

Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2015



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 2015

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	19
1.4 Aufwendungen	21
2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit.....	25
2.1 Politik und Gesetzgebung	27
2.2 Presse und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes	34
2.3 Präventions-Engagement der PKV.....	39
3. Entwicklungen im Leistungsbereich	47
3.1 Arzneimittel	49
3.2 Gebührenordnung für Zahnärzte	53
3.3 Gebührenordnung für Ärzte	57
3.4 Stationäre Leistungen	58
3.5 Private Pflegepflichtversicherung.....	65
4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen	89
4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen	91
4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft.....	96
4.3 Rechnungslegung.....	103
4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement.....	105
4.5 Steuern.....	106
4.6 Internationale Zusammenarbeit	108
5. Aktuarielle Schwerpunkte	111
5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2016“	113
5.2 Beitragsanpassungen im Standard- und Basistarif.....	116
6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	133
Anhang	141
Ehrenmitglieder des Verbandes	143
I. Verbandsorgane.....	143
I.1 Hauptausschuss und Vorstand.....	143
I.2 Sonderausschüsse	144

I.3 PKV-Vertreter in den Gremien des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	149
I.4 Geschäftsführung	151
I.5 Landesausschüsse	153
I.6 Mitgliedsunternehmen	155
II. Publikationen des PKV-Verbandes	161

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Private Krankenversicherung (PKV) hat das Jahr 2015 genutzt, um wichtige Reformen zu Gunsten ihrer Versicherten voranzutreiben. Ein wichtiges Beispiel dafür sind die „Leitlinien für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“, die am 1. Januar 2016 in Kraft traten. Sie schaffen auf mehreren Ebenen eine neue Qualität, indem sie das geltende Recht versichertenfreundlich auslegen und durch Selbstverpflichtungen der Unternehmen erweitern. Inzwischen sind diesen Leitlinien bereits Unternehmen mit mehr als 80 Prozent der Versicherten beigetreten; weitere haben ihren Beitritt angekündigt.

Eine zentrale Herausforderung war das Konzept für eine grundlegende Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), das die PKV zusammen mit der Bundesärztekammer (BÄK) und in Abstimmung mit Vertretern der Beihilfe entwickelt hat. Mit der Bundesärztekammer besteht Einigkeit, dass der Prozess der Entwicklung einer neuen GOÄ konstruktiv fortgesetzt werden soll.

In jedem Fall konnten PKV und BÄK gemeinsam bereits viel erreichen. Von allen Beteiligten wurde sehr gute fachliche Arbeit geleistet. Das bisher vereinbarte Gesamtpaket ist ein ausgewogener Kompromiss, der zwar auch der PKV einige schwierige Zugeständnisse abverlangt hat, der aber insgesamt einen fairen Interessenausgleich widerspiegelt. Das gemeinsame GOÄ-Konzept bringt eine deutliche Stärkung der „sprechenden Medizin“, also der persönlichen Zuwendung des Arztes zum Patienten. Es sichert den Patienten eine Versorgung auf dem modernsten Stand bei voller Therapiefreiheit der Ärzte. Und es erlaubt eine schnellstmögliche Integration künftiger medizinischer Innovationen.

Darüber hinaus ist die PKV im Jahr 2015 eine vertragliche Selbstverpflichtung zur Förderung ambulanter Hospizdienste eingegangen. Dafür hat der PKV-Verband den Ehrenpreis des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes erhalten.

Zudem hat der PKV-Verband seine Unterstützung für die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) ausgeweitet. Dank des Finanzierungsbeitrags der PKV kann die UPD seit einigen Jahren – neben dem deutschen Angebot – ebenfalls in türkischer und russischer Sprache beraten. Und angesichts der Flüchtlingssituation bietet sie jetzt mit unserer Unterstützung zusätzlich auch Patientenberatung in arabischer Sprache an.

Zu unserer Reform-Agenda gehört auch, dass wir die PKV als Treiber für mehr Qualität im Gesundheitswesen etablieren. Die von uns gegründete gemeinnützige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ ist innerhalb weniger Jahre zu dem führenden Kompetenzzentrum in der gesamten deutschen Pflege-Szene geworden. Nun gehen wir mit der neuen, gemeinnützigen „Stiftung Gesundheitswissen“ den nächsten Schritt. Sie soll die Versorgungsqualität verbessern durch eine Stärkung der Patientenkompetenz. Dazu wird die Stiftung allen Patienten verständliche und auf wissenschaftlicher Grundlage erarbeitete Entscheidungshilfen über Möglichkeiten zu Diagnostik und Therapie anbieten.

Das zeigt, dass sich die PKV ihrer verantwortungsvollen Rolle im deutschen Gesundheitssystem sehr bewusst ist. Und sie steht bereit, in der Zukunft eine noch stärkere Rolle für das Gesundheitswesen zu übernehmen.

Viele Reformen hat die Branche in den vergangenen Jahren also bereits in Eigenregie umgesetzt. Bei weiteren wichtigen Reformen im Interesse der Versicherten ist die PKV allerdings auf die Unterstützung des Gesetzgebers angewiesen.

So hat der PKV-Verband konkrete Vorschläge vorgelegt, die eine stetigere und moderate Beitragsentwicklung erlauben würden. Im Kern geht es um das – durchaus lösbare – Problem, dass die Versicherungen die Kalkulationsgrundlagen, wie etwa das geänderte Zinsniveau, nicht regelmäßig und zeitnah anpassen dürfen. Die bisher im Versicherungsaufsichtsrecht geltenden starren Schwellenwerte, die so genannten „auslösenden Faktoren“, sind zu unflexibel. Sie führen unter Umständen zu einem willkürlich anmutenden Wechsel von mehrjährigen Null-Runden und dann sprunghaft ansteigenden Beiträgen. Repräsentative Umfragen zeigen aber, dass die Versicherten mehrere kleinere Anpassungen einer großen Beitragsanpassung vorziehen. Inzwischen hat sich auch der Bundesverband der Verbraucherzentralen öffentlich für eine solche versichertenfreundliche Lösung eingesetzt. Leider hat der Gesetzgeber diese Vorschläge bisher nur teilweise aufgegriffen.

Dasselbe gilt für die Weiterentwicklung des PKV-Standardtarifs. Er bietet langjährig Privatversicherten, die aus welchen Gründen auch immer in finanzielle Probleme geraten, eine umfassende Versorgung zu sehr moderaten Beiträgen. Der Standardtarif wurde allerdings 2009 per Gesetz für Neukunden geschlossen. Es wäre sinnvoll, diesen gut funktionierenden Sozialtarif auch für alle Neuzugänge wieder zu öffnen. Doch dazu benötigt die Branche ebenfalls die Hilfe des Gesetzgebers.

Im Jahr 2015 hat sich erneut gezeigt, dass das Interesse der Menschen an einem privaten Krankenversicherungsschutz ungebrochen ist. Die Gesamtzahl der Versicherungen entwickelte sich weiter positiv. So gab es in den Voll- und Zusatzversicherungen Ende des Jahres 33,56 Millionen Versicherte – ein Plus von 2,4 Prozent. Die Zusatzversicherungen verzeichneten dabei einen Anstieg um 3,5 Prozent auf 24,77 Millionen. In der Krankenvollversicherung sind die Zahlen zwar leicht rückläufig. Das hat jedoch ganz wesentlich mit einem Sondereffekt zu tun: Nach Daten des Statistischen Bundesamtes wuchs die Zahl der Arbeitnehmer gegenüber 2014 um 426.000 Personen, wogegen die Zahl der Selbstständigen um 97.000 zurückging. Infolgedessen mussten zigtausende vorher privatversicherte Selbstständige beim Wechsel in sozialversicherungspflichtige Anstellungen in die GKV wechseln, ob sie das nun wollten oder nicht. Denn Angestellte müssen die gesetzlich vorgegebene Einkommensgrenze von 56.250 Euro überschreiten, bevor sie in die PKV wechseln dürfen.

Wer hingegen bereits privatversichert ist, ist in der Regel sehr zufrieden mit den Leistungen der PKV. Ein klares Indiz dafür ist die seit Jahren rückläufige Beschwerdequote bei der Schlichtungsstelle der Branche. Mit 0,013 Prozent erreichte die Beschwerdequote beim PKV-Ombudsmann im Jahr 2015 einen absoluten Tiefststand. Und auch die Zahlen entsprechender Eingaben bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sind rückläufig. Zusammengefasst verzeichnen BaFin und PKV-Ombudsmann eine Beschwerdequote von 0,017 Prozent.

Ein weiterer Beleg für die Stabilität der Branche ist die positive Entwicklung der Alterungsrückstellungen. Diese Vorsorge der Privatversicherten für zukünftige

Gesundheitsausgaben stieg – trotz anhaltender Niedrigzinsphase – um 6,2 Prozent auf 219 Milliarden Euro Ende 2015.

Die kapitalgedeckte Finanzierung der PKV im Allgemeinen und die Alterungsrückstellungen im Besonderen sind angesichts der alternden Bevölkerung in Deutschland unverzichtbar. Denn dadurch, dass die fast 9 Millionen Privatversicherten mit ihren Beiträgen Vorsorge für die im Alter steigenden Gesundheitsausgaben treffen, sichern sie die Generationengerechtigkeit. Für sie müssen unsere Kinder und Enkel nicht aufkommen. Auch bei der Pflege-reform hat der Gesetzgeber die Bedeutung kapitalgedeckter Vorsorge sowie ergänzender privater Absicherung anerkannt.

Zugleich stärkt die PKV die medizinische Versorgung für alle Patienten – ganz unabhängig davon, ob sie privat oder gesetzlich versichert sind. So ist die Private Krankenversicherung als Wettbewerber zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein wichtiger Vergleichsmaßstab, der es der Politik schwerer macht, Leistungen in der GKV zu kürzen. Dank dieses Wettbewerbs bietet das duale deutsche System leichten Zugang zu Ärzten und Krankenhäusern, Spitzenmedizin und medizinischen Fortschritt für jeden Patienten.

Zudem wirkt die PKV in der Medizin als Innovationsmotor. Anders als in der GKV gibt es in der Privaten Krankenversicherung keine Genehmigungsvorbehalte bei Innovationen und keine Budgetgrenzen für die Ärzte. Das erleichtert die Einführung neuer Methoden, die letztlich allen Patienten zu Gute kommen. Zusätzlich können die Ärzte die Mehreinnahmen durch Privatpatienten nutzen, um in mehr Personal und moderne Geräte zu investieren.

Schließlich hat die Existenz der PKV bedeutende positive Effekte auf die deutsche Wirtschaft. So entlasten die Privatversicherten zum Beispiel die Arbeitgeber insgesamt um mehr als 1,3 Milliarden Euro pro Jahr. Denn dadurch, dass auch die Arbeitgeberbeiträge für Privatversicherte meist niedriger sind als für freiwillig gesetzlich versicherte Angestellte, werden Lohnzusatzkosten vermieden. Infolgedessen können die Unternehmen mehr investieren oder weitere Arbeitskräfte einstellen. Diese dank der PKV vermiedenen Lohnzusatzkosten entsprechen rechnerisch mehr als 40.000 Vollzeitarbeitsplätzen. Überdies schützt die PKV die deutschen Arbeitgeber vor weiteren Belastungen. Denn der Wettbewerb von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung verhindert eine allzu starke Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze durch den Gesetzgeber, die wiederum insbesondere für hochqualifizierte Arbeitsplätze die Lohnnebenkosten deutlich verteuern würde.

Die Private Krankenversicherung steht bereit, in der Zukunft eine noch stärkere Rolle für das Gesundheitswesen zu übernehmen. Denn schon heute ist klar: es wird immer weniger Steuer- und Beitragszahler sowie gleichzeitig steigende Ausgaben für immer mehr ältere Patienten geben. Daher bleibt das medizinisch Notwendige nur dann für alle bezahlbar, wenn möglichst viele Menschen und Leistungen rechtzeitig kapitalgedeckt abgesichert werden. In Zeiten des demografischen Wandels wird unser Gesundheitswesen seiner Verantwortung für Qualität, für Versorgungssicherheit und für stetige Innovation nur dann gerecht werden können, wenn es sich die Energie des Wettbewerbs zunutze macht; wenn es die unterschiedlichen Stärken von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung auch in Zukunft nutzt.

Die Private Krankenversicherung jedenfalls wird ihre wichtige Funktion als eine starke Säule, als Innovationstreiber und als nachhaltige, generationengerechte

Finanzierungsquelle des dualen deutschen Gesundheitssystems auch in Zukunft sehr selbstbewusst und verlässlich erfüllen.

Köln, im Juni 2016



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 49 Mitgliedsunternehmen des Verbandes für das Jahr 2015 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 2015 bekannt gegeben. Die zurzeit neuesten exakten Zahlen sind im Zahlenbericht 2014 (www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/) sowie auf unserer Internetseite www.pkv-zahlenportal.de zu finden.

Der Verband hatte Ende 2015 42 ordentliche und sieben außerordentliche Mitglieder; zwei Unternehmen stellten verbundene Einrichtungen dar.

42 ordentliche Mitgliedsunternehmen¹

- 18 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 24 Aktiengesellschaften

7 außerordentliche Mitgliedsunternehmen²

- 7 Aktiengesellschaften

2 verbundene Einrichtungen

- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
- Postbeamtenkrankenkasse

1 Von den 42 Unternehmen bieten 37 die Krankheitsvollversicherung an.

2 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	
	2015	2014	2015	2014
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	18	18	24	24
Anzahl der Vollversicherten	4.595.800	4.585.200	4.191.500	4.249.200
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	52,30	51,90	47,70	48,10
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	15.585	15.459,9	21.235	20.863,5
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	42,33	42,56	57,67	57,44

R15/1102 – Werte für 2015 vorläufig

10 Aktiengesellschaften waren Tochterunternehmen von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 4.065 Mio. Euro machten 11,0 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 11,2 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 36.820 Mio. Euro beträgt 70,3 Prozent. Der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung liegt bei knapp 11 Prozent.

Im Jahr 2015 hat sich der Bestand in der Vollversicherung um 47.100 Personen bzw. 0,5 Prozent verringert. Dieser leichte Rückgang ist abermals vor allem durch die besondere Entwicklung des Arbeitsmarktes zu erklären: Im Jahr 2015 stieg die Zahl der sozialversicherten Arbeitnehmer um 426.000 Personen erneut auf einen historischen Rekordstand, während die Zahl der Selbstständigen um 97.000 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.

	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.787.300	8.834.400	- 47.100	- 0,5

R15/1201 – Werte für 2015 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	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	120.400	115.500	+ 4.900	+ 4,2
Abgänge zur GKV	139.900	145.700	- 5.800	- 4,0

R15/1202 – Werte für 2015 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.

	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	265.300	267.800	- 2.500	- 0,9

R15/1203 – Werte für 2015 vorläufig

Im Jahr 2015 waren fast 49 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.

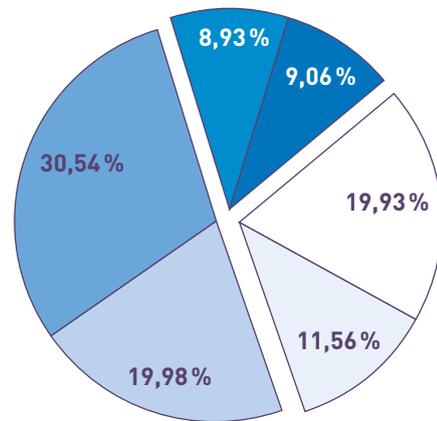
Wanderungsbewegung

Bruttoneuzugang

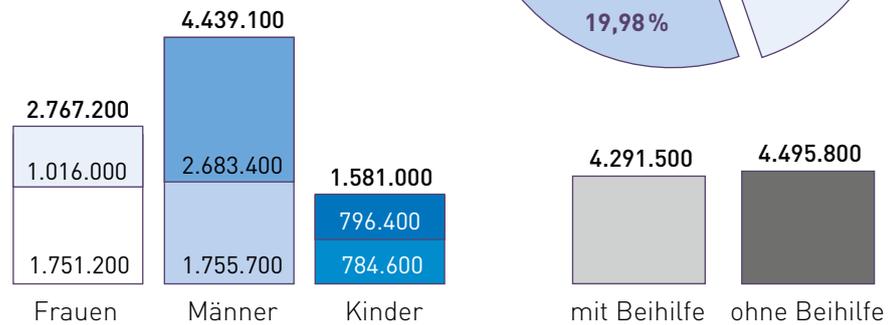
Zusammensetzung des Bestands

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2015

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



absolut



R15/1204 – Werte für 2015 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.

	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.167.600	7.197.700	-30.100	-0,4

R15/1205 – Werte für 2015 vorläufig

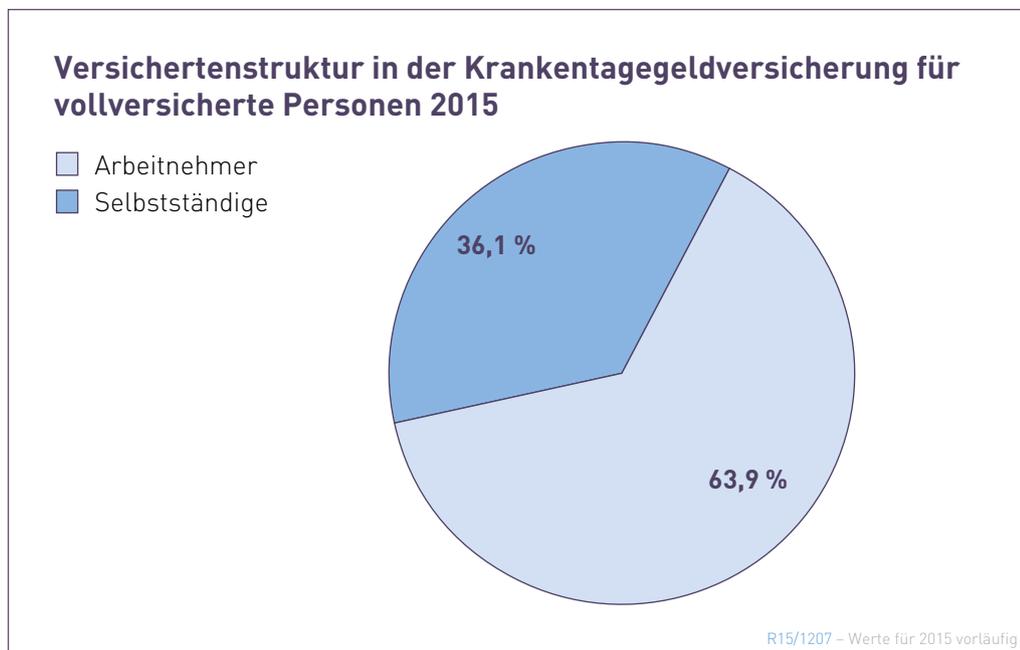
Krankentagegeld

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

	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	1.858.800	1.913.000	-54.200	-2,8

R15/1206 – Werte für 2015 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.



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	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.400	6.500	- 100	- 1,5
ohne Beihilfe	39.400	39.000	+ 400	+ 1,0
insgesamt	45.800	45.500	+ 300	+ 0,7
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	336	394	- 58	- 14,7

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.

