Schalles**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Oliver Schleicher**
(Recht)
- **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)
- **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)
- **Sarah Walter, M. A.**
(Kommunikation)
- **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 Wild**
(Institutsleiter)
- **Dipl.-Sozialwiss. Verena Finkenstädt**
(Projektleiterin)
- **Dr. Torsten Keßler**
(Projektleiter)

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

Glinkastraße 40 · 10117 Berlin
 Telefon (030) 20 45 89-0
 Telefax (030) 20 45 89-33
 berlin@pkv.de

I.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 (bis 31.03.2015)

* 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 Beamtenkrankenkasse),
 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)

* Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

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

* Martina **Refior** (Bayerische Beamtenkrankenkasse, Telefon: 089 / 21 60-87 02, Telefax: -5 87 02)

* 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: Roberto **Svenda**, stellvertr. Vorstandsmitglied der INTER

* Karl-Heinz **Seiffert**, Prokurist (INTER, Telefon: 0621 / 4 27-10 65, Telefax: -87 13)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Sachsen-Anhalt

Ruhrallee 92–94 (Continentale), 44139 Dortmund
E-Mail: pkv.lasa@continentale.de

Vorstand: Dr. Christoph **Helmich**, ordentl. Vorstandsmitglied der Continentale

* Klaus **Böcker**, Handlungsbevollmächtigter (Continentale, 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)

I.6 Mitgliedsunternehmen

(Stand: April 2015)



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-Straße 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-Straße 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

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 Krankenversicherungsverein a.G.

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.deutscherring-kranken.de
 service@deutscherring.de

DEVK

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 Private Krankenversicherung

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

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

HanseMerkur Versicherungsgruppe

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 Speziale 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 Aus Tradition günstig

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

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-AKTIENGESELLSCHAFT

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

Zukunft. In besten Händen.

**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

Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg



VERSICHERUNGSGRUPPE

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



Versicherer im
Raum der Kirchen

Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

**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.stmartinusvvg.de
info@stmartinusvvg.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



Der Fels in der Brandung.

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



**DEUTSCHE
FAMILIENVERSICHERUNG**

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

Adenauerring 9, 81737 München
Tel.: (089) 5 59 87-0 / Fax: (089) 5 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
uk@pbeakk.de

Trauerfälle 2014

Generaldirektor i. R. Wolfgang Werner

Ehemaliges Mitglied des Hauptausschusses, des Ausschusses für Öffentlichkeitsarbeit/Presseausschuss und des sozialpolitischen Arbeitsausschusses des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

verstorben am 26. Juli 2014

Dr. Hartmut Wiedey

Vorstandsmitglied der Bayerische Beamten Versicherung AG

verstorben am 7. April 2014

II. Stichwortverzeichnis

Seite

A	Aids-Prävention	40 f.
	Alkohol-Prävention.....	41 f.
	Alterungsrückstellungen	22
	„Älter werden in Balance“	42 f.
	Arzneimittel	52 ff.
	Arzneimittelrabatte	94
	Aufwendungen	20 ff.
	Alterungsrückstellungen	22
	Leistungen an Versicherte	20
	Veränderung der Versicherungsleistungen.....	21
	Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen.....	22
	Ausbildungsfonds.....	60
	Auslandsreisekrankenversicherung.....	17
B	Basistarif.....	14, 67, 96 f., 115 ff.
	Beihilfe	12
	Beitragseinnahmen	18 ff.
	Anteil der Versicherungsarten	19
	Einmalbeiträge aus RfB	19 f.
	Beitragszuschuss (bei ALG II)	91 f.
	Besondere Versicherungsformen.....	17
	Bestandsentwicklung.....	10 ff.
	Betriebliche Krankenversicherung.....	30 f., 36 f., 101
	Bezugsgröße.....	91
	Bundesbasisfallwert 2015.....	59
C	COMPASS.....	72 ff.
D	DRG-System	61
E	Ehrenmitglieder des Verbandes	135
	Ein- und Zweibettzimmerzuschläge.....	65 f.
	Entgeltssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).....	62
G	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).....	29 f., 47
	Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).....	48 ff.
	GEPV (geförderte ergänzende Pflegezusatzversicherung).....	17, 26, 34 f.
	Geschäftsführung.....	142 ff.
H	Hauptausschuss	135 f.
	HIV-/ Aids-Prävention	40 f.
I	IASB	97 f.
J	Jahresarbeitsentgeltgrenze.....	91
K	Krankenhaus-Datenbank des Verbandes.....	76 f.
	Krankenhaustagegeldversicherung	17
	Krankentagegeldversicherung	17
	Krankheitsvollversicherung	10 ff.
L	Landesausschüsse	144 ff.
	Landesbasisfallwerte	58 f.
	Leistungen an Versicherte	20 f.
M	Medicproof	79 ff.
	Mitgliedsunternehmen.....	9 f., 146 ff.