R15/1208 – Werte für 2015 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 plus den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz der Krankenkassen begrenzt und muss bei Hilfebedürftigkeit des Versicherten halbiert werden.

versicherte Personen im Basistarif ¹	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	29.400	28.700	+ 700	+ 2,4
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif	2.700	2.900	- 200	- 6,9
aus der Nichtversiche- rung (seit 2009)	11.200	11.200	0	0,0
aus der GKV ²	500	500	0	0,0
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	13.500	12.600	+ 900	+ 7,1
Wechsel zwischen den Unternehmen	900	1.000	- 100	- 10,0
sonstiger Zugang	600	500	+ 100	+ 20,0
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit³	16.500	15.400	+ 1.100	+ 7,1

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.

R15/1209 – Werte für 2015 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	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	8.300	7.800	+ 500	+ 6,4
ohne Beihilfe	107.500	106.600	+ 900	+ 0,8
insgesamt	115.800	114.400	+ 1.400	+ 1,2

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

R15/1210 – Werte für 2015 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	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.045.900	3.051.400	- 5.500	- 0,2
Männer	4.766.200	4.809.800	- 43.600	- 0,9
Kinder	1.595.900	1.611.500	- 15.600	- 1,0
insgesamt	9.408.000	9.472.700	- 64.700	- 0,7

R15/1211 – Werte für 2015 vorläufig

Zusatzversicherungen

Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, hält seit Jahren an. So erhöhte sich der Bestand auch 2015 wieder in fast allen Zusatzversicherungsarten.

Zusatz- versicherungen ¹	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	11.940.200	11.650.500	+289.700	+2,5
Männer	10.162.800	9.958.400	+204.400	+2,1
Kinder	2.664.700	2.733.500	-68.800	-2,5
insgesamt	24.767.700	24.342.400	+425.300	+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.

R15/1212 – Werte für 2015 vorläufig

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2015	2014	Veränderung	
				absolut	in Prozent
ambulante Tarife	Frauen	3.670.100	3.573.500	+96.600	+2,7
	Männer	2.865.900	2.793.600	+72.300	+2,6
	Kinder	1.333.800	1.364.600	-30.800	-2,3
	insgesamt	7.869.800	7.731.700	+138.100	+1,8
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.666.600	2.626.800	+39.800	+1,5
	Männer	1.883.000	1.841.200	+41.800	+2,3
	Kinder	1.428.500	1.402.800	+25.700	+1,8
	insgesamt	5.978.100	5.870.800	+107.300	+1,8
Zahntarife	Frauen	7.533.600	7.199.000	+334.600	+4,6
	Männer	5.729.100	5.469.900	+259.200	+4,7
	Kinder	1.687.300	1.742.100	-54.800	-3,1
	insgesamt	14.950.000	14.411.000	+539.000	+3,7
insgesamt¹	Frauen	9.359.800	9.113.700	+246.100	+2,7
	Männer	7.101.000	6.923.700	+177.300	+2,6
	Kinder	2.423.500	2.473.800	-50.300	-2,0
	insgesamt	18.884.300	18.511.200	+373.100	+2,0

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

R15/1213 – Werte für 2015 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		2015	2014	Veränderung	
				absolut	in Prozent
Kranken-tagegeld-versicherung¹	Frauen	990.600	977.600	+ 13.000	+ 1,3
	Männer	2.588.800	2.602.100	- 13.300	- 0,5
	Kinder	6.300	6.100	+ 200	+ 3,3
	insgesamt	3.585.700	3.585.800	- 100	0,0
Kranken-haustagegeld-versicherung	Frauen	3.133.100	3.151.500	- 18.400	- 0,6
	Männer	3.599.300	3.640.500	- 41.200	- 1,1
	Kinder	1.130.200	1.144.500	- 14.300	- 1,2
	insgesamt	7.862.600	7.936.500	- 73.900	- 0,9
Pflegezusatz-versicherung²	Frauen	1.032.600	982.600	+ 50.000	+ 5,1
	Männer	1.305.400	1.268.300	+ 37.100	+ 2,9
	Kinder	247.100	230.900	+ 16.200	+ 7,0
	insgesamt	2.585.100	2.481.800	+ 103.300	+ 4,2
davon					
Pflege-tagegeld-versicherung	Frauen	957.600	900.000	+ 57.600	+ 6,4
	Männer	1.192.700	1.144.200	+ 48.500	+ 4,2
	Kinder	228.000	210.100	+ 17.900	+ 8,5
	insgesamt	2.378.300	2.254.300	+ 124.000	+ 5,5
Pflegekosten-versicherung	Frauen	131.800	137.800	- 6.000	- 4,4
	Männer	185.800	196.500	- 10.700	- 5,4
	Kinder	37.000	37.100	- 100	- 0,3
	insgesamt	354.600	371.400	- 16.800	- 4,5
geförderte Pflegezusatz-versicherung	Frauen	365.500	296.900	+ 68.600	+ 23,1
	Männer	314.100	257.700	+ 56.400	+ 21,9
	Kinder	3.900	4.000	- 100	- 2,5
	insgesamt	683.500	558.600	+ 124.900	+ 22,4

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.

R15/1214 – Werte für 2015 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.

Auslandsreisekranken-
versicherung

Besondere Versicherungsformen nach Versicherungsarten	2015	2014	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekrankenversicherung	26.058.700	24.377.200	+1.681.500	+6,9

R15/1215 – Werte für 2015 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	2015	2014	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	25.875	25.775,1	+ 100	+ 0,4
Pflegeversicherung	2.205	2.013,6	+ 190	+ 9,4
Zusatzversicherungen	7.990	7.766,0	+ 225	+ 2,9
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	5.335	5.203,5	+ 130	+ 2,5
Krankentagegeldversicherung	1.130	1.131,5	0	0,0
Krankenhaustagegeldversicherung	515	532,1	-15	-2,8
Pflegezusatzversicherung	825	755,2	+ 70	+ 9,3
geförderte Pflegezusatzversicherung	185	143,7	+40	+27,8
Besondere Versicherungsformen	750	768,7	-20	-2,6
davon				
Auslandsreisekrankenversicherung	355	381,2	-25	-6,6
Spezielle Ausschnittversicherungen	135	133,9	0	0,0
Beihilfeablöseversicherung	250	245,0	+ 5	+ 2,0
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	10	8,6	0	0,0
insgesamt	36.820	36.323,4	+ 495	+ 1,4
insgesamt ohne Pflegeversicherung	34.615	34.309,8	+305	+0,9

* Werte gerundet

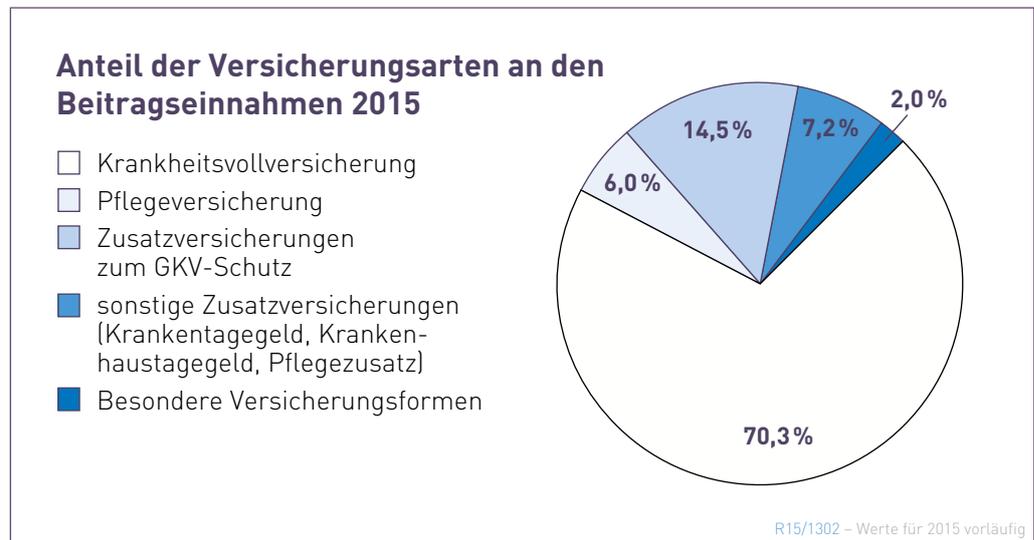
Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten

R15/1301 – Werte für 2015 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 Beitragseinnahmen 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.



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	2015	2014	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	1.860	1.208,9	+ 650	+ 53,8
Pflegeversicherung	1.225	27,1	+ 1.200	+ 4.428,0
Zusatzversicherungen	200	239,7	- 40	- 16,7
Besondere Versicherungsformen	0	2,0	0	0,0
insgesamt	3.285	1.477,7	+ 1.810	+ 122,5

* Werte gerundet

R15/1303 – Werte für 2015 vorläufig

1.4 Aufwendungen

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Sie betragen im Jahr 2015 insgesamt 25.805 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 103,2 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2014 betrug dieser Wert 99,2 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 2.150,4 Mio. Euro – 84,5 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Leistungen an die
Versicherten

Leistungen an Versicherte	2015	2014	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	24.855	23.910,4	+ 945	+ 4,0
Pflegeversicherung	950	880,1	+ 70	+ 8,0
insgesamt	25.805	24.790,5	+ 1.015	+ 4,1

* Werte gerundet

R15/1401 – Werte für 2015 vorläufig

Die Kosten je Versicherten sind deutlich stärker gestiegen als im Vorjahr (2014: plus 2,7 Prozent).

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

Veränderung der Versicherungsleistungen

Veränderung der Versicherungsleistungen 2014 / 2015 je Versicherten	Veränderung in Prozent
ambulante Leistungen	+5,2
davon	
Arztbehandlung	+4,5
Heilpraktikerbehandlung	+5,3
Arzneien und Verbandmittel	+6,3
Heilmittel	+4,4
Hilfsmittel	+5,7
stationäre Leistungen	+5,6
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+6,9
Wahlleistung Chefarzt	+2,3
Wahlleistung Einbettzimmer	+3,3
Wahlleistung Zweibettzimmer	+3,5
Ersatz-Krankenhaustagegeld	+3,7
Zahnleistungen	+2,4
davon	
Zahnbehandlung	-1,2
Zahnersatz	+4,3
Kieferorthopädie	+4,7
Versicherungsleistungen für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+4,7

R15/1402 – Werte für 2015 vorläufig

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 2015:

Alterungsrückstellungen	2015	2014	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	189.000	177.705,6	+11.295	+6,4
Pflegeversicherung	30.000	28.486,9	+1.515	+5,3
insgesamt	219.000	206.192,5	+12.810	+6,2

* Werte gerundet

R15/1403 – Werte für 2015 vorläufig

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

Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	2015	2014	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.380	2.346,5	35	1,5
Verwaltungsaufwendungen	900	890,1	10	1,1
insgesamt	3.280	3.236,6	45	1,4

* Werte gerundet

R15/1404 – Werte für 2015 vorläufig

Das neue Online-Zahlenportal des PKV-Verbandes bietet alle relevanten Branchendaten der Privaten Krankenversicherung von der aktuellen Zahl der versicherten



Personen bis zu den Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben. Hier ist es möglich, individuelle Tabellen in beliebigen Zeitreihen zusammenzustellen, per Knopfdruck als anschauliche Grafiken zu gestalten und die Ergebnisse zu exportieren (z. B. als Excel-Datei). Ein umfangreiches Glossar mit Erläuterungen wichtiger Fachbegriffe rundet das Angebot ab.



2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit



2.1 Politik und Gesetzgebung

2015 schloss gesundheitspolitisch nahtlos an das Vorjahr an. Punkt für Punkt hat der Gesetzgeber den Koalitionsvertrag weiter abgearbeitet: Präventionsgesetz, Krankenhausstrukturgesetz, Hospiz- und Palliativgesetz, E-Health-Gesetz und das zweite Pflegestärkungsgesetz sind nur einige Beispiele für die intensive Gesetzgebungstätigkeit. Die Produktivität der Großen Koalition basiert gleichwohl auf einem problematischen Grundkonsens im Verabschieden von Mehrausgabenprogrammen zu Lasten der Beitragszahler. Das gilt nicht nur für die Renten-, sondern auch und vor allem für die Gesundheits- und Pflegepolitik.

PKV im Gesetzgebungsprozess

Die 2015 beschlossenen und initiierten Gesetze werden allein für die gesetzlich Krankenversicherten zu jährlich steigenden Mehrausgaben von 1,4 Milliarden Euro in 2016 bis über 7 Milliarden Euro in 2019 führen. Doch damit nicht genug: Der Gesetzgeber hat mehrere staatliche Aufgaben wie die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen oder von Versorgungsforschung den gesetzlich Versicherten übertragen. Bis 2019 müssen die Versicherten insgesamt bis zu 1,1 Milliarden Euro für diese Aufgaben stemmen. In dieses Muster der Verschiebung staatlicher Verantwortung von den Steuerzahlern auf die Beitragszahler fällt auch die regelmäßig erhobene, ordnungspolitisch aber verfehlte Forderung nach einer Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung.

Präventionsgesetz

Nach über zehnjähriger Debatte wurde im Juli 2015 ein Präventionsgesetz beschlossen, mit dem die gesetzlichen Krankenkassen zu einer erheblichen Ausweitung ihrer Aktivitäten im Bereich Primärprävention verpflichtet wurden: von bislang 3,09 Euro je Versicherten und Jahr (2014) auf 7 Euro je Versicherten und Jahr. Gleichzeitig formulierten der Gesetzgeber und das Bundesgesundheitsministerium die Erwartung, dass die PKV ihr bisheriges Präventionsengagement auf freiwilliger Basis ausweitet und in der Nationalen Präventionskonferenz mitwirkt.

Der PKV-Verband hat seine grundsätzliche Kooperationsbereitschaft erklärt, unter der Bedingung, dass er über die Vergabe der aus privaten Versichertengeldern zur Verfügung gestellten Mittel selbst entscheidet. Im Jahr 2015 hat der Verband sein bisheriges Engagement durch finanzielle Unterstützung der Initiativen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Alkohol? Kenn Dein Limit“, „Älter werden in Balance“ und „Mach's mit – Gib AIDS keine Chance“ fortgesetzt (s. S. 39 ff.). Künftig werden innerhalb der Kampagnen verstärkt Maßnahmen in Lebenswelten stattfinden. Darüber hinaus hat der Verband im Jahr 2015 sein Engagement erweitert: Die neu gegründete unabhängige Stiftung Gesundheitswissen soll einen Beitrag zur Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ leisten, und zwar auch über Maßnahmen in Lebenswelten (s. S. 31 f. Abschnitt Politik). Mit diesem erweiterten Engagement erfüllt die PKV inhaltlich und der Höhe nach die gesetzlichen Anforderungen für eine Mitwirkung an der Nationalen Präventionskonferenz. Sie wird künftig ca. 20,5 Millionen Euro pro Jahr für Maßnahmen der Primärprävention aufwenden.

Krankenhausstrukturgesetz

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat zum Ziel, eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Dabei soll der Aspekt der Qualität in der Krankenhausplanung und -vergütung stärker zur Geltung kommen. Auf die PKV kommen durch das Gesetz jährliche Mehrausgaben von mindestens 66 Millionen Euro in 2016, 137 Millionen Euro in 2017, 167 Millionen Euro in 2018 und 175 Millionen Euro in 2019 zu.

Gegenstand der Krankenhausreform war zudem die Errichtung eines Strukturfonds zum Abbau von Überkapazitäten und zur Umwandlung von Kliniken in lokale Versorgungseinrichtungen. Gesetzlich wurde ausdrücklich die Möglichkeit vorgesehen, dass sich die PKV-Unternehmen freiwillig an der Finanzierung des Fonds beteiligen können. Der PKV-Verband hat im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens in zwei Anhörungen deutlich gemacht, dass die Beteiligung der PKV am Strukturfonds versicherungsvertraglich nicht zulässig und vor dem Hintergrund des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds sachlich nicht gerechtfertigt ist. Der PKV-Verband hat deshalb eine Mitfinanzierung des neu aufgelegten Strukturfonds abgelehnt. Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber, trotz entsprechender Forderungen von Seiten der GKV, keine gesetzliche Verpflichtung verankert hat.

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Nachdem im Januar 2015 bereits das Erste Pflegestärkungsgesetz in Kraft getreten war, hat die Bundesregierung im Dezember 2015 das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) beschlossen. Mit dem Gesetz werden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in das SGB XI eingeführt, eine Umstellung auf fünf Pflegegrade sowie eine Anpassung der Leistungsbeträge vorgenommen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff beendet die unterschiedliche Berücksichtigung von körperlichen Einschränkungen auf der einen Seite und kognitiven und psychischen Einschränkungen auf der anderen Seite bei der Ermittlung des Pflegebedarfs. Stattdessen soll der individuelle Unterstützungsbedarf im Einzelfall ausschlaggebend sein.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren werden zum 1. Januar 2017 wirksam. Der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) steigt dafür zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose. Insbesondere die vorgenommenen Leistungsausweitungen sowie die Überleitungs- und Bestandsschutzkosten führen bei der PKV ab 2017 zu jährlichen Mehrausgaben von über 103 Millionen Euro.

In das PSG II fand die langjährige Forderung des PKV-Verbandes Eingang, die PKV mit Informationen über die Leistungen und Preise der Pflegeeinrichtungen konstant zu beliefern. Diese Daten werden benötigt, um die Versicherten über die zur Verfügung stehende Versorgungsstruktur, die -angebote und deren Preise beraten zu können. Dass der PKV, die mit ihrem Prüfdienst jährlich zehn Prozent der Qualitätsprüfungen durchführt, mit dem PSG II zudem die Möglichkeit eingeräumt wird, dem Qualitätsausschuss anzugehören, kann als Würdigung ihres Engagements für die Pflegequalität gesehen werden, das gesetzlich und privat Versicherten gleichermaßen zugutekommt.

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Mit dem Gesetz soll vor allem die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung von gesetzlich Versicherten verbessert werden. Zentrale Maßnahmen

des Gesetzes sind die Einrichtung von Terminservicestellen und die Schaffung eines Zweitmeinungsanspruchs bei bestimmten planbaren Leistungen für gesetzlich Versicherte als direkte Auswirkungen des Systemwettbewerbs. Mit dem Gesetz wurde weiterhin ein Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung geschaffen, der aus Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten finanziert wird. Obgleich bereits die Finanzierungsverpflichtung der GKV ordnungspolitisch fragwürdig ist, wurde auch hier im Gesetzgebungsverfahren die Beteiligung der PKV eingefordert.

Darüber hinaus wird die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin um 50 Prozent auf 7.500 erhöht, damit sich mehr junge Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden. Die Förderung der Weiterbildung wurde darüber hinaus um 1.000 Stellen für ambulant grundversorgende Fachärzte erweitert. Die privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich finanziell an diesen Weiterbildungskosten.

Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

Das Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten und zur Durchführung der Verordnung über Online-Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten, kurz Verbraucherstreitbeilegungsgesetz, dient der Umsetzung einer EU-Richtlinie in nationales Recht. Nach der Richtlinie sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, dafür zu sorgen, dass Verbrauchern bei Streitigkeiten mit Unternehmern – bezogen auf Kauf- und Dienstleistungsverträge – außergerichtliche Streitbeilegungsstellen zur Verfügung stehen. Die Schlichtungsstellen müssen dabei bestimmte Anforderungen an Fachwissen, Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Transparenz hinsichtlich des Streitbeilegungsverfahrens erfüllen. Bereits existierende privat organisierte, branchenspezifische Verbraucherschlichtungsstellen, zu denen auch der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung des PKV-Verbandes gehört, können sich innerhalb einer Übergangsfrist als Verbraucherschlichtungsstelle im Sinne des Gesetzes anerkennen lassen. Weiterhin ist eine Verpflichtung für die Unternehmen vorgesehen, Verbraucher über die zuständige Verbraucherschlichtungsstelle zu informieren. Der PKV-Ombudsmann wird seine bisher über fünfzehnjährige vorbildliche Arbeit der Verbraucherschlichtung fortsetzen.