N	Nettoneuzugang	10 f.
	Notlagentarif.....	15, 56 ff.
P	Pflegeberatung.....	33, 72 ff., 77
	Pflegezusatzversicherung.....	26, 34 f.
	Prävention.....	27 f., 38 ff.
	Präventionsgesetz.....	71, 277
	Pressearbeit des PKV-Verbandes.....	33 ff.
	Publikationen des PKV-Verbandes.....	154 f.
	Publikationen des WIP.....	156 ff.
	Private Pflegepflichtversicherung	15, 66 ff.
	Begutachtungsergebnisse	80 f.
	Beiträge	66 f.
	Bestand	15
	Beziehungen zu den Leistungserbringern	83 f.
	Gesetzgebung	67 ff.
	Medizinische Begutachtung der Antragsteller	79 ff.
	Qualität der Pflege	74 ff.
	Pflegeberatung (Compass)	72 ff.
	Prüfdienst der PKV	74 ff.
	Zentrum für Qualität in der Pflege	84 ff.
Q	Qualitätspartnerschaften mit ausgewählten Krankenhäusern	64
	Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen	74 ff.
R	Rechengrößen 2015.....	91 ff.
	Rechnungslegung.....	97 f.
S	Solvabilität	94 ff.
	Solvency II	99 ff.
	Sonderausschüsse	136 ff.
	Standardtarif.....	13 f., 32, 115 ff.
	Stationäre Leistungen	58 ff.
	Sterbetafel PKV-2015.....	107 ff.
	Steuern	101 f.
	Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege	84 ff.
T	Tarifwechsel-Leitfaden.....	28 f., 36
U	Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)	30 f.
V	Verbandsorgane.....	135 ff.
	Versicherungsbestand.....	10 ff.
	Vorstand	136
W	Wahlleistungen im Krankenhaus.....	12, 16
	WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV	127 ff.
Z	Zahnzusatzversicherungen	16
	ZQP.....	84 ff.
	Zusatzversicherungen.....	16 f.

III. Publikationen des PKV-Verbandes

(www.pkv.de/service)

„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

- Erleichterte Aufnahme in die Private Krankenversicherung für Beamtenanfänger, gesetzlich versicherte Beamte und deren Angehörige
- Die Private Pflegepflichtversicherung
- Die Private Pflegezusatzversicherung
- Sozialtarife der PKV
- PKV im Studium
- Die Auslandsreise-Krankenversicherung
- Private Studentische Krankenversicherung – Merkblatt für Ärzte
- Private Studentische Krankenversicherung – Merkblatt für Zahnärzte

„Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht“

„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)

„Fakten zum Präventions-Engagement der PKV“ (Flyer)

„30 Jahre Pflegekompetenz der Privaten Krankenversicherung“ (Flyer)

„Zwei-Klassen-Medizin – Behauptung und Wahrheit.“

„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 für die Private Studentische Krankenversicherung (MB/PSKV 2009)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2015)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT 2009)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den 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

Eine Übersicht über ältere Ausgaben der PKV-Dokumentationsreihe finden Sie im PKV-Rechenschaftsbericht 2013, S. 184 f.

Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV – WIP

Diskussionspapiere

2015:

- 1/2015 „Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt – Eine Analyse der neuesten Entwicklung“ von Dr. Frank Niehaus

2014:

- 2/2014 „Die Heilmittelversorgung der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich“ von Verena Finkenstädt
- 1/2014 „Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV“ von Dr. Frank Wild

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

2015

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Dr. Frank Wild

2014

Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich – Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten

Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus

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.