Hospiz- und Palliativgesetz

Das Gesetz hat zum Ziel, die Hospiz- und Palliativversorgung weiterzuentwickeln und gerade in den strukturschwachen und ländlichen Regionen durch Anreize ein ausreichendes Versorgungsangebot zu schaffen. So wird die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize verbessert; der Zuschuss für stationäre Hospize und der tägliche Mindestsatz für den notwendigen stationären Hospizaufenthalt werden auf freiwilliger Basis auch von den PKV-Unternehmen getragen. Bei der Förderung der ambulanten Hospizdienste ist vorgesehen, dass neben den Personalkosten auch die Sachkosten angemessen berücksichtigt werden. Darüber hinaus können ambulante Hospizdienste künftig auch für stationär betreute Patienten beauftragt werden.

Die ambulanten Hospizdienste werden von der PKV auf Grundlage eines gemeinsamen Vertrages mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband gefördert, der im Februar 2015 auf Basis einer Selbstverpflichtung geschlossen wurde. Die neue vertragliche Regelung zur Förderung der ambulanten

Hospizarbeit war übrigens der Anlass, dass der Deutsche Hospiz- und Palliativverband dem PKV-Verband den Ehrenpreis für sein Engagement für die Verbesserung der Rahmenbedingungen in der ambulanten Hospizarbeit verlieh. Das Gesetz schafft zudem einen Anspruch der Versicherten auf Beratung durch die gesetzlichen Krankenkassen zu Angeboten und Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Für Versicherte der PKV keine Neuerung: Für sie und ihre Angehörigen war die Hospiz- und Palliativversorgung seit jeher Gegenstand der Pflegeberatung durch COMPASS.

Förderung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD)

Seit Anfang 2011 ist das Angebot einer unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung als Regelleistung gesetzlich verankert. Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurde die Patientenberatung deutlich gestärkt: Der Förderzeitraum wurde von fünf auf sieben Jahre verlängert, die Fördersumme wurde von 5,6 Millionen Euro auf 9 Millionen Euro erhöht und jährlich an die allgemeine Einkommensentwicklung angepasst.

Der PKV-Verband beteiligt sich seit 2011 entsprechend dem eigenen Versichertenanteil freiwillig an der Finanzierung der UPD. Auch unter den neuen Rahmenbedingungen wird der PKV-Verband sein Engagement fortsetzen und bis 2022 freiwillig das muttersprachliche Beratungsangebot für Ratsuchende mit Migrationshintergrund sowie Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung des UPD-Verbundes bzw. kultursensiblen Fortbildung der Beraterinnen und Berater fördern.

PKV im Reformmodus

2015 war ein gutes Jahr für die PKV und ihre Versicherten – vor allem deshalb, weil die PKV ihren Reformprozess fortsetzen konnte.

Stärkung des Tarifwechselrechts

Zu den jüngsten Beispielen für den Reformprozess der PKV gehört die Stärkung des Tarifwechselrechts. Wahlfreiheit und individueller Versicherungsschutz gehören zu den großen Vorteilen der Privaten Krankenversicherung. Dazu gehört, dass jeder Versicherte in andere Tarife seines Versicherungsunternehmens wechseln kann. Die erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen werden beim Wechsel in andere Tarife mitgenommen.

Das Tarifwechselrecht der PKV bietet den Versicherten somit weitaus mehr Variationsmöglichkeiten im Versicherungsschutz als in der GKV. Neben den PKV-spezifischen Sozialtarifen sichert das Tarifwechselrecht zudem auch die Sozialfunktionalität des Systems, indem es auf einen zentralen Wunsch der Versicherten eine Antwort gibt: den Wunsch, passende Alternativen in jeder Lebenslage zu finden.

Um das Tarifwechselrecht zu stärken, hat der PKV-Verband „Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“ erarbeitet und am 14. Oktober 2014 veröffentlicht. 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. Zum Zweck größtmöglicher 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 testen 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.

Das Jahr 2015 haben die Unternehmen zur Vorbereitung des Inkrafttretens der Leitlinien zum 1. Januar 2016 genutzt, um u.a. ein extern überprüfbares Tarifauswahlsystem aufzubauen, für das umfangreiche EDV-technische Änderungen notwendig waren.

Modernisierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Seit 2014 verhandeln BÄK und PKV-Verband unter Einbeziehung der Beihilfe über die Umsetzung der in der Rahmenvereinbarung 2013 festgelegten Ziele. Inzwischen zeichnen sich folgende Konturen einer neuen GOÄ ab:

Die neue GOÄ bildet nach mehreren Jahrzehnten erstmals wieder das aktuelle ärztliche Leistungsspektrum ab und wird damit für Arzt und Patient transparenter. Die privatärztliche Abrechnung wird vereinfacht und entbürokratisiert, indem sie Unschärfen der bisherigen, seit 1982 unveränderten GOÄ beseitigt. Abrechnungsbestimmungen werden so klar und eindeutig formuliert sein, dass Streitigkeiten zwischen Patienten, Unternehmen und Arzt weitestgehend vermieden werden.

Die persönliche Zuwendung des Arztes zum Patienten wird gestärkt, indem die „sprechende Medizin“ im Vergleich zur „Apparatemedizin“ relativ höher gewichtet wird.

Nach Übergabe der konsentierten Unterlagen wird das Bundesministerium für Gesundheit einen Verordnungsentwurf erarbeiten.

Gründung der Stiftung Gesundheitswissen

Die PKV steht für freie Arztwahl und Behandlungsfreiheit: Privatpatienten entscheiden eigenverantwortlich über die Wahl ihrer Therapeuten und – gemeinsam mit den behandelnden Ärzten – über die Therapien. Es ist daher ein Kernanliegen der PKV, die Kompetenz der Patienten und darüber die „sprechende Medizin“ zu stärken.

Studien belegen, dass das Gesundheitswissen in Deutschland im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich ist. Zwar gibt es vor allem im Internet ein unüberschaubares Informationsangebot, doch es herrscht ein Mangel an unabhängigen, qualitätsgesicherten und laienverständlichen Inhalten. Oft ist für Patienten nicht erkennbar, ob die Informationen dem international anerkannten Stand des Wissens entsprechen. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat mehrfach eine Verbesserung des Gesundheitswissens angemahnt.

Die PKV will einen eigenen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten und die Versorgungsqualität aller Menschen in Deutschland durch eine Stärkung der Patientenkompetenz verbessern. Zu diesem Zweck hat der PKV-Verband die neue gemeinnützige „Stiftung Gesundheitswissen“ gegründet. Ziel der Stiftung ist es, Patienten und Versicherte über präventive, diagnostische und therapeutische

Optionen auf dem aktuellen Stand des Wissens aufzuklären. Entsprechend wird die Stiftung Informationen und Entscheidungshilfen über Behandlungspfade, innovative Therapien und Diagnostik erstellen und zunächst über ein Webportal, sukzessive aber auch über weitere geeignete Formate öffentlich zur Verfügung stellen. Die Informationen der Stiftung sollen den Patienten informierte Entscheidungen ermöglichen und dadurch Selbstbestimmung und Wahlfreiheit stärken.

Als gemeinnützige Einrichtung steht die Stiftung für die Unabhängigkeit von Interessen. Zugleich verpflichtet sie sich den Methoden der evidenzbasierten Medizin, die Garant für größtmögliche Transparenz sind. 2015 befand sich die Stiftung im Aufbau. Erste Arbeitsergebnisse werden 2016 vorliegen.

Ausblick

Neben dem bereits Erreichten sieht der PKV-Verband noch an anderer Stelle Verbesserungsbedarf. Hierbei bedarf es allerdings der gesetzlichen Flankierung:

Sicherstellung einer stabilen Beitragsentwicklung und bezahlbarer Beiträge

Die Beiträge in der PKV müssen immer dann angepasst werden, wenn sich die statistische Kalkulationsbasis ändert, wenn also im Laufe der Jahre Entwicklungen eintreten, deren Auswirkungen bei Vertragsabschluss noch nicht bekannt waren. Damit die regelmäßig notwendige Nachfinanzierung insbesondere der Kosten des medizinischen Fortschritts nicht zu sprunghaften Beitragsanstiegen führt, sondern eine stabile Beitragsentwicklung gewährleistet wird, hat der Gesetzgeber die Kalkulationsgrundlagen im Jahr 2000 reformiert.

Mit einem Zuschlag von 10 Prozent auf den Beitrag wird seit 2001 in der PKV neben der Reserve für die Alterung nun auch eine Reserve für den medizinischen Fortschritt gebildet. Zudem müssen 90 Prozent der Überzinsen den über 65-jährigen Versicherten zugunsten der Beitragsstabilisierung im Alter gut geschrieben werden. Diese Instrumente haben das sogenannte „Altenproblem“ (überproportional steigende Beiträge im Alter) in der PKV weitgehend gelöst. Aus den positiven Wirkungen dieser Reform lassen sich heute weitere Reformoptionen für die Stabilisierung der Beitragsentwicklung in den „Mittelalterjahren“ (ca. 50 bis 65 Jahre) ableiten.

So wäre ein an die 2000er-Reform anschließender Beitrag zur Stabilisierung der Beitragsentwicklung die Flexibilisierung des 10-Prozent-Zuschlags. Der Zuschlag sollte infolge der Erhöhung des statistischen Renteneintrittsalters dann auch bis zum Alter von 65 Jahren gezahlt werden. Heute wird die Zahlung bis zum Ende der Vollendung des 60. Lebensjahres erhoben. Die Mittel aus dem Zuschlag könnten zugleich flexibler eingesetzt werden, d. h. schon ab dem Alter von 50 Jahren und nicht wie bisher erst ab Vollendung des 65. Lebensjahres.

Auch die Verstetigung der Beiträge liegt im Interesse der Versicherten. Die geltenden gesetzlichen Regelungen führen zu einer immer wieder beklagten Unstetigkeit in der Beitragsentwicklung: Nur wenn mindestens einer von zwei „auslösenden Faktoren“ (Versicherungsleistung und Sterblichkeit) von der ursprünglichen Kalkulation um 5 oder 10 Prozent abweicht, darf eine Beitragsanpassung erfolgen. Diese Regelungen führen zu Beitragsanpassungen, die häufig erst sehr spät, dann aber deutlich ausfallen. Dies wird durch die derzeitige Kapitalmarktsituation mit niedrigen Zinsen noch verschärft. Auf das

Zinsumfeld kann erst reagiert werden, wenn einer der beiden auslösenden Faktoren anspringt.

Im aktuellen Referentenentwurf einer Verordnung zum Erlass von Verordnungen aufgrund des Versicherungsaufsichtsgesetzes greift das Bundesfinanzministerium (BMF) die Verstetigung der Beitragsentwicklung auf. Um das Problem der sprunghaften Beitragsentwicklung im derzeitigen Niedrigzinsumfeld zu mildern, sieht der Entwurf die Möglichkeit vor, Beitragsauswirkungen, die sich aus einer erforderlichen Anpassung des Rechnungszinses an das Niedrigzinsumfeld ergeben, zeitlich zu strecken. Dies ist ein richtiger erster Schritt, um die aus der absehbaren Rechnungszinsabsenkung resultierenden Prämienanpassungen zu limitieren. Um dauerhaft eine zeitnahe Anpassung der Beiträge – d.h. nicht nur durch ein Anspringen der auslösenden Faktoren Versicherungsleistung und Sterbewahrscheinlichkeit – zu erreichen, sollte perspektivisch das Zinsänderungsrisiko über einen eigenen auslösenden Faktor Zins abgebildet werden.

Angebot bezahlbarer Tarifalternativen – Öffnung und Reform 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, der der PKV in vielerlei Hinsicht wesensfremd ist und von allen Normalversicherten subventioniert werden muss, ist in der Regel nur eine sinnvolle Alternative für nach dem Sozialgesetzbuch hilfebedürftige Menschen. Sie erhalten im Basistarif einen Krankenvollversicherungsschutz auf GKV-Niveau ohne eigene Beitragslast.

Beide Tarife ergänzen sich in ihrer spezifischen Lösungskompetenz für soziale Probleme. Allerdings ist der Standardtarif durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz für Versichertenzugänge seit dem 1. Januar 2009 unsinnigerweise verschlossen. Dadurch ist eine Lücke entstanden für Menschen, die sich in einer prekären Einkommenslage befinden, ohne im Sinne des Sozialgesetzbuches hilfebedürftig zu sein.

Der Standardtarif sollte auch für diese Versicherten wieder geöffnet werden. Für Versicherte mit PKV-Zugang vor dem 1. Januar 2009 muss ohnehin auch eine Unisex-Variante des Standardtarifs angeboten werden, da Bestandsversicherte ansonsten nach einem Wechsel in die Unisex-Welt ihr Recht auf den Standardtarif nicht realisieren könnten.

Fazit

Die Ausklammerung der PKV aus dem Koalitionsvertrag bedeutet für die PKV keinen Stillstand, sondern bietet ihr auch Freiräume für die Fortsetzung ihres Reformprozesses. Gleichzeitig hat auch die „GKV-Gesetzgebung“ erhebliche finanzielle Auswirkungen auf die Beitragszahler der PKV – zusätzlich zu ihrem überproportionalen Finanzierungsbeitrag zur medizinischen Infrastruktur in Deutschland. Die PKV und ihre Versicherten werden auch in Zukunft ihren

finanziellen und qualitativen Beitrag im Systemwettbewerb dazu leisten, dass der medizinische Fortschritt allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht.

Die Privatversicherten hegen aber zugleich die berechnete Erwartung, dass notwendige Anpassungen der Rahmenbedingungen gelegentlich auch bei ihnen – und nicht nur in der GKV – vorgenommen werden und nicht ideologischen Systemvorbehalten zum Opfer fallen. Dazu gehört neben einer verbraucherfreundlichen Reform der Kalkulationsgrundlagen auch die Modernisierung der ärztlichen Leistungen in der GOÄ. Die nötigen Vorarbeiten dazu hat die Branche geleistet.

2.2 Presse und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes

Das umfangreichste Projekt der Abteilung Kommunikation war im vergangenen Jahr die Vorbereitung und der Start der deutschlandweiten Informationskampagne „Für unsere Gesundheit“, die am 21. September gestartet ist. Die Kampagnenmotive zeigen mehrere authentische Botschafter aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Sie stehen stellvertretend für die über 5 Millionen Beschäftigten, die im deutschen Gesundheitssystem arbeiten und sich täglich für unser aller Gesundheit engagieren. In Video-Interviews erzählen die Botschafter von ihren Alltagserfahrungen in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt.

Mit der Kampagne will die PKV als Branche Präsenz zeigen und ihre Handlungsfähigkeit demonstrieren. Die Botschaft ist sympathisch, positiv und selbstbewusst. Zum einen führt die PKV damit vor Augen, warum Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat und bedankt sich gleichzeitig bei den darin beschäftigten Menschen. Zum anderen wird mit konkreten Argumenten gezeigt, warum die Private Krankenversicherung einen wesentlichen Anteil an der hohen Qualität des deutschen Systems hat.

Die Motive der zunächst fünf Botschafter wurden als Anzeigen in den führenden deutschen Online- und Print-Medien sowie in Spezialmedien der Versicherungswirtschaft geschaltet und darüber hinaus an zentralen öffentlichen Plätzen – unter anderem im Berliner Regierungsviertel – und Flughäfen plakatiert. Daneben zierten die Motive Sonderformate wie etwa beim Berliner Bundesmedienball die Tragetaschen für die Gästepresente oder mehrere Volo-Taxis, wodurch der Kampagnenstart zusätzlich an wichtigen Orten in Berlin sichtbar war. Schließlich wurden auch eine Kampagnen-Broschüre und ein Kampagnen-Flyer entwickelt, die auf Veranstaltungen oder auf Parteitagen am PKV-Stand verteilt wurden und über die zentralen Botschaften der Kampagne informierten.

Die zentrale Informationsplattform für die Kampagne ist eine eigens entwickelte Internetseite, die alle Videos der Botschafter zeigt und zentrale Argumente für unser Versicherungssystem anschaulich erläutert. Vom Start der Kampagne Ende September bis zum Jahresende besuchten rund 164.000 Menschen diese Landing-Page und erzeugten dabei über 200.000 Seitenaufrufe.

Mit Printanzeigen und Plakatierungen erzielte die Kampagne „Für unsere Gesundheit“ zudem über 135 Millionen Bruttokontakte, über Online-Banner konnten knapp 50 Millionen Nutzer die Botschaft wahrnehmen. So konnte insgesamt eine weithin wahrnehmbare Präsenz erzielt werden.

Die Kampagne wird im Jahr 2016 fortgeführt und ausgebaut. Dafür sind vier weitere Botschafter vorgesehen. Außerdem soll die Botschaft „Wir sagen Danke“ weiter gestärkt und mit verschiedenen Sonderaktionen begleitet werden.



Zentrale Aufgaben

Ihre zentrale Aufgabe, die Öffentlichkeit aktiv über alle für die Branche relevanten Themen zu informieren, erfüllte die Abteilung Kommunikation im Jahr 2015 mit vielen unterschiedlichen Instrumenten. Diese reichten von der Versendung klassischer Pressemitteilungen (zum Teil mit ergänzenden Audio- und Video-Dateien zur Nutzung in Radio-, Fernseh- und Online-Formaten) über die Nutzung von Online-Kanälen wie Twitter oder die Video-Plattform YouTube und den regelmäßigen Versand eines PKV-Newsletters bis hin zur Organisation von Pressekonferenzen und anderen öffentlichen Veranstaltungen. Eine wichtige 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 2015 mehrere tausend Telefon- und Mailanfragen.

Parallel dazu baute die Pressestelle ihre Kommunikationskanäle vor allem im Online-Bereich weiter aus, um die Öffentlichkeit noch schneller und zielgerichteter zu erreichen. Dazu zählte die Weiterentwicklung der Verbands-Internetseite www.pkv.de. Die Nutzung lag im Normalbetrieb bei etwa 35.000 Besuchern pro Monat und stieg während des Kampagnenzeitraums durch gezielte Online-Werbeaktionen deutlich an. Insgesamt besuchten im Jahr 2015 mehr als 640.000 Nutzer die Seite – ein Anstieg von mehr als 120.000 gegenüber dem Vorjahr. Jeder Besucher sah sich durchschnittlich mehr als zwei Seiten an. Deutlich mehr Menschen fanden im vergangenen Jahr über Suchmaschinen zur Verbandsseite. Fast 299.000 Menschen kamen von Google & Co. auf pkv.de. Im Jahr zuvor waren es noch rund 179.000 – auch eine Folge der kontinuierlichen Gestaltung der Inhalte nach den Erfordernissen der Suchmaschinen-Optimierung.

Zum Internetangebot der PKV gehört auch der PKV-Newsletter. Die meisten Abonnenten – darunter auch Bundes- und Landtagsabgeordnete sowie Journalisten – haben den Newsletter proaktiv bestellt, was darauf hindeutet, dass es sich bei diesen Empfängern um eine ernsthaft interessierte und relevante Zielgruppe handelt.

Das Serviceportal für Privatversicherte www.derprivatpatient.de erhielt 2015 ein neues Web-Design, das sich automatisch an die Bildschirmgrößen der Endgeräte anpasst. So gewährleistet die Webseite auch bei Recherchen von unterwegs eine nutzerfreundliche Bedienbarkeit über Smartphones und Tablets. Einhergehend mit dem neuen Design wurden neue redaktionelle Formate wie eine Nachrichten-Rubrik und eine „Nachgefragt“-Kolumne eingeführt. Zudem können sich jetzt interessierte Nutzer regelmäßig über neue Service-Angebote und aktuelle Nachrichten zur Privaten Krankenversicherung mit einem Newsletter informieren.

Eine weitere Neuheit ist die Erweiterung der Krankenhaus-Suchfunktion: Über ein grafisches Körpermodell kann jetzt für konkrete Behandlungen gezielt nach den passenden der über 170 PKV-Qualitätspartner gesucht werden. Für die Prüfung von Krankenhaus-Rechnungen steht den Privatpatienten seit 2015 außerdem eine DRG-Suche zur Verfügung, mit der sich die Daten von Fallpauschalen-Entgelten je nach Behandlung und Krankenhaus finden lassen.

Weiter 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 zählt etwa ein Informationsfilm zum Thema Tarifwechsel in der Privaten Krankenversicherung. Insgesamt sind auf dem PKV-YouTube-Kanal nun 89 Videos abrufbar, die bereits über 518.000 Aufrufe erzielen konnten - 270.000 davon bezogen sich auf Kampagnen-Videos. Viele der PKV-Videos sind zudem nun auch im Presseportal der Nachrichtenagentur DPA in einem eigenen „PKV-Newsroom“ abrufbar. Für mehr als 1.000 registrierte Journalisten, Videoredakteure und -produzenten ist diese Plattform eine zentrale Anlaufstelle für redaktionelle Beiträge sowie professionell produzierte PR-Inhalte.

Überdies wurde die Möglichkeit zur Live-Übertragung auf den PKV-Internetseiten bei der PKV-Mitgliederversammlung sowie beim „Kompetenztag Pflege“ des PKV-Verbandes in Berlin genutzt. Rund 750 Zuschauer sahen die Veranstaltung zumindest in Teilen live im Internet, weitere 250 Nutzer riefen später die entsprechende Video-Dokumentation auf.

Als neues Instrument nutzte der Verband den täglichen Newsletter des Berliner „Tagesspiegel“-Verlags, der bundesweit von zahlreichen Journalisten und Politikern gelesen wird. Hier wird täglich ein wichtiges Thema zur Privaten Krankenversicherung in wenigen Zeilen umschrieben und auf weiterführende Informationen verlinkt.

Zentrale Themen der Verbandskommunikation

Pflegekompetenz der PKV

Im ersten Halbjahr 2015 wurde die im Vorjahr gestartete Kampagne zur Pflegekompetenz fortgesetzt. So wurden einerseits die bekannten Kampagnenmotive (vgl. PKV-Rechenschaftsbericht 2014 S. 34ff.) weiterhin geschaltet. Andererseits wurde die Kampagne nun auf das Ende 2014 gestartete Online-Pflegeportal der PKV fokussiert.

Das Online-Portal www.pflegeberatung.de der PKV dient als Ratgeber im Pflegefall. Dort erhalten Betroffene und pflegende Angehörige Antworten zu wichtigen Fragen der persönlichen Pflegeplanung. Zudem steht ihnen eine umfassende Datenbank mit konkreten Hilfsangeboten in ihrer Nähe zur Verfügung. Dort finden sie über eine leicht bedienbare Suchfunktion Informationen zu Pflegeheimen, ambulanten Diensten, Tages- und Nachtpflege, Betreuungsangeboten sowie weiteren Entlastungsmöglichkeiten. Mithilfe von Checklisten und Tests können die Betroffenen z.B. prüfen, ob sie eine Pflegestufe beantragen sollten. Mit einem Rechner lassen sich die Kosten von Pflegediensten speziell für die individuell benötigten Leistungen abschätzen.

Für das Pflege-Portal wurde mit Plakaten an prominenten Plätzen wie an den Flughäfen Köln und Berlin sowie auf Großflächen im Berliner Regierungsviertel geworben. Außerdem wurden Informationsvideos auf Youtube.de veröffentlicht, die zusammen bereits mehr als 90.000 Aufrufe verzeichnen. Hinzu kam ein sogenanntes Infomercial-Video, das 112-mal auf dem Fernseh-Nachrichtensender N24 geschaltet und von 9,7 Millionen Menschen gesehen wurde.

Zur Pflegekompetenz-Strategie der PKV gehörte auch, die drohende Finanzierungslücke im Falle einer Pflegebedürftigkeit in der Öffentlichkeit bekannter zu machen. Hierzu wurde die Pflegeeinrichtungsdatenbank der PKV hinsichtlich der durchschnittlichen Kosten einer Unterbringung in einem Pflegeheim ausgewertet. Der PKV-Verband bereitete die Daten – bundesweit und getrennt nach Bundesländern – aus und bot sie mehreren Medien zur Veröffentlichung an. Mit großem Erfolg: Die Bundesdaten zur Pflegeücke veröffentlichte die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“, die Daten zu einzelnen Bundesländern wurden in mehr als 20 Regionalmedien (print und online) publiziert.

Weitere wichtige PKV-Themen, die die Abteilung Kommunikation im vergangenen Jahr in den Medien platzieren konnte, waren unter anderem die Vorteile der betrieblichen Krankenversicherung, die Warnung der Öffentlichkeit vor Trickbetrügern und irreführender PKV-Billigwerbung, die Bekanntmachung mehrerer Studien des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) oder auch mehrere Hinweise auf das Präventionsengagement der PKV insbesondere gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen.

Telefonaktionen

Im Jahr 2015 hat der PKV-Verband die Zahl der Leser-Telefonaktionen, die mit Unterstützung der Mitgliedsunternehmen durchgeführt werden, weiter ausbauen können. Bei 22 dieser Aktionen konnten Leser Fragen zur Privaten Krankenversicherung stellen, die von Experten aus der Branche beantwortet wurden. Damit hat sich die Zahl dieser Aktionen seit dem Jahr 2012 verdoppelt. Im Anschluss an die Telefonaktionen berichteten die Zeitungen über die wichtigsten Fragen, die Antworten der Experten und allgemeine Themen zur PKV.

PKV-Informationsstand

Der PKV-Verband war auch im vergangenen Jahr mit seinem Informationsstand auf den Bundesparteitagen von CDU, CSU, SPD, FDP und Grünen vertreten. Hinzu kamen weitere Veranstaltungen wie der Arbeitgebertag, der Wirtschaftstag des CDU-Wirtschaftsrats und die MIT-Delegiertenversammlung. Der PKV-Stand mit seinem Angebot alkoholfreier Fruchtcocktails ist dabei regelmäßig eine gefragte Anlaufstelle für Politiker, Journalisten und Vertreter anderer Institutionen. Im Rahmen der PKV-Informationskampagne „Für unsere Gesundheit“ wurde der Stand im Design der Kampagne gestaltet. Darüber hinaus wurden bei zahlreichen Veranstaltungen von Landesverbänden und Gliederungen verschiedener Parteien aktuelle Informationsmaterialien des PKV-Verbandes verteilt.



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 2015 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. Zusätzlich gab es im Mai ein Sondertreffen der Pressesprecher zur Entwicklung der PKV-Informationskampagne „Für unsere Gesundheit.“

Sponsoring

Der PKV-Verband unterstützte als Sponsor auch 2015 den Bundestagslauf in Berlin, an dem jedes Jahr mehrere hundert Teilnehmer aus Bundestag, Parteien, Verbänden und Botschaften mitwirken.

Außerdem unterstützte der Verband das Jugend-Medien-Event der Jungen Presse e.V., eine Veranstaltung für junge Journalisten und Medienmacher aus ganz Deutschland.

2.3 Präventions-Engagement der PKV

Die Private Krankenversicherung sieht gute Präventionsarbeit als wichtiges Mittel, um Gesundheit zu erhalten und den Ausbruch von Krankheiten zu vermeiden oder zu verzögern. Sind Präventionsmaßnahmen erfolgreich, können Menschen eine längere Zeit ihres Lebens mit einer deutlich verbesserten Lebensqualität verbringen. Davon profitieren nicht nur sie selbst, sondern auch die Allgemeinheit – beispielsweise indem Ausgaben im Gesundheitswesen, für Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger verringert oder ganz vermieden werden.

Wendet sich die Präventionsarbeit nicht gezielt an Personen mit bestehenden Risikofaktoren oder Vorerkrankungen, sondern auch an Gesunde oder Personen, die noch keine Krankheitssymptome aufweisen (z.B. Risikogruppen), so spricht man von Primärprävention. Sie umfasst z.B. allgemeine Aufklärungskampagnen oder niedrigschwellige, gesundheitsfördernde Aktivitäten in konkreten Lebenswelten. Dabei kommt es besonders darauf an, nicht nur das Problembewusstsein, sondern auch das Verhalten der Menschen zu verändern.

Da sich die Maßnahmen stets an ein Kollektiv richten, ist Primärprävention keine individuelle Versicherungsleistung, sondern stets eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Als solche ist sie vor allem über das Steuersystem zu finanzieren. Aufgrund der gesellschaftspolitischen Erwartung und als Ausdruck ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung engagiert sich die Private Krankenversicherung gleichwohl freiwillig und verlässlich in diesem Bereich. Denn Prävention ist eine dauerhafte Aufgabe, die nur dann nachhaltig wirkt, wenn sie nachhaltig betrieben wird.

Mehr als 100 Millionen Euro hat die PKV insgesamt bereits für die Präventionsarbeit in drei wichtigen und sensiblen Präventionsfeldern aufgewendet; die laufende Förderung beträgt 13,5 Millionen Euro pro Jahr. Dabei setzt die PKV im Wesentlichen auf eine öffentlich-private Partnerschaft mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

- Seit 2005 unterstützt die PKV die Kampagne „Mach's mit – Gib AIDS keine Chance“ der BZgA zur Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Zuvor hat die PKV bereits 1987 die Deutsche AIDS-Stiftung mitgegründet und gehört seitdem zu ihren Großförderern.
- Seit 2009 finanziert die PKV die BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ zur Prävention von Alkoholmissbrauch durch Kinder und Jugendliche.
- Seit 2014 finanziert die PKV das neue Programm „Älter werden in Balance“ der BZgA zur Förderung eines gesunden Alterns und damit zur Prävention von Pflegebedürftigkeit.

Im Jahr 2015 verteilte sich die Förderung des PKV-Verbandes wie folgt:

- Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“: 7,0 Millionen Euro
- Kampagne „Mach's mit – Gib AIDS keine Chance“: 3,2 Millionen Euro
- Förderung Deutsche AIDS-Stiftung: 0,3 Millionen Euro
- Programm „Älter werden in Balance“: 3,0 Millionen Euro

Im Sommer 2015 hat der PKV-Verband seinen Vertrag mit der BZgA über die Förderung der Kampagne „Mach's mit – Gib AIDS keine Chance“ um weitere fünf Jahre bis Ende 2020 verlängert. Für die beiden übrigen unterstützten

Präventionsprogramme der BZgA wurde die Vertragslaufzeit schon im Herbst 2013 um weitere fünf Jahre auf Ende 2018 erhöht. Alle geförderten Kampagnen werden fortlaufend durch Evaluierungsmaßnahmen begleitet.

Zudem hat der PKV-Verband im Jahr 2015 die gemeinnützige Stiftung Gesundheitswissen gegründet (siehe Seite 31 f.). Ihre Aufgabe ist vor allem die Entwicklung und Bereitstellung von laienverständlichen Patienteninformationen auf anerkannter wissenschaftlicher Grundlage. Die Patienten sollen so befähigt werden, informiert an Entscheidungen über ihre Gesundheit mitzuwirken („health literacy“). Die Stiftung befand sich bis Jahresende 2015 im Aufbau und wird perspektivisch bis zu sieben Millionen Euro im Jahr für ihre Stiftungsarbeit erhalten.

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

Obwohl sich die Lebenserwartung und die Lebensqualität HIV-Infizierter dank der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten in den vergangenen Jahren deutlich erhöht haben, verursacht eine HIV-Infektion noch immer großes menschliches Leid. Dazu kommen erhebliche Kosten im Gesundheitssystem: Nach Zahlen der Private Krankenversicherung fallen im Schnitt Kosten von etwa 20.000 Euro pro Jahr und Person an. Das entspricht geschätzt über einer halben Million Euro für die gesamte Lebenszeit, die dann an anderer Stelle für die Versorgung fehlen. Die Private Krankenversicherung engagiert sich auch deshalb, die Ansteckung mit HIV und die Weitergabe der Infektionskrankheit zu verhindern.

Die 692 neu registrierten Fälle in der PKV im Jahr 2014 liegen zwar leicht unter dem Niveau der vorhergehenden Jahre. Unter Privatversicherten ist der Anteil der HIV-Infizierten aber höher als in der Gesamtbevölkerung. Und in ganz Deutschland stecken sich immer noch jedes Jahr Tausende von Menschen in Deutschland neu mit HIV an; so zählt das Robert Koch-Institut (RKI) seit den letzten Jahren eine steigende Zahl von Neudiagnosen. Das macht deutlich, wie sinnvoll die Fortführung des Präventionsengagements gegen HIV ist.

Der Schwerpunkt des Engagements der PKV gegen HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten lag auch 2015 in der Förderung der „Mach’s mit“-Kampagne der BZgA. Durch die 2015 um weitere fünf Jahre verlängerte Sponsoringvereinbarung über

3,2 Millionen Euro pro Jahr ermöglicht die PKV die verlässliche Fortführung der privat-öffentlichen Partnerschaft. „Mach’s mit“ gilt als bekannteste sowie erfolgreichste deutsche Präventionskampagne und wurde international bereits mehrfach ausgezeichnet.





Mit den von der PKV zur Verfügung gestellten Mitteln sichert die BZgA vor allem die Ansprache der Öffentlichkeit durch eine reichweiten- und aufmerksamkeitsstarke Massenkommunikation. Neben der Großflächenplakatierung stand 2015 die Vorbereitung auf eine für 2016 geplante Nachfolgekampagne im Fokus.

Das Präventionsengagement der PKV umfasst auch die Aufklärungsarbeit in konkreten Lebenswelten, den so genannten Setting-Ansatz: So unterstützt der PKV-Verband bereits seit 2010 das Projekt „Let’s talk about sex“ der Deutschen AIDS-Hilfe. Im Rahmen eines mehrstündigen Workshops lernen Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen anhand von praktischen Beispielen, wie sie die Kommunikation über Sexualität, sexuelle Identität sowie die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen verbessern können. Auch eigene Vorurteile und Berührungängste werden dabei infrage gestellt. Wie notwendig eine solche Fortbildung aus Sicht der Ärzte ist, belegt eine Umfrage im Auftrag des PKV-Verbandes aus dem Juli 2014: Nur 30 Prozent der befragten Ärzte fühlten sich beim Thema HIV/AIDS kompetent und ausreichend informiert. 60 Prozent wünschten eine Fortbildung zum Thema.

Auch im Rahmen der Präventionsarbeit der BZgA werden niedrigschwellige Angebote gefördert: So haben Bundesgesundheitsministerium, PKV-Verband und BZgA im Jahr 2015 zum inzwischen dritten Mal den Präventionspreis Sirius vergeben, der sich speziell der Verhütung von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten widmet. Unter Anwesenheit von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) wurden zehn Projekte für besonders innovative, bedarfsgerechte und erfolgversprechende Präventionsansätze ausgezeichnet. Sie richten sich an Menschen, die ansonsten nicht leicht mit den Präventionsbotschaften zu erreichen sind, und knüpfen direkt an der Lebenswirklichkeit ihrer Zielgruppen an.

Im November 2015 bestätigte eine weitere Umfrage im Auftrag des PKV-Verbandes die Notwendigkeit, mit der Präventionsarbeit nicht nachzulassen. Demnach kümmern sich viele Menschen in Deutschland nicht um mögliche HIV-Infektionen ihrer Partner. Nur jeder dritte Befragte hat sich bereits auf HIV testen lassen. Gleichzeitig berichteten viele Teilnehmer über Erfahrungen von ungeschütztem Sex mit einer Zufallsbekanntschaft.

Hilfe für HIV-Infizierte: Deutsche AIDS-Stiftung

Die PKV stiftete 2015 erneut 300.000 Euro an die Deutsche AIDS-Stiftung. Als Gründungsmitglied unterstützt der PKV-Verband seit 1987 die Stiftung dabei, Betroffenen in Not individuell und über Projektförderungen zu helfen. Die Deutsche AIDS-Stiftung ermöglicht viele Projekte des betreuten Wohnens, die Einrichtung von Treffpunkten und Cafés oder die Organisation von Krankenreisen. Seit dem Jahr 2000 unterstützt sie neben ihrem Engagement in Deutschland auch beispielhafte Hilfsprojekte weltweit.

Ein erheblicher Teil der PKV-Mittel für die Deutsche AIDS-Stiftung floss 2015 erneut in die Förderung von Projekten für HIV-positive Zuwanderer und ihre Familien. Hier gibt es auch deshalb einen besonderen Bedarf, weil die Infektionsquote je nach Herkunftsregion deutlich höher als in Deutschland sein kann und sprachliche und kulturelle Unterschiede besondere Anforderungen an die Präventionsarbeit stellen.

Zu den geförderten Projekten zählen u. a. „Muttersprachler klären auf“ in der Zentralen Aufnahmestelle für Flüchtlinge in Zirndorf, „Helping Hand“ in Frankfurt am Main, „Nekabene“ in Essen, „BAOBAB“ in Niedersachsen, „BeKAM“ in Berlin und ein aufsuchendes Präventionsangebot in Paderborn. Dank der Unterstützung der PKV konnten durch diese Projekte bereits mehr als 10.000 Menschen mit der wichtigen Präventionsbotschaft erreicht werden.

„Alkohol? Kenn dein Limit.“: BZgA-Kampagne gegen Alkoholmissbrauch durch Jugendliche

Kinder und Jugendliche wachsen hierzulande in einer Gesellschaft auf, in der Alkoholkonsum weit verbreitet ist. Um sie 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.“. Denn gerade in der Umbruchphase vom Jugendlichen zum Erwachsenen setzen sich Verhaltensweisen und Konsummuster fest und die Gefahr ist am größten, in psychische wie physische Abhängigkeit zu geraten. Auch das Gehirn entwickelt sich in diesem Lebensalter stark weiter; deshalb kann übermäßiger Alkoholkonsum besonders schwerwiegende Folgen haben.

Mit einem Budget von sieben Millionen Euro im Jahr 2015 ist „Alkohol? Kenn dein Limit.“ die größte deutsche Kampagne zur Alkoholprävention. Sie setzt auf einen Mix aus Massenkommunikation wie Großflächenplakatierung

und Kinospots, Internetkommunikation (z.B. über Facebook und YouTube) und Setting-Maßnahmen direkt in der Zielgruppe, vor allem durch die persönliche Ansprache der Jugendlichen durch Kampagnenbotschafter („Peers“).



Nach repräsentativen Untersuchungen der BZgA zeigt das Präventionsengagement Wirkung: Die Zahl der Jugendlichen, die sich einmal im Monat oder öfter in einen Rausch trinken, nimmt ab. Waren es im Jahr 2008 noch 20 Prozent der 12- bis 17-Jährigen und fast 41 Prozent der 18- bis 25-Jährigen, so sind es inzwischen nur noch etwa 13 bzw. 35 Prozent. Ein Drittel der Jüngeren hat sogar noch nie im Leben Alkohol getrunken – deutlich mehr als noch 2008 (24 Prozent).

Im Mai 2015 hat die BZgA die Kampagne kreativ neu aufgestellt. Die neue Kampagnenlinie mit Claims wie „Nichts kann uns aufhalten. Außer zu viel Alkohol.“ knüpft an den für Jugendliche wichtigen Aspekt der Freundschaft an. Sie setzt den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol damit bewusst in Bezug zu positiven Erlebnissen. Die Kampagne vermittelt ihre Botschaft nach wie vor ohne erhobenen Zeigefinger, sondern auf Augenhöhe und teilweise sogar spielerisch.



Eine Umfrage im Auftrag des PKV-Verbandes bestätigt die beziehungsschädigende Wirkung übermäßigen Alkoholkonsums: So stimmten fast 45 Prozent der jüngeren Befragten (18- bis 24-Jährige) der Aussage zu, dass es unter Alkoholeinfluss eher zu Streit kommt.

Im Rahmen des Relaunches wurde auch ein neuer Kinospot von „Alkohol? Kenn dein Limit.“ vorgestellt. Er zeigt verschiedene Situationen auf einer Privatparty, in denen Jugendliche ihren Freunden verantwortungsvoll zur Seite stehen und durch Alkoholkonsum verursachte kritische Situationen gut auflösen.

Rund 50 jugendliche Kampagnenbotschafter besuchten außerdem regelmäßig Musik- und Sportveranstaltungen und waren in den Einkaufszonen der Innenstädte aktiv. Mit spielerischen Mitteln gelingt es diesen Peers, das Interesse der Jugendlichen für die Präventionsbotschaft zu wecken. Studien zufolge nehmen Jugendliche bei persönlicher Ansprache alkoholbedingte Risiken stärker wahr, sprechen eher mit Gleichaltrigen über Alkoholprobleme und schaffen es eher, Alkohol zu widerstehen. Auf's Jahr gerechnet erreichten die Peers mit ihren Gesprächen mehr als 35.000 Jugendliche.

Auch an Schulen bietet die BZgA zwei moderne Mitmach-Aktionen an: die JugendFilmTage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ und den „KlarSicht-MitmachParcours zu Tabak und Alkohol“. Mehr als 15.000 Schüler und über 1.000 Lehrkräfte konnte sie 2015 damit für das Thema sensibilisieren. Ergänzend zu seiner Kooperation mit der BZgA hat der PKV-Verband 2015 mehrere Alkoholpräventionstage an Schulen durchgeführt. Sie richten sich gezielt an Acht- und Neuntklässler und umfassen interaktive Elemente wie einen Alkohol-Parcours.

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

Durch den demografischen Wandel wird die Zahl der älteren Menschen stark zunehmen. Eine Gesundheitsförderung bis ins hohe Alter wird daher immer wichtiger, um altersbedingten Krankheiten vorzubeugen und auch Pflegebedürftigkeit aufzuschieben oder ganz zu vermeiden. Denn selbst in höchstem Alter ist es noch möglich, die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, länger selbstständig und ohne fremde Hilfe leben zu können.

Gerade der Bewegungsförderung kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu. Mehr Bewegung unterstützt nicht nur die Mobilität allgemein. Sie wirkt auch vielen Alterskrankheiten entgegen, zum Beispiel Osteoporose. Die PKV finanziert daher das BZgA-Programm „Älter werden in Balance“ mit einem Umfang von drei Millionen Euro für 2015. Das Programm hat zum Ziel, die körperliche Bewegung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe älterer Menschen in Deutschland zu fördern. Es bietet den Älteren zu diesem Zweck Gesundheitswissen und wissenschaftlich geprüfte, leicht umsetzbare Anregungen für mehr Bewegung im Alltag an.

„Älter werden in Balance“ wurde gemeinsam mit namhaften Altersforschern entwickelt und umfasst Maßnahmen der Massenkommunikation, der personalen Kommunikation und der Kommunikation im Internet. Im

Einzelnen setzt das Programm dabei auf einen Mix von Aufklärung, Vernetzung und neuen Bewegungsangeboten auf wissenschaftlicher Grundlage.

So bietet das Programm auf seinem Internetportal unter anderem ein Aktiv-Programm für jeden Tag und einen „bewegten Weihnachtskalender“ an. Broschüren veranschaulichen, wie sich mehr Bewegung auch in alltägliche Abläufe integrieren lässt. Als Programmbotschafter tragen zwei ausgewiesene Experten dazu bei, bundesweite Aufmerksamkeit auf das Programm zu lenken: Prof. Dr. Ingo Froböse von der Sporthochschule Köln und Prof. Dr. Andreas Kruse vom Instituts für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Im Juni 2015 prämierte die BZgA die Gewinner eines Fotowettbewerbs, der die Sensibilisierung und Beteiligung der Zielgruppe zum Ziel hatte. Unter dem Motto „Bewegte Momente“ konnten ältere Menschen oder ihre Angehörigen, Freunde und Bekannten Fotos einreichen, die einen Menschen ab 60 in Bewegung zeigen – im Alltag, beim Hobby oder beim Sport. Aus den mehr als 1.500 Einsendungen hat eine Jury zehn besonders beeindruckende Bilder ausgewählt. Diese wurden unter anderem auf der Bundeskonferenz „Gesund und aktiv älter werden“ der BZgA vorgestellt.

Darüber hinaus sucht die BZgA den Kontakt zu Entscheidungsträgern vor Ort und hat 2015 einen weiteren Wettbewerb ins Leben gerufen, der sich speziell an Kommunen richtet. Er soll zum Nachahmen animieren und eine Vielfalt von Möglichkeiten und Ideen aufzeigen, wie konkret vor Ort etwas für die Gesundheit älterer Menschen getan werden kann – von einer bewegungsfördernden



Umgestaltung des öffentlichen Raumes bis hin zu zielgruppengerechten Mitmach-Angeboten.

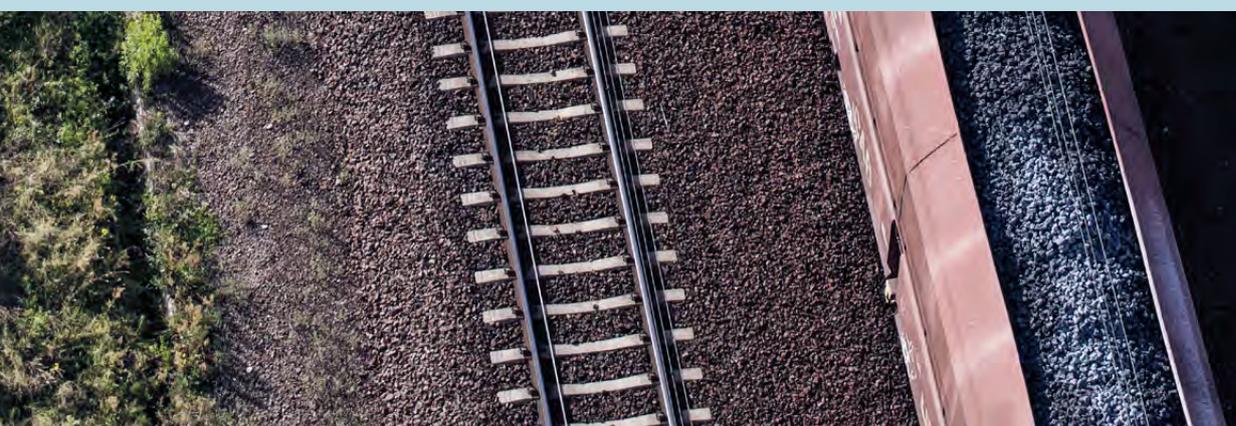
Weil auch die soziale Teilhabe eine wichtige Rolle in der Prävention von Altersleiden und Pflegebedürftigkeit spielt, arbeitet die BZgA mit Sportorganisationen wie dem Deutschen Olympischen Sportbund, dem Deutschen Turnerbund, dem Deutschen Wanderverband und dem Deutschen Fußball-Bund zusammen. Ziel ist es, sportwissenschaftlich fundierte Bewegungsangebote für Ältere künftig systematisch in die Vereinswelt zu tragen.

Zudem wurde 2015 ein Bewegungsprogramm auf wissenschaftlicher Grundlage für hochbetagte Bewohner von Pflegeeinrichtungen erarbeitet, das ab dem Jahr 2016 in einer Pilotphase getestet und später auf Einrichtungen in zunächst ganz Schleswig-Holstein ausgeweitet werden soll. Neben den speziellen Bedürfnissen von Heimbewohnern spielt dabei die Vereinbarkeit mit dem Berufsalltag des Pflegepersonals eine wichtige Rolle.

Wie auch bei anderen Programmen der BZgA werden sämtliche Maßnahmen kontinuierlich evaluiert, optimiert und weiterentwickelt.



3. Entwicklungen im Leistungsbereich



3.1 Arzneimittel

Verabreichung von Zytostatika während ambulanter Krankenhausbehandlungen ist umsatzsteuerfrei

Der Bundesfinanzhof hat mit Urteil vom 24. September 2014 (Az. V R 19/11) entschieden, dass Umsätze aus der Verabreichung von Zytostatika im Rahmen einer ambulanten in einem Krankenhaus durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung, wenn die Zytostatika individuell für den einzelnen Patienten in der Apotheke dieses Krankenhauses hergestellt werden, als ein mit der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundener Umsatz gemäß § 4 Nr. 16 UStG umsatzsteuerfrei sind. Nach Ansicht des Gerichts sei entgegen der Verwaltungsauffassung nicht zwischen stationär und ambulant im Krankenhaus behandelten Patienten zu unterscheiden. Der mit der Krankenhaus- oder Heilbehandlung eng verbundene Umsatz bestimmt sich entsprechend der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) danach, ob er zur Erreichung der damit verfolgten therapeutischen Ziele unentbehrlich sei. Daher waren die in der Krankenhausapotheke individuell hergestellten Arzneimittel für die Krankenhaus- und Heilbehandlung auch unerlässlich i.S. von Art. 13 Teil A Abs. 2 Buchst. b erster Gedankenstrich der Richtlinie 77/388/EWG und bei richtlinienkonformer Auslegung des § 4 Nr. 16 UStG mit dem Betrieb des Krankenhauses eng verbundene Umsätze.

Denn maßgeblich ist die Unentbehrlichkeit mit Blick auf die konkrete therapeutische Zielsetzung, nicht aber eine Unentbehrlichkeit im Hinblick auf denkbare alternative Methoden zur Arzneimittelbeschaffung. Entgegen der Auffassung des Finanzamtes komme es nicht darauf an, ob es dem Patienten bei einer ambulanten Behandlung – anders als bei einer stationären Behandlung – im Einzelfall zumutbar wäre, sich die für die Behandlung erforderlichen und vom Krankenhaus verschriebene Arzneimittel aus einer öffentlich zugänglichen Apotheke selbst zu besorgen.

Der PKV-Verband ist der vom Bundesministerium der Finanzen (BMF) eingeräumten Möglichkeit nachgekommen, zu dem Entwurf eines die Veröffentlichung des BFH-Urteils vom 24. September 2014 – Az. V R 19/11 – begleitenden BMF-Schreibens Stellung zu nehmen. Die Verbandsgeschäftsführung hat über die vom Ministerium vorgeschlagenen Änderungen des Umsatzsteuer-Anwendungserlasses hinaus angeregt, dass sich die Umsatzsteuerfreiheit auf jede Arzneimittelabgabe erstrecken sollte, die im Zusammenhang mit einer ambulanten Krankenhausbehandlung erfolgt, sofern sie für die Erreichung der therapeutischen Ziele unentbehrlich ist (also keine Beschränkung nur auf Zytostatika-Abgaben oder parenterale Zubereitungen). Außerdem solle nicht nur die Abgabepreise der Fertigarzneimittel, sondern sämtliche damit verbundene Leistungen (z.B. Herstellungs- und Rezepturkosten) von der Umsatzsteuer befreit werden. Zudem befürwortet der PKV-Verband, dass nicht die Apotheke des Krankenhauses (als Betriebseinheit) maßgeblich sein soll, sondern die des Krankenträgers. Damit wäre gewährleistet, dass Belieferungen/Zubereitungen durch die Krankenhausapotheke eines Trägers, die mehrere Krankenhäuser desselben Trägers versorgt, umsatzsteuerfrei bleiben.

Im Hinblick auf die Erstattungsansprüche ist es für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung entscheidend, dass insbesondere bis zur Klärung der Anwendung des Urteils durch die Finanzverwaltung keine Rechtsnachteile wie der Eintritt der Verjährung eintreten. Andererseits ist die Private Krankenversicherung bestrebt, eine große Zahl von Einzelauseinandersetzungen und

Urteil des Bundesfinanzhofes vom 24. September 2014 – Az. V R 19/11

einzelnen Feststellungsklagen zur Unterbrechung der Verjährung zwischen unseren Mitgliedsunternehmen und den einzelnen Krankenhäusern zu vermeiden. Daher hat die Verbandsgeschäftsführung sämtliche Krankenhausträger, die eine Krankenhaus-Apotheke betreiben, angeschrieben und zur Abgabe dieser Verjährungsverzichtserklärung aufgefordert, soweit Verjährung nicht bereits eingetreten ist.

Erstattungsbetragsverfahren nach § 130b SGB V

Die PKV ist an den Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den pharmazeutischen Unternehmen nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V beteiligt. Die Verhandlungen mit den pharmazeutischen Unternehmen über ab dem 13. Monat der Markteinführung geltende Erstattungsbeträge, die zum neuen, bis dahin von ihm frei gewählten Abgabepreis werden, werden auf Basis des vom Gemeinsamen Bundesausschuss attestierten Zusatznutzens getroffen. Je höher und wahrscheinlicher der Zusatznutzen des neuen Wirkstoffs gegenüber der Vergleichstherapie, desto größer kann ein Aufschlag auf die Kosten der bisherigen Vergleichs- bzw. Standardtherapie ausfallen. Im ersten Jahr nach Markteinführung, also während der Bewertung des Zusatznutzens durch den G-BA und der Verhandlungen zwischen dem pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband, gilt zunächst der vom Hersteller festgelegte Preis. Sofern eine Einigung nicht binnen eines Jahres erzielt werden kann, wird die Schiedsstelle angerufen, die dann über den Erstattungsbetrag entscheidet. Die Beteiligungsrechte der PKV an den Preisverhandlungen sind vergleichsweise schwach ausgestaltet. Sie sehen keine paritätischen Rechte als Vertragspartner vor, sondern erschöpfen sich rein formal darin, dem Verhandlungsergebnis durch Erklärung des „Benehmens“ zuzustimmen. An den Verhandlungen selbst darf der Vertreter der PKV gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V als „Gast“ teilnehmen. Das Frage- und Rederecht des Vertreters der PKV ist von der einvernehmlichen Zustimmung des GKV-Spitzenverbands und des pharmazeutischen Unternehmers abhängig. Diese geringfügige Rolle des PKV-Vertreters ist nicht gerechtfertigt. Zielführend und angemessen wäre auch eine Beteiligung des PKV-Verbandes am Unterausschuss Arzneimittel im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Im Jahr 2015 sind für folgende Wirkstoffe Erstattungsbeträge vereinbart, von der Schiedsstelle festgesetzt worden, oder der Unternehmer hat von seinem Recht Gebrauch gemacht, das Arzneimittel vor Aufnahme der Verhandlungen vom Markt zu nehmen („opt out“-Regel) :

Wirkstoff	Handelsnamen	Pharmazeutischer Unternehmer	Status
Macitentan	Opsumit®	Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Turoctocog alfa	NovoEight®	Novo Nordisk GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Perampanel	Fycompa®	Orifarm GmbH (Importeur)	Erstattungsbetrag vereinbart
Perampanel	Fycompa®	Eurim Pharm Arzneimittel GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Simeprevir	Olysio®	Janssen-Cilag GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart

Wirkstoff	Handelsnamen	Pharmazeutischer Unternehmer	Status
Cobicistat	Tybost®	Gilead Sciences GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Dolutegravir	Tivicay®	ViiV Healthcare GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Sofosbuvir	Sovaldi®	Gilead Sciences GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Emtricitabin/ Rilpivirin/ Tenofovir	Eviplera®	Gilead Sciences GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Dapagliflozin/ Metformin	Xigduo®	AstraZeneca GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Dapagliflozin	Forxiga®	AstraZeneca GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Dimethylfumarat	Tecfidera®	Biogen	Erstattungsbetrag vereinbart
Ruxolitinib	Jakavi®	Novartis Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Cholsäure	Orphacol®	Laboratoires CTRS	Erstattungsbetrag vereinbart
Eribulin	Halaven®	Eisai GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Vedolizumab	Entyvio®	Takeda Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Propranolol	Hemangirol®	Pierre Fabre Dermo-Kosmetik GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Aflibercept	Eylea®	Bayer Vital GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Nalmefen	Selincro®	Lundbeck GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Elosulfase alfa	Vimizim®	BioMarin Deutschland GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Cabozantinib	Cometriq®	Sobi-Swedish Orphan Biovitrium GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Ivacaftor	Kalydeco®	Vertex Pharmaceuticals GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Riociguat	Adempas®	Bayer Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Umeclidinium/ Vilanterol	Anoro®	GlaxoSmithKline GmbH & Co KG	Erstattungsbetrag vereinbart
Apixaban	Eliquis®	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co KGaA	Erstattungsbetrag vereinbart
Ledipasvir/ Sofosbuvir	Harvoni®	Gilead Sciences GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Teduglutid	Revestive®	NPS Pharma Germany GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Sucroferric Oxyhydroxide	Velphoro®	Fresenius Medical Care Deutschland	Erstattungsbetrag vereinbart
Regorafenib	Stivarga®	Bayer Vital GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Obinutuzumab	Gazyvaro®	Roche Pharma AG	Erstattungsbetrag vereinbart
Simoctocog alfa	Nuwiq®	Octapharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart

Wirkstoff	Handelsnamen	Pharmazeutischer Unternehmer	Status
Dolutegravir/ Abacavir/ Lamivudin	Triumeq®	ViiV Healthcare GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Enzalutamid	Xtandi®	Astellas Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Lisdexamfetamin-dimesilat	Elvanse®	Shire Deutschland GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Ibrutinib	Imbruvica®	Janssen-Cilag GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Lurasidon	Latuda® (Import)	Eurim Pharma Arzneimittel GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Fingolimod	Gilenya®	Novartis Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Alipogentiparvovec	Glybera®	Chiesi GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Aclinidiumbromid/ Formoterol	Duaklir®/Brimica®	AstraZeneca GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Vildagliptin u. Vildagliptin/ Metformin	Galvus®/Eucreas®..	Novartis Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Pasireotid	Signifor®	Novartis Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Nintedanib	Vargatef®	Boehringer Ingelheim Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Ramucirumab	Cyramza®	Lilly Deutschland GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Empagliflozin	Jardiance®	Boehringer Ingelheim Pharma GmbH	Erstattungsbetrag vereinbart
Dasabuvir	Exviera®	AbbVie Deutschland GmbH&Co KG	Erstattungsbetrag vereinbart
Ombitasvir/ Paritaprevir/ Ritonavir	Viekirax®	AbbVie Deutschland GmbH&Co KG	Erstattungsbetrag vereinbart
Larven von Lucilla sericata	BioBag®/Bio-Monde® Frei Larven	BioMonde GmbH	Erstattungsbetrag festgesetzt
Insulin degludec	Tresiba®	Novo Nordisk GmbH	Erstattungsbetrag festgesetzt
Siltuximab	Sylvant®	Janssen-Cilag GmbH	Erstattungsbetrag festgesetzt
Daclatasvir	Daklinza®	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co KGaA	Erstattungsbetrag festgesetzt
Mirabegron	Betmiga®	Astellas Pharma GmbH	Erstattungsbetrag festgesetzt
Sipuleucel	Provenge®	Dendreon UK Limited	Opt out
Canagliflozin/ Metformin	Vokanamet®	Janssen-Cilag GmbH	Opt out
Tafluprost/ Timolol	Taptiqom®	Santen GmbH	Opt out
Lomitapid	Lojuxta®	Aegerion Pharma GmbH	Opt out
Lurasidon	Latuda®	Takeda Pharma GmbH	Opt out

3.2 Gebührenordnung für Zahnärzte

Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen von BZÄK, PKV-Verband und Beihilfe

Das im April 2013 gegründete Beratungsforum konnte auch in seinem dritten Geschäftsjahr positive Ergebnisse vorweisen. In zwei Sitzungen erarbeiteten PKV-Verband, Beihilfeträger und Bundeszahnärztekammer die Beschlüsse 16 bis 20. Die Beschlüsse sind in Form eines Online-Artikels auf der Internetseite des PKV-Verbands Anfang 2016 veröffentlicht worden (www.pkv.de/w/files/goz-kommentierungfaq/beschluesseberatungsforum.pdf):

16. Die Wiedereingliederung (inklusive Säuberung, ggf. Wiederanpassung) andernorts angefertigter direkter oder laborgefertigter Provisorien ist analog zu berechnen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2260 für angemessen.
17. Neben Extraktionen ist die GOZ-Nr. 3230 dann gesondert berechnungsfähig, wenn die Resektion aufgrund eigenständiger Indikation (nicht zur oder durch die Zahnentfernung notwendig) mit einem separaten auf der Rechnung dokumentierten Operationszugang erbracht wird und es sich insofern um eine selbstständige Leistung handelt. Die eigenständige Indikation ist auf der Rechnung zu erläutern.
18. Die Auflistung einer Gebührennummer in einem bestimmten Abschnitt der GOZ hat nicht zur Folge, dass die dieser Gebührennummer zuzuordnende Leistung nur in Zusammenhang mit einem Leistungsgeschehen berechnungsfähig wäre, das fachlich diesem Gebührenordnungsabschnitt zuzuordnen ist.
19. Eine Periimplantitis-Behandlung im offenen Verfahren 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 und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr je nach Lokalisation die GOZ-Nr. 4090 bzw. 4100 als Analoggebühr für angemessen.
20. Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, z.B. zur Behandlung einer Schlafapnoe, 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 und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 7010 (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) für angemessen.

Ein weiteres positives Ergebnis ist die Unterstützung der Beihilfeträger bezüglich der Analogempfehlungen des PKV-Verbandes. In den Beschlüssen 6, 7, 8, 9 und 15 hatte sich der PKV-Verband bereits auf eine konkrete Berechnungsempfehlung für die anerkannte Analogleistung festgelegt, während die Bundeszahnärztekammer bewusst keine Empfehlung ausgesprochen hat. Die Beihilfeträger haben in der Sitzung vom 6. November 2015 konstatiert, dass sie sich den Empfehlungen des PKV-Verbandes sowohl rückwirkend als auch in Zukunft anschließen.

Gemeinsame
Beschlüsse mit der
Bundeszahnärztekammer

Bericht der Bundesregierung zu den Auswirkungen der neuen GOZ

2011 machte der Bundesrat seine Zustimmung zum Entwurf der Bundesregierung von der Anfügung des neuen § 12 GOZ abhängig. Mit dieser neuen Regelung wurde die Bundesregierung verpflichtet, die Auswirkungen der GOZ 2012 zu prüfen:

„Die Bundesregierung prüft die Auswirkungen der Neustrukturierung und -bewertung der Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte. Sie berichtet dem Bundesrat bis spätestens Mitte des Jahres 2015 über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe.“

Der Bericht der Bundesregierung wurde im August 2015 als Bundesrats-Drucksache unter der Nummer 387/15 veröffentlicht. Neben der Darstellung des Berichtsauftrages wurden die finanziellen Auswirkungen der Novellierung berechnet, auf verschiedene Effekte zurück geführt und interpretiert. Darüber hinaus wurde der Wunsch geäußert, die Entwicklung der GOZ dauerhaft zu beobachten.

Die Bundesregierung weist darauf hin, dass Ausgabenveränderungen für privatärztliche Leistungen oft nicht allein aus einer Änderung der Gebührenordnung, sondern aus einem komplexen Zusammenspiel ganz unterschiedlicher Faktoren und Gegebenheiten resultieren.

Insgesamt sieht die Bundesregierung:

- keinen akuten Handlungsbedarf
- eine Überschreitung der prognostizierten Kostensteigerung von 6 auf 9,2 Prozent
- eine erfreuliche Nachfragesteigerung nach prophylaktischen Leistungen
- einen erheblichen Rückgang analog abgerechneter Leistungen
- die Notwendigkeit einer dauerhaften Beobachtung des Leistungsgeschehens nach der GOZ

Die Daten und Statistiken des PKV-Verbandes für den Bericht der Bundesregierung wurden dem Bundesgesundheitsministerium am 5. Dezember 2014 zur Verfügung gestellt.

Folgende Punkte lassen sich hinterfragen:

- Auf Seite 2 des Berichts wird als Basis für die Errechnung der Mehraufwendungen durch die GOZ-Novelle das abgerechnete privat Zahnärztliche Honorarvolumen mit Stand von 2008 genannt. Als Quelle wird eine Seite später die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Zahlenberichte des PKV-Verbandes und Angaben der Beihilfekostenträger der Länder und des Bundes genannt.
- Der Bericht betrachtet allein den Zeitraum von 2011 auf 2012. Die Entwicklung der Ausgabensteigerungen auch in den Folgejahren, jedenfalls von 2012 auf 2013, hätte ebenfalls in den Blick genommen werden sollen. Insgesamt hat der PKV-Verband einen Ausgabenanstieg von 2011 auf 2013 in Höhe von 16,97 Prozent zu verzeichnen.

- Der in dem Bericht zugrunde gelegte Prüfungszeitraum von lediglich einem Jahr ist unbefriedigend, weil nur bedingt aussagefähig. Das Optimierungspotenzial dürfte im ersten Jahr des Inkrafttretens noch nicht vollständig erschlossen und ausgeschöpft sein. Eine nicht unerhebliche Zahl an Rechnungen aus 2012 dürfte zudem noch nach der alten GOZ erstellt worden sein. Wichtige kostenintensive Bereiche wie die Kieferorthopädie sind gänzlich unberücksichtigt geblieben.
- Auf Seite 11 wird zu dem Anteil der schwellenwertüberschreitend abgerechneten Leistungen gesagt, also die über dem 2,3-fachen Satz bemessenen Gebühren, dass sie sich von 24,5 Prozent in 2011 auf 11,1 Prozent in 2012 reduziert hätten. Laut PKV-Zahlenbericht 2013 ist der Anteil von 11,57 Prozent in 2011 auf 15,65 Prozent in 2012 gestiegen. Es fällt auf, dass erhebliche Diskrepanzen zwischen den Zahlen aus dem Bericht und den Zahlen des PKV-Verbandes bestehen.
- Bei verschiedenen häufig berechneten Leistungen wie den GOZ-Nrn. 215 bis 217, 5000, 5010, 5020, 5030, 5040 hat der Ordnungsgeber in der Amtlichen Begründung vermerkt, dass die Punktzahlen auf Wunsch der BZÄK erhöht worden sind – in der Erwartung, dass künftig durchschnittlich zum 2,3-fachen und nicht zu einem höheren Satz abgerechnet wird, obwohl bisher bei der Abrechnung dieser Leistungen deutlich höhere Steigerungsfaktoren angesetzt wurden. Ausweislich der Tabelle 2 im Bericht des BMG hat sich auch diese Annahme des Ordnungsgebers nicht bestätigt. Trotz zum Teil deutlicher Punktzahl-Erhöhungen wird vielfach unbeirrt an Steigerungssätzen oberhalb des 2,3-fachen Satzes festgehalten.
- Im Bericht wird als positive Entwicklung hervorgehoben, dass Analogabrechnungen bei Füllungsleistungen und Zahnstein-/subgingivale Konkremententfernung stark zurückgegangen sind, außerdem sei ein Rückgang der berechneten GOÄ-Leistungen von 10,1 auf 8,5 Prozent zu verzeichnen. Das ist natürlich selbstverständlich, da ehemals analog berechnete Leistungen erstmals in der GOZ abgebildet werden. Das gilt auch für den Rückgang von Gebühren aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ, da viele Leistungen, die heute in dem neuen Abschnitt K beschrieben wurden, zuvor beispielsweise aus der GOÄ abgegriffen wurden. Das ändert aber nichts an der Tatsache, dass Analogberechnungen exorbitant zugenommen haben. Ein entscheidender Grund dafür ist, dass die so genannte Stichtagsregelung mit der GOZ 2012 entfallen ist. Unter der alten GOZ 1988 durften nur solche Leistungen analog berechnet werden, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurden (vgl. § 6 GOZ in der Fassung vom 22.10.1987). Diese sinnvolle Regelung hatte viele Streitfälle um vermeintlich nicht in der GOZ abgebildete Leistungen von vornherein vermieden. Dieses Instrument ist grundlos zu Lasten der Patientinnen und Patienten aus der Hand gegeben worden.

Online-Artikel

Die Umstellung des PKV-Beilegers auf den Online-Artikel Anfang 2015 auf der PKV-Internetseite ist gut von den Lesern angenommen worden. Insgesamt sind in 2015 vier Artikel veröffentlicht worden, zwei davon waren kritische Betrachtungen von zur neuen GOZ ergangenen Urteilen (AG Bonn Az.: 116 C 148/13 und LG Hildesheim Az.: 1 S 15/14). Als neue Serviceleistung bietet der PKV-Verband einen Newsletter mit der Vorab-Versendung der neuesten Artikel und der Beschlüsse des Beratungsforums an.

PKV-Kommentierung

Im Rahmen der Arbeit des Verbandes zur Kommentierung häufig berechneter Analogberechnungen ist die „Analogliste“ erweitert worden. Der Kommentar zur GOZ, abrufbar auf der Internetseite www.pkv.de wird fortlaufend aktualisiert. Insbesondere die Argumentation zur Thematik „Ausligieren von Bögen“ wurde in den Erläuterungen zu den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 und 6140, 6150 verfeinert und ausdifferenziert. Aber auch viele andere Ergänzungen, wie z.B. die Kommentierung relevanter Urteile, wurden vorgenommen bzw. fragliche Sachverhalte klargestellt.

GOZ-Rechner

Das zwischenzeitlich aus finanziellen Gründen zurückgestellte Projekt „GOZ-Rechner“ wurde in der zweiten Jahreshälfte 2015 wieder aufgenommen. Zur Zeit wird das Lastenheft erstellt und die Prüfregeln definiert. Es ist mit der Fertig- und Onlinestellung Anfang 2017 zu rechnen.

Fälligkeit der Vergütung eines Zahnarztes von Verwendung des gesetzlich vorgegeben Rechnungsformulars abhängig

Mit Urteil vom 3. November 2015 hat das Verwaltungsgericht Köln (Az.: 7 K 3279/13) entschieden, dass die Regelung des § 10 Abs. 1 GOZ rechtmäßig ist, wonach die Fälligkeit der Vergütung eines Zahnarztes von der Verwendung eines bestimmten Rechnungsformulars abhängig ist. Zwar hat das Gericht die Klage als unzulässig abgewiesen, sich jedoch dennoch in der Sache geäußert. Die Regelung sei von der Ermächtigungsgrundlage in § 15 S. 1 und 2 ZHG gedeckt. Außerdem diene sie wie nach § 15 S. 3 ZHG erforderlich, dem Interessenausgleich zwischen Zahnarzt und Patient, indem sie die Nachprüfbarkeit der zahnärztlichen Rechnung für den Patienten verbessere. Unerheblich ist, dass für die verbindlichen Angaben nunmehr ein bestimmtes Rechnungsformular verlangt wird. Die bezweckte Aufwandsminimierung und die Beschleunigung im Erstattungsverfahren dienen ebenfalls den Interessen der Patienten und Zahnärzte. Die Einführung eines einheitlichen Rechnungsformulars stelle zwar einen minimalen Eingriff in die Berufsfreiheit dar, dieser sei jedoch durch die Gemeinwohlbelange des Ausgleiches berechtigter Interessen der Zahnärzte und der Patienten gerechtfertigt. Zudem belaste den Zahnarzt die Verwendung einheitlicher Vordrucke nicht unverhältnismäßig. Die Einheitlichkeit erleichtere vielmehr die Rechnungserstellung und komme diesen ebenfalls zugute, wenn ein Patient den Rechnungsbetrag nicht selbst aufbringen kann.

3.3 Gebührenordnung für Ärzte

Die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) verhandeln in enger Abstimmung mit der Beihilfe seit der Verständigung über die am 31. Oktober 2013 geschlossene Rahmenvereinbarung mit Hochdruck an der Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Am 27. März 2015 haben die Partner dem Bundesministerium für Gesundheit ein gemeinsames Informationspaket übergeben. Dem BMG konnte anhand zweier Abschnitte der GOÄ das grundlegende Konzept und die Logik der GOÄ-Novelle veranschaulicht werden. Ein gutes halbes Jahr später hat sich hieran die gemeinsame Gesetzesinitiative angeschlossen, mit der wesentliche Änderungen der Bundesärzteordnung, des Paragrafenteils der GOÄ und der Leistungsbeschreibungen des Gebührenverzeichnisses konsentiert wurden.

Die Bundesärztekammer und der PKV-Verband einschließlich der Beihilfekostenträger streben einen ausgewogenen und angesichts der Novellierungsbedürftigkeit der alten GOÄ längst überfälligen Interessenausgleich zwischen allen Beteiligten zugunsten der Patienten und zum Nutzen für die ärztliche Versorgung in Deutschland insgesamt an. Die derzeit geltende GOÄ wurde strukturell zuletzt im Jahre 1982 novelliert. Damit besteht ein Reformstau von über drei Jahrzehnten. Diese fehlende Anpassung führt in der Praxis zu Intransparenz und Rechtsunsicherheit insbesondere bei Analogabrechnungen und der Abrechnung von Komplexleistungen. Diese bisherigen, teilweise schwer verständlichen Analog-Herleitungen werden durch präzise neue Definitionen ersetzt, sodass Streitigkeiten zwischen Patienten, Unternehmen und Arzt weitestgehend vermieden werden.

Die Partner sind sich darin einig, die „sprechende Medizin“ aufzuwerten. Die persönliche Zuwendung des Arztes zum Patienten soll im Verhältnis zur „Apparatemedizin“ stärker honoriert werden.

Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe sind sich bei den Beratungen des neuen GOÄ-Konzeptes auch der Verantwortung für bezahlbare Beiträge und die Stabilität öffentlicher Haushalte bewusst. Die auf der Basis einer betriebswirtschaftlichen Bewertung durchgeführten Verhandlungen folgen dem Gebot, einen fairen Interessenausgleich zwischen Ärzten und Zahlungspflichtigen zu erzielen. Die ärztliche Unabhängigkeit, Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit erfahren durch die neue GOÄ eine grundlegende Stärkung (s. S. 31 f.).

3.4 Stationäre Leistungen

Verhandlungen auf Bundes- und Landesebene

Die von Gesetzes wegen dem Verband der Privaten Krankenversicherung übertragenen Selbstverwaltungsaufgaben wurden auf Bundes- und Landesebene wieder umfangreich wahrgenommen. Die Mitwirkung erfolgte u.a. bei den Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten (LBFW), dem Bundesbasisfallwert (BBFW), den Ausbildungsfonds auf Länderebene, den Entgelten für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren, 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 2016 liefen zumeist im November 2015 an und dauerten in vielen Bundesländern über den Jahreswechsel hinaus an. Es zeigt sich, dass trotz der Erfahrungen vieler Verhandlungsjahre um einige Sachverhalte, etwa die Mengenentwicklung, zäh gerungen wird. Erleichtert waren die Verhandlungen dort, wo die Verständigung auf den Wert der unteren Grenze des Basisfallwertkorridors rasch erzielt werden konnte. Dass das Verhandlungsgeschehen stets Überraschungen birgt, zeigt sich daran, dass es Verhandlungspartnern, die in den Vorjahren eine Vereinbarung ohne Zuhilfenahme der Schiedsstelle praktisch nie zustande brachten, dies für 2016 vergleichsweise rasch gelang. Auf der anderen Seite riefen Vertragsparteien die Schiedsstelle an, die zuvor in der Regel auf dem Verhandlungswege den Landesbasisfallwert konsentieren konnten.

Zum Stand März 2016 lagen für sämtliche Bundesländer geeinigte oder durch Schiedsstelle festgesetzte Ergebnisse vor.

Die vollständige Bundesübersicht über die Landesbasisfallwerte des Berichtsjahres 2015 (ohne und mit Ausgleichen) ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Übersicht zu den Landesbasisfallwerten des Jahres 2015	Betrag in Euro	
	ohne Ausgleiche	mit Ausgleichen
Baden-Württemberg	3.232,73	3.226,64
Bayern	3.257,00	3.255,50
Berlin	3.190,81	3.190,81
Brandenburg	3.190,81	3.190,81
Bremen	3.250,59	3.250,59
Hamburg	3.209,00	3.197,00
Hessen	3.190,81	3.176,96
Mecklenburg-Vorpommern	3.190,81	3.190,81
Niedersachsen	3.190,81	3.190,81
Nordrhein-Westfalen	3.190,81	3.190,81
Rheinland-Pfalz	3.396,00	3.393,00
Saarland	3.285,24	3.283,00
Sachsen	3.190,81	3.190,81
Sachsen-Anhalt	3.190,81	3.190,81
Schleswig-Holstein	3.190,81	3.190,81
Thüringen	3.190,81	3.190,81

R15/3401

Bundesbasisfallwert 2016

Mit der Berechnung des BBFW und des Basisfallwertkorridors ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt. Grundlage der InEK-Berechnung sind die bis Mitte eines 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.

Bei Zugrundelegung eines Veränderungswertes von 2,95 Prozent wurde für 2016 ein BBFW von 3311,98 Euro ermittelt.

Unter Berücksichtigung der Änderung der unteren Korridorgrenze in § 10 Abs. 8 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz hat der zu ermittelnde einheitliche Basisfallwertkorridor folgende Grenzwerte:

- obere Korridorgrenze: 3.394,77 Euro (+ 2,5%)
- untere Korridorgrenze: 3.278,19 Euro (- 1,02%)

Veränderungswert/Orientierungswert für Krankenhäuser

Der Orientierungswert für Krankenhäuser 2016 liegt wie schon in den Jahren zuvor mit einem Wert von 1,57 Prozent unter der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V in Höhe von 2,95 Prozent. Laut Gesetz gilt dann die Veränderungsrate automatisch als Veränderungswert (Meistbegünstigungsklausel). Der Veränderungswert ist maßgeblich bei den Berechnungen zu den Landesbasisfallwerten.

Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen 2016

Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG können Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog noch nicht sachgerecht vergütet werden, zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem genommen werden. Das Nähere dazu regeln die Vertragsparteien auf Bundesebene in einer Vereinbarung, die Anfang Dezember 2015 unterschriftsreif war.

DRG-Systemzuschlag 2016

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 2016 unverändert in Höhe von 1,15 Euro pro Fall festgelegt, davon entfallen wiederum auf den Zuschlag für die pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation 0,90 Euro und auf den Zuschlag für die Finanzierung des InEK 0,25 Euro.

DRG-System 2016

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in § 17b Abs. 10 KHG beauftragt, das InEK mit der systematischen Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern zu betrauen. Das InEK hat für das G-DRG-System 2015 auf Basis des Datenjahres 2013 erstmals die systematische, vertiefte Prüfung von Kostenausreißern durchgeführt und analysiert, in welchem Umfang Krankenhäuser mit Kostenausreißern belastet sind. Der sogenannte Extremkostenbericht stellt die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern sowie die Analyseergebnisse detailliert vor.

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

Das InEK hat in seiner Analyse 17 Universitätskliniken/Maximalversorger und 230 andere Krankenhäuser mit insgesamt rund 71.000 Extremkostenfällen untersucht. Dabei wurden die Leistungen der Krankenhäuser in die Gruppen allgemeine und spezielle Versorgungsleistungen eingeteilt. Im Ergebnis sind die Unikliniken und Maximalversorger durch Kostenausreißer stärker belastet als die anderen Krankenhäuser. Das betrifft aber die Standardleistungen wie z.B. die Blinddarmentfernung, hier gibt es eine Unterdeckung von 60 Millionen Euro bei den untersuchten Krankenhäusern. Bei den schweren Krankheitsverläufen wurde hingegen eine finanzielle Überdeckung von 30 Millionen Euro festgestellt, wovon in größerem Umfang die anderen Krankenhäuser profitieren als die Unikliniken

und Maximalversorger. Das Problem der Extremkosten liegt demnach laut InEK-Ergebnissen nicht im hochspezialisierten Bereich, sondern bei den Standardleistungen. In der Summation über alle untersuchten Extremkostenfälle gibt es eine Unterdeckung von 30 Millionen Euro. Ob auf Grundlage dieser Ergebnisse von einer systematischen Unterfinanzierung gesprochen werden kann ist fraglich, da es gemäß InEK Aussage an „Attributen“ fehlt, anhand derer beurteilt werden kann, weshalb Fälle zu Extremkosten führen.

Die Extremkostenanalyse bot dem InEK gleichwohl die Basis, die Fallpauschalen 2016 besser zu kalkulieren und die Weiterentwicklung des Systems voranzubringen.

Für das DRG-System 2016 lieferten 244 (2015: 250) Krankenhäuser Abrechnungsdaten, dabei sind wie im Vorjahr 13 Universitätsklinken enthalten.

Das System enthält künftig:

- 1.220 DRGs (+ 20)
- davon im FP-Katalog Hauptabteilung 1.173 DRGs (+ 21)
- davon nicht bewertet (Anlage 3a) 42 DRGs (-1)
- davon 5 rein teilstationäre DRGs (unverändert), von denen weiterhin 2 bewertet sind (unverändert)
- explizite Ein-Belegungstag-DRGs gibt es 23 (+4) und implizite 353 (+7)

Ein Schwerpunkt der diesjährigen Fortentwicklung war die Verbesserung der Abbildung des Aufwandes der intensivmedizinischen Komplexbehandlung. Hier erfolgten eine umfassende Untersuchung auf Basis regulärer sowie ergänzend abgefragter Daten und eine individuelle Analyse der Fälle auf DRG-Ebene.

Neben vielen weiteren Anpassungen sind besonders erwähnenswert:

- es wurde eine differenziertere Bewertung des Aufwandes durch Patienten mit multiresistenten Erregern vorgenommen (z.B. Aufwertung von Fällen, bei denen die MRE-Komplexbehandlung zu deutlich höheren (Tages-)Kosten führt; MRE-Komplexbehandlung ist nun zusätzlich gruppierungsrelevant in der Prä-MDC sowie einigen MDCs)
- die multimodale Schmerztherapie wurde nach der Behandlungsdauer gesplittet (Split der Schmerztherapie-DRGs B47 und I42 jeweils in eine DRG ab 7 und eine DRG ab 14 Behandlungstage)
- Die Skala der sich aus Nebendiagnosen errechnenden patientenbezogenen Schweregradstufen wurde für die Abbildung hochaufwendiger Fälle erweitert (Einführung eines patientenbezogenen Gesamtschweregrades PCCL > 4)

Entgeltssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Nachdem mit dem PEPP-Katalog im letzten Jahr die Methodik zur Berechnung der PEPP-Bewertungsrelationen grundlegend angepasst und erstmalig ergänzende Tagesentgelte eingeführt wurden, stellt die Weiterentwicklung des Kataloges für 2016 eine Konsolidierung der neuen Methodik dar. Der Katalog weist insofern im Vergleich zu 2015 keine grundlegenden Neuerungen auf, sondern eine Vielzahl von Detailverbesserungen. Hierzu hat das InEK auf einer durch die Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung gestellten, nochmals erweiterten Datenbasis sämtliche zur Verfügung stehenden Merkmale überprüft.

In die Kalkulation des PEPP-Systems 2016 flossen von 94 Einrichtungen (2015: 85) Daten von 256.634 (Vorjahr 236.568) vollstationären und 38.490 (2015: 36.076) teilstationären Fällen. Nach Fallzusammenführungen und ohne rein vorstationäre Fälle, Begleitpersonen und unvollständig kalkulierte Überlieger verblieb eine Kalkulationsmenge von 207.746 vollstationären und 33.334 teilstationären Fällen aus 101 Einrichtungen.

Mitte Februar 2016 haben sich der Bundesgesundheitsminister und die Gesundheitspolitiker der Fraktionen mit Vertretern der Fachverbände und der Selbstverwaltung auf gemeinsame Eckpunkte zur Weiterentwicklung des PEPP geeinigt. Diese sollen noch 2016 gesetzlich umgesetzt werden. Anlass für die Neuausrichtung war die Aussage im Koalitionsvertrag, dass für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik an dem Grundsatz von Leistungsorientierung und mehr Transparenz festgehalten werden sollte und zugleich notwendige systematische Veränderungen zu prüfen seien. Zudem werde die Förderung der sektorenübergreifenden Behandlung angestrebt. Ende April 2014 war eine grundsätzliche Prüfung des Entgeltsystems durch das BMG beschlossen worden. Stichworte die die vorgesehene Neuausrichtung beschreiben sind: leistungsgerechtes Vergütungs- und Budgetsystem, das regionale Besonderheiten abbildet; Koppelung von Leistungsgerechtigkeit und Behandlungsaufwand mit evidenzbasierten Leitlinien; Entwicklung von Mindestpersonalvorgaben; Budgetbildung vor Ort; Krankenhausvergleich mit Transparenzgebot; sektorübergreifende Behandlung mit besonderer stationärer Leistungserbringung im heimischen Umfeld (Hometreatment).

Krankenhausreform

Der Bundestag hat am 10. Dezember 2015 das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) beschlossen (BGBl. 2015 I, 2229). Mit dem Gesetz, dessen wesentlicher Inhalt zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, soll die Qualität der Krankenhausversorgung in verschiedener Hinsicht konsequent verbessert werden. Zusätzlich zu Maßnahmen im Kontext der Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung erhalten die Krankenhäuser über ein Pflegestellen- und Hygieneförderprogramm erhebliche Zusatzmittel in den nächsten Jahren. Des Weiteren wird die Mengensteuerung in der stationären Versorgung neu ausgerichtet und die ambulante Notfallversorgung in den Krankenhäusern gestärkt. Nach Einschätzung des BMG ist für die Kostenträger in den kommenden fünf Jahren mit erheblichen Mehrausgaben von ca. 10 Mrd. Euro zu rechnen, denen aufgrund strukturell wirkender Maßnahmen Minderausgaben in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe gegenüberstehen sollen.

Privatkliniken und Umsatzsteuer

Im Zuge des Jahressteuergesetzes 2009 (BGBl. 2008 I, S. 2794) wurde die Besteuerung der Umsätze von Krankenhausbehandlungsleistungen auf eine neue Grundlage gestellt. Eine Umsatzsteuerbefreiung knüpft nunmehr nicht mehr an die Erfüllung der Kriterien des § 67 Abgabenordnung (AO) an, sondern bestimmt sich – sofern es sich nicht um eine Einrichtung des öffentlichen Rechts handelt – gemäß § 4 Nr. 14 Buchst. b S. 2 Doppelbuchst. aa UStG danach, ob die Klinik über eine Zulassung gem. § 108 SGB V verfügt.

Dass die Steuerfreiheit der Leistungserbringung in Krankenhäusern damit unter einen sozialversicherungsrechtlichen Bedarfsvorbehalt gestellt wird, hat

Fragen nach einer Vereinbarkeit mit Unionsrecht aufgeworfen. Der Bundesfinanzhof (BFH) befand jüngst in zwei Entscheidungen (Urteil vom 23.10.2014, V R 20/14; Urteil v. 18.3.2015, XI R 38/13) unter Verweis auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), dass eine Befugnis zur Kontingentierung von Steuerbefreiungen im Heilbehandlungsbereich nur zugunsten bestimmter Unternehmer nach Maßgabe der Bedarfslage Art. 132 Abs. 1 Buchst. b Mehrwertsteuersystemrichtlinie (MwStSystRL) nicht zu entnehmen sei und nicht im Einklang mit dem vom EuGH betonten Erfordernis, Gleichbehandlung sicherzustellen und die gleichen Dienstleistungen in vergleichbaren Situationen von der Steuer zu befreien, stehe. Aufgrund der Unionsrechtswidrigkeit des nationalen Rechts könne sich ein Privatklinikträger zur Erbringung steuerfreier Leistungen somit unmittelbar auf Art. 132 Abs. 1 Buchst. b MwStSystRL als inhaltlich unbedingte und hinreichend genaue Bestimmung berufen, sofern er Krankenhausbehandlungen unter Bedingungen erbringe, welche mit den Bedingungen für Krankenhäuser des öffentlichen Rechts „in sozialer Hinsicht“ vergleichbar seien.

Von einer solchen Vergleichbarkeit in sozialer Hinsicht kann bei verbundenen Privatkliniken im Sinne des § 17 Abs. 1 S. 5 KHG stets ausgegangen werden, da diese Einrichtungen identische akut-medizinische Leistungen wie ein gem. § 108 SGB V zugelassenes Plankrankenhaus erbringen und aufgrund der gesetzlichen Entgeltbindung vergleichbaren Finanzierungsbedingungen wie ein Plankrankenhaus unterliegen. Darüber hinaus können nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung auch reine Privatkliniken eine Steuerbefreiung geltend machen, wenn deren Ausstattung der Regelausstattung eines Plankrankenhauses entspricht und auch Beihilfeberechtigte und ggf. gesetzlich Versicherte auf Kostenerstattungsbasis behandelt werden.

Qualitätspartnerschaften mit ausgewählten Krankenhäusern

Der PKV-Verband geht Partnerschaften mit Krankenhäusern ein, die nachgewiesenermaßen überdurchschnittlich gute medizinische Leistungen erbringen.

Die vier Kriterien, die für eine Qualitätspartnerschaft zwischen Krankenhaus und PKV erfüllt sein müssen, sind:

1. Die Medizinqualität muss in relevanten/signifikanten Leistungsbereichen überdurchschnittlich sein (hier hat das Haus den Nachweis über die Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung zu erbringen, die über Zuschläge auf die Fallpauschalen auch von der PKV vergütet werden).
2. Die Leistungen der Wahlleistung Unterkunft müssen überdurchschnittlich gut und die Preise müssen mit dem PKV-Verband abgestimmt sein.
3. Die Klinik wird insgesamt (d.h. in ihrem gesamten Leistungsspektrum) als leistungsrechtlich unbedenklich eingestuft.
4. Das Haus muss am elektronischen Datenaustausch –DFÜ– teilnehmen.

Die Qualitätspartnerschaft ist nicht mit einer Sonderbehandlung von Privatpatienten verbunden. Bei der medizinischen Bewertung richtet sich der Verband nach den gesetzlich vorgegebenen Qualitätskriterien, die ausnahmslos für alle Patienten eines Krankenhauses gelten. Das Qualitätssiegel wird an Häuser vergeben, die in einem ganz konkreten Segment – zum Beispiel in der Behandlung der Herzschrittmacher-Erstimplantation, bei Gynäkologischen Operationen, der Mamma-Chirurgie und in der Geburtshilfe – überdurchschnittlich gute Leistungen nachweisen. So leistet die PKV einen wichtigen Beitrag zur besseren

Information aller Patienten über die medizinische Qualität im stationären Sektor und beschränkt sich nicht nur auf Fragen des Komforts in den Ein- und Zweibettzimmern.

Einen Überblick über die Qualitätspartner der PKV bietet die Internetseite www.derprivatpatient.de. Über die Krankenhaus-Suchfunktion können die Nutzer schnell und intuitiv einen passenden Qualitätspartner in ihrer Nähe finden, zum Beispiel über die Auswahl einer spezifischen Behandlungsleistung anhand eines Körpermodells. Zusätzlich können sich die Nutzer über die Preise der Kliniken für die Wahlleistung Unterkunft informieren und nachschauen, ob die Einrichtung beispielsweise am Klinik-Card-Verfahren teilnimmt.

Zuschläge für Ein- und Zweibettzimmer

Die folgenden Tabellen stellen die Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge im Vergleich der Jahre 2014 und 2015 dar.

Einbettzimmerzuschläge nach Ländern	2015 in Euro	2014 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	95,95	94,43	+ 1,61
Baden-Württemberg	95,51	93,52	+ 2,13
Bayern	97,85	96,51	+ 1,39
Berlin	121,70	121,57	+ 0,11
Brandenburg	76,04	74,18	+ 2,51
Bremen	96,49	97,43	- 0,96
Hamburg	106,99	99,28	+ 7,77
Hessen	95,75	98,17	- 2,47
Mecklenburg-Vorpommern	87,20	89,56	- 2,64
Niedersachsen	92,11	88,26	+ 4,36
Nordrhein-Westfalen	101,50	99,13	+ 2,39
Rheinland-Pfalz	94,17	92,75	+ 1,53
Saarland	93,41	92,86	+ 0,59
Sachsen	74,03	75,11	- 1,44
Sachsen-Anhalt	71,01	70,37	+ 0,91
Schleswig-Holstein	87,25	87,05	+ 0,23
Thüringen	95,99	96,46	- 0,49

R15/3402

Zweibettzimmerzuschläge nach Ländern	2015 in Euro	2014 in Euro	Veränderung in Prozent
bundesweit	49,20	48,28	+ 1,91
Baden-Württemberg	48,29	47,54	+ 1,58
Bayern	49,33	48,14	+ 2,47
Berlin	48,82	49,48	- 1,33
Brandenburg	40,63	39,64	+ 2,50
Bremen	49,65	50,89	- 2,44
Hamburg	54,10	49,92	+ 8,37
Hessen	47,36	47,51	- 0,32
Mecklenburg-Vorpommern	34,18	35,72	- 4,31
Niedersachsen	47,44	45,43	+ 4,42
Nordrhein-Westfalen	54,71	53,45	+ 2,36
Rheinland-Pfalz	49,82	49,01	+ 1,65
Saarland	44,63	43,94	+ 1,57
Sachsen	36,42	37,57	- 3,06
Sachsen-Anhalt	32,12	31,64	+ 1,52
Schleswig-Holstein	47,38	46,78	+ 1,28
Thüringen	47,59	48,28	- 1,43

R15/3403

3.5 Private Pflegepflichtversicherung

Beiträge

Der monatliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist zum 1. Januar 2015 auf 96,94 Euro (Vorjahr: 83,02 Euro) gestiegen. Der Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation der Beitragsbemessungsgrenze (4.125,00 Euro) mit dem zum 1. Januar 2015 von 1,95 Prozent auf 2,35 Prozent erhöhten Beitragssatz. Für Versicherte mit Beihilfeanspruch gilt gesetzlich der halbe Höchstbeitrag, also 48,47 Euro (Vorjahr: 41,51 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 2015 also 38,78 Euro (Vorjahr 33,21 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

Höchstbeiträge 2015

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.

Beitragszuschlag für
Kinderlose

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.

Höchstbeiträge für
Versicherte des Basistarifs

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

Studentenbeitrag,
Anwartschaftsversicherung

Der Beitrag für die über 25 Jahre alten und damit nicht mehr beitragsfreien Studenten (nur Tarifstufe PVN) lag für 2015 bei 8,43 Euro monatlich. Für die Anwartschaftsversicherung, die für Zeiten einer Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) abgeschlossen werden kann, lag der Beitrag im Jahr 2015 bei 6,05 Euro monatlich in der Tarifstufe PVN. Die tatsächlich erhobenen Beiträge konnten wegen abweichender Kostensätze der Versicherungsunternehmen abweichend ausfallen.

Koalitionsvertrag

Gesetzgebung zur Pflege

Zur Umsetzung der im Koalitionsvertrages vom 16. Dezember 2013 zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarten Neuregelungen zum Thema Pflege hat die Bundesregierung verschiedene Gesetze eingebracht, die Auswirkungen auf die private Pflegepflichtversicherung, aber auch auf die private Kranken- und die ergänzende Pflegeversicherung haben.

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Mit dem Zweiten Gesetz zur pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I, Seite 2424) folgt nach dem PSG I, das zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist (Rechenschaftsbericht 2014, Seite 68 f.), die zweite Stufe der Pflegereform in der laufenden Legislaturperiode. Schwerpunkt des PSG II ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit fünf Pflegegraden und eines neuen Begutachtungs-Assessments (NBA) sowie des korrespondierenden

Leistungsrechts. Die neue Begutachtungssystematik war vorher auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erprobt und wissenschaftlich ausgewertet worden (Rechenschaftsbericht 2014, Seite 70 f.). Mit dem Präventionsgesetz sind zudem bereits im Juli 2015 die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen worden, dass der GKV-Spitzenverband mit den Vorarbeiten für die neuen Begutachtungs-Richtlinien beginnen konnte (§ 17a SGB XI).

Das PSG II tritt in seinen wesentlichen Teilen in zwei Etappen in Kraft:

Hierzu gehören Regelungen für eine verbesserte Pflegeberatung, u.a. durch eine neue Pflegeberatungsrichtlinie, zur Vorbereitung auf die Änderung des Begutachtungsverfahrens, u.a. durch das Aussetzen der Wiederholungsbegutachtungen und zu dessen fachlicher und wissenschaftlicher Begleitung, u.a. durch das Einrichten eines Begleitremiums, dem auch die PKV angehört. Weitere Regelungen betreffen die notwendige Neuverhandlung der Entgelte der Pflegeeinrichtungen, die bisher auf die drei Pflegestufen abgestimmt sind und die an die Pflegegrade angepasst werden müssen. Breiten Raum im PSG II nehmen darüber hinaus Regelungen zur Neustrukturierung des Systems der Qualitätsbewertung und Qualitätsdarstellung („Pflege-TÜV“) und zur Personalbemessung in der Pflege ein.

Für die PKV besonders bedeutsam ist ihr verbesserter Zugang zu den Informationen über die Leistungen und Preise der Pflegeeinrichtungen: die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist nach § 7 Absatz 3 SGB XI nicht nur den Pflegekassen, sondern auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. zur Wahrung seiner Aufgaben nach dem SGB XI zur Verfügung zu stellen. Die PKV erhält damit erstmals einen umfassenden gesetzlichen Zugang zu allen Informationen, die zur Beratung der Versicherten und zur Leistungsbearbeitung erforderlich sind.

Zu den leistungsrechtlichen Änderungen ab dem 1. Januar 2016 zählen:

- Ein Beratungstermin für die Pflegeberatung ist dem Antragsteller nicht nur im Zusammenhang mit dem Erstantrag anzubieten, sondern auch bei weiteren Anträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder zu Leistungen.
- Die Aufstockung der Verhinderungspflege aus dem Budget der Kurzzeitpflege um bis zu 806,00 Euro ist für alle Fälle möglich, in denen der maximale Leistungsbetrag der Verhinderungspflege 1.612 Euro sein kann.
- Kurzzeitpflege kann für acht statt vier Wochen pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.
- Anspruch auf hälftiges (anteiliges) Pflegegeld besteht für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr (Kurzzeitpflege) bzw. für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr (Verhinderungspflege).
- Die Mitteilungspflichten der Pflegeversicherer an die Beihilfe bei Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld werden erweitert.

Neuregelungen zum 1. Januar 2017

Zum 1. Januar 2017 wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit fünf Pflegegraden statt den bisherigen drei Pflegestufen eingeführt. Pflegebedürftigkeit wird danach als Beeinträchtigung der Selbständigkeit auf der Grundlage von Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen in sechs Bereichen (Modulen) definiert:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Neuregelungen zum
1. Januar 2016 (Artikel 1
PSG II)

Neuer
Pflegebedürftigkeitsbegriff

- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder die Fähigkeitsstörungen werden entsprechend ihrer Ausprägung, Häufigkeit oder Dauer in allen sechs Modulen vom Gutachter des Medizinischen Dienstes bzw. von MEDICPROOF erhoben. Daraufhin erfolgt eine Zuordnung der summierten Einzelpunktwerte pro Modul auf Punktbereiche (0 bis 4) sowie eine Gewichtung der in den Modulen erreichten Punktbereiche. Schließlich erfolgt die Zuordnung der addierten gewichteten Punktwerte zu einem Pflegegrad (vgl. Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI). Für pflegebedürftige Kinder bestehen besondere Regelungen. Da die PPV die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung nach einer Pflegestufe nach denselben Maßstäben und Grundsätzen wie die SPV vornehmen muss (§ 23 Absatz 6 Satz 1 SGB XI), ist sie über ihren medizinischen Dienst MEDICPROOF in die Erarbeitung der neuen Begutachtungsrichtlinien als den maßgeblichen Vorschriften für die Gutachterinnen und Gutachter durch den GKV-Spitzenverband und dessen Medizinischen Dienst (MDS) beteiligt worden. Dadurch ist zugleich sichergestellt worden, dass die PPV über alle erforderlichen Informationen für die sehr umfangreichen Vorbereitungen auf das neue Begutachtungsverfahren verfügen konnte.

Leistungen nach dem PSG II

Die Leistungen werden an die Systematik der Pflegegrade angepasst. Die Leistung häusliche Pflegehilfe bezieht sich künftig auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Hinzu treten pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Für alle (teil-)stationär betreuten Pflegebedürftigen wird ein individueller Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung begründet. Leistungen bei Pflegegrad 1 werden mit dem Ziel definiert, möglichst lange zu Hause leben zu können. Die rentenversicherungsrechtliche Absicherung von Pflegepersonen (Pflegetätigkeit von mindestens 10 Stunden und zwei Tagen pro Woche, je nach Pflegegrad und prozentualem Anteil des Sachleistungsbezugs) gilt nicht für den Pflegegrad 1. Bei stationärer Pflege müssen die Einrichtungen einheitliche Eigenanteile für die Pflegekosten festlegen, d.h., der Eigenanteil wird unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit. Hinzu kommen, wie bisher, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und besonders berechenbare Investitionskosten.

Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen

Für Personen, die bei der Umstellung bereits einen Leistungsanspruch haben, werden ohne erneute Antragstellung und Begutachtung mittels der nachstehend wiedergegebenen Tabelle von Pflegestufen in Pflegegrade übergeleitet. Ihnen bleibt der zugewiesene Pflegegrad auch dann erhalten, wenn sich die Pflegebedürftigkeit später verringert, solange sie nicht völlig entfällt.

Überleitungstabelle nach § 140 Absatz 2 SGB XI

Einstufung am 31.12.2016	Einstufung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

R15/3501

Diese Personen erhalten Besitzstandsschutz für regelmäßig wiederkehrende Leistungen, damit sie nicht schlechter gestellt sind, als vor der Umstellung.

Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die die Pflegepflichtversicherung betreiben, hat der PKV-Verband im Rahmen des § 111 SGB XI Auslegungshinweise zu den leistungsrechtlichen Regelungen des PSG II erstellt. Sie dienen einer einheitlichen Anwendung der gesetzlichen Regelungen, die Bestandteil der privaten Versicherungsverträge werden. In die Beratungen dazu waren auch Vertreter der Beihilfe eingebunden, da Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall weit überwiegend privat pflegeversichert sind und die Leistungsentscheidungen beider Kostenträger sich gegenseitig ergänzen.

Vor dem Hintergrund einer teilweise heftigen Kritik an den Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen und insbesondere an der öffentlichen Darstellung der Ergebnisse dieser Prüfungen in Form „Pflelegenoten“ sieht das PSG II hierzu umfangreiche Neuregelungen vor. Verbesserte Regeln und Kriterien für die Qualitätsprüfungen sollen durch den neuen Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI, als Nachfolgegremium der bisherigen Schiedsstelle nach § 113b SGB XI, festgelegt werden. Neben den Kostenträgern und den Leistungserbringern wirken darin die Pflegeberufsverbände, der MDS und die Interessenvertreter der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen mit. Verbessert werden soll durch den Ausschuss auch die Art und Weise der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen. Zur Unterstützung des Qualitätsausschusses sind einerseits wissenschaftliche Aufträge zu vergeben und andererseits ist eine qualifizierte Geschäftsstelle einzurichten. Die Finanzierung der Geschäftsstelle und der Aufträge erfolgt ausschließlich aus Mitteln der Pflegeversicherung, an denen sich neben der sozialen Pflegeversicherung auch die private Pflegepflichtversicherung mit 10 Prozent zu beteiligen hat, sofern der PKV-Verband von seinem

Auslegungshinweise der PKV

Qualitätsausschuss

Recht, Mitglied im Qualitätsausschuss zu werden, Gebrauch macht. Um auch hier Einfluss auf die Pflegequalität nehmen zu können und wegen der Bindungswirkung der Festlegungen des Qualitätsausschusses für seinen Prüfdienst (s.u.) wird der PKV-Verband von diesem Mitgliedschaftsrecht Gebrauch machen. Die Kosten des Qualitätsausschusses sollen laut Gesetzesbegründung insgesamt rund 750.000 Euro jährlich über einen Zeitraum von fünf Jahren betragen.

Für den Qualitätsausschuss gilt nach § 113b Abs. 4 SGB XI folgender Arbeits- und Zeitplan:

- Bis 31. März 2017 Instrumente zur Prüfung der Qualität in der stationären Pflege sowie für die Qualitätsberichterstattung entwickeln.
- Bis 31. März 2017 ein Datenerhebungsinstrument, ein Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten sowie eine Bewertungssystematik für die stationäre Pflege entwickeln.
- Bis 30. Juni 2017 Instrumente zur Prüfung der Qualität in der ambulanten Pflege entwickeln und erproben sowie bis 31. März 2018 einen Abschlussbericht hierzu vorlegen.
- Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität entwickeln.
- Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und Vorschläge für die Anpassung unterbreiten.
- Ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickeln.

Neu in diesem Verfahren ist der Konfliktlösungsmechanismus: Findet keine Einigung im Qualitätsausschuss statt, tritt der erweiterte Qualitätsausschuss zusammen. Dieser setzt sich aus den Mitgliedern des Qualitätsausschusses erweitert um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zusammen. Als unparteiischer Vorsitzender wurde durch das BMG der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann und als dessen Stellvertreter durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI der bisherige Vorsitzende der Schiedsstelle Dr. Engelmann, benannt.

Aufgrund der großen Bedeutung der Personalausstattung für die Qualität der Pflege soll außerdem ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen bis zum 30. Juni 2020 entwickelt und erprobt werden (§ 113c SGB XI). An den kalkulierten Kosten von ca. 380.000 Euro jährlich, hat sich die PKV mit 10 Prozent zu beteiligen.

Musterbedingungen MB/PPV 2015

Zum 1. Januar 2016 ist keine Anpassung der MB/PPV und auch keine Beitragsanpassung erfolgt. Über die neuen Leistungsansprüche wurden die Versicherten durch die Versicherungsunternehmen informiert; der Erhalt von Leistungen erfolgt auf Grundlage von § 1 Absatz 10 MB/PPV 2015 aufgrund der gesetzlichen Vorgaben.

Eine Anpassung der MB/PPV an sämtliche Änderungen erfolgt stattdessen zum 1. Januar 2017. Auf Basis des Pflegestärkungsgesetzes II (BGBl. I 2015, 2424) und weiterer Gesetzesänderungen werden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (Musterbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung – MB/PPV 2017) zur Erfüllung des Gleichwertigkeitsgebots nach § 23 Abs. 1 SGB XI mit Zustimmung eines juristischen Treuhänders nach § 203 Abs. 3 VVG angepasst. Zugleich erfolgt auch eine Anpassung der Beiträge, an die erweiterten Leistungen der PPV. § 143 SGB XI stellt dazu aus Anlass

der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab dem 1. Januar 2017 eine besondere Rechtsgrundlage dar, die diejenige nach § 203 SGB XI ergänzt.

Das Sonderanpassungsrecht des § 143 SGB XI betrifft dabei auch die ergänzende Pflegeversicherung. Voraussetzung ist ein Pflegeversicherungsvertrag, bei dem die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird und bei dem das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können auch für den Bestand an den neuen Pflegebegriff angepasst werden. Weitere Voraussetzung ist, dass es sich um einen Tarif handelt, bei dem der Versicherungsfall durch den Pflegebegriff des SGB XI bestimmt wird. In der PPV und in der staatlich geförderten Pflegeergänzungsversicherung (GEPV) ist die Anpassung aufgrund des Gleichwertigkeitsgebots bzw. aufgrund der gesetzlichen Fördervoraussetzungen zwingend erforderlich.

Im Rahmen der Neukalkulation können die technischen Berechnungsgrundlagen so geändert werden, dass die Leistungen an die neuen Pflegegrade angepasst werden. Die Prämien können für den Bestand entsprechend geändert werden. Für die PPV hat der PKV-Verband seinen Mitgliedsunternehmen dazu im Februar 2016 eine Musterkalkulation zur Verfügung gestellt. Für die ergänzende Pflegeversicherung hat die Deutsche Aktuarvereinigung e.V. durch seinen Ausschuss Krankenversicherung im Februar 2016 einen Ergebnisbericht zum Thema „Anpassung der Pflege tarife an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“ erstellt. Dieser Ergebnisbericht gibt dem Aktuar der privaten Krankenversicherung Verfahren an die Hand, die Anpassung der Tarife in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), der Geförderten Ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV) und der ungeförderten Pflegeergänzungsversicherung (EPV) angemessen durchzuführen.

Weitere Gesetzgebungsverfahren zur Pflege

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG, BGBl. I 2015, 2114) haben sich mit Inkrafttreten am 8. Dezember 2015 u. a. Änderungen in § 39a SGB V ergeben. Der bisherige Eigenanteil von stationären Hospizen in Höhe von 10 Prozent wurde – wie bislang bereits bei Kinderhospizen – einheitlich auf 5 Prozent festgelegt. Der Zuschuss der Krankenversicherung – der jedoch keine praktische Wirkung entfaltet – wurde auf 9 Prozent (bisher 7 Prozent) der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erhöht. Ab dem 8. Dezember 2015 betrug dieser 255,15 Euro und ab dem 1. Januar 2016 wurde er auf 261,45 Euro erhöht. Die individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung erfolgt für die Versicherten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung durch das Tochterunternehmen compass private Pflegeberatung GmbH.

Kommunales Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Die Umsetzung der bereits am 12. Mai 2015 vorgelegten Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung und zum Ausbau der Rolle der Kommunen in der Pflege soll durch ein Kommunales Pflegestärkungsgesetz (PSG III) erfolgen. Ein Referentenentwurf soll hierzu im April 2016 vorgelegt werden.

Mit den durch die Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Maßnahmen sollen angemessene Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstrukturen vor Ort und effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen inklusive einer besseren Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge und im Rahmen der

Rolle der Kommunen als Sozialleistungsträger mit den Beratungsangeboten und -aufgaben der Pflegekassen sichergestellt werden. Auf die möglichen Auswirkungen auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens besonders zu achten sein. Insbesondere die Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen durch „Modellkommunen Pflege“ erscheinen dabei problematisch. Die Beratungsansprüche/-pflichten nach dem SGB XI sollen von „Modellkommunen Pflege“ mit Beratungsansprüchen/-pflichten zu weiteren Sozialleistungen, die in (Finanzierungs-) Verantwortung der Kommunen geleistet werden, in ein Gesamtkonzept eingebunden und in eigener Verantwortung oder in Kooperation mit anderen erbracht werden können. Die Pflegeberatung soll dabei z.B. in kommunaler Verantwortung durchgeführt – jedoch durch die Pflegeversicherung finanziert werden. Eine Mitfinanzierung durch die Pflegeversicherung wird von der PKV als nicht sachgerecht und rechtlich unzulässig abgelehnt.

Pflegeberufereformgesetz

Ein Referentenentwurf für das Pflegeberufereformgesetz wurde am 26. November 2015 vorgelegt. Mit diesem Gesetz wird eine neue Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsbild geschaffen, welches zu einer Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufs und einer Steigerung der Qualität der Pflege beitragen soll. Diese Ziele sollen durch eine neue generalistische berufliche Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, eine einheitliche Finanzierung der Pflegeausbildung und der Einführung eines Pflegestudiums erreicht werden.

Anlässlich der Verbändeanhörung am 10. Dezember 2015 hat die PKV in einer schriftlichen Stellungnahme der Idee einer generalistischen Pflegeausbildung grundsätzlich zugestimmt. Die PKV hat auch den Aufruf zur Unterstützung der generalistischen Ausbildung auf der Internetseite www.generalistikjetzt.de vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, unterstützt. Gegen die geplante Mitfinanzierung der Mehrkosten durch die Pflegeversicherung wurden jedoch Einwände erhoben. Die Finanzierung der neuen Pflegeausbildung soll zukünftig durch einen Ausgleichsfonds erfolgen. An dessen Finanzierung soll sich auch die private und soziale Pflegeversicherung beteiligen. Der sozialen Pflegeversicherung entstehen durch diese Finanzierungsverpflichtung in Höhe von 3,6 Prozent der jährlichen Gesamtkosten der Pflegeausbildung Mehrkosten in Höhe von rd. 100 Mio. Euro pro Jahr. Die private Pflegepflichtversicherung soll 10 Prozent davon erstatten. Durch diese Direktzahlung der Pflegeversicherung sollen die Pflegebedürftigen vor steigenden Kosten in Folge verbesserter Ausbildung geschützt werden. Dies widerspricht jedoch der gesetzlichen Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Teilkostenabsicherung. Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung hat sich die PKV für eine Finanzierung über Steuermittel ausgesprochen.

Die 1. Lesung im Bundestag ist am 18. März 2016, die 2./3. Lesung im Bundestag soll voraussichtlich am 9./10. Juni 2016 stattfinden. Vorbereitende Regelungen des Gesetzes sollen bereits zum 1. Januar 2017 in Kraft treten; die neue Pflegeausbildung soll ab dem 1. Januar 2018 möglich sein. Angesichts starker Widerstände ist mit einer Verzögerung zu rechnen.

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

Pflegeberatung in der PPV – compass private Pflegeberatung

compass private pflegeberatung GmbH blickt auf ein erfolgreiches Geschäftsjahr 2015 zurück. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vor Ort und am Telefon haben insgesamt rund 116.000 Gespräche mit Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen geführt. Dabei fanden mehr als 60.000 Gespräche in der Pflegeberatung vor Ort statt.

Das wichtigste Thema in diesen Beratungsgesprächen: Die Entlastung der Angehörigen. In rund 30 Prozent der Beratungen stand dies im Vordergrund. Hinzu kommen weitere elf Prozent, in denen die Beraterinnen und Berater Informationen über Kurzzeit- und Verhinderungspflege weitergaben. In rund 13 Prozent der Gespräche haben die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die Ratsuchenden bei der Vorbereitung auf den Termin mit dem Gutachter von MEDICPROOF unterstützt.

compass hat 2015 den Kundenkreis erweitert. Das Tochterunternehmen des PKV-Verbandes erbringt seit Oktober 2015 auch für gesetzlich Versicherte die telefonische und aufsuchende Pflegeberatung. Die Erfahrungen des ersten Quartals der Zusammenarbeit sind positiv. Das Nachfrageverhalten der gesetzlich Versicherten entspricht weitgehend dem der privat Versicherten.

Seit 2015 bietet compass die Pflegeberatung auch im Rahmen von Pflegezusatzversicherten an. Aktuell haben zwei Versicherer das Beratungsangebot in neu aufgelegte Tarife integriert.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) hat der Gesetzgeber den Anspruch auf eine aufsuchende Pflegeberatung bei den Ratsuchenden zu Hause noch einmal ausgeweitet. Zudem dehnt das PSG II den Beratungsanspruch auf weitere Personengruppen aus. So kann ein größerer Kreis von Angehörigen die Pflegeberatung selbst in Anspruch nehmen. Im laufenden Jahr rechnet compass daher mit einer weiter steigenden Nachfrage. 2017 stellt der Gesetzgeber dann die drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade um. compass geht davon aus, dass dies bereits 2016 zu einem vermehrten Informationsbedarf bei den Pflegebedürftigen und ihren Familien führt und rechnet für 2017 mit einem noch einmal deutlichen Anstieg. Daher verstärkt das Unternehmen die Teams vor Ort und in der Telefonberatung durch neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Um insbesondere dem gestiegenen Anrufaufkommen in der Zentrale zu entsprechen und die direkte Annahme stabil zu halten, hat compass 2015 zwei weitere telefonische Beratungsteams am Standort Leipzig etabliert.

Die Vernetzung mit anderen Akteuren der gesundheitlich-sozialen Versorgung in der Region ist ein wichtiger Aspekt für eine qualitativ hochwertige Pflegeberatung. Daher stellt die klientenbezogene und strukturelle Vernetzung der Beraterinnen und Berater vor Ort einen wichtigen Teil der Arbeit dar. compass-Beraterinnen und Berater sind in 80 Pflegekonferenzen bundesweit vertreten. Hinzu kommen 260 weitere Gremien in denen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbringen, um das Unterstützungsangebot in der jeweiligen Region zu verbessern.

compass unterzieht sich einer externen Qualitätstestung. Diese führt die Apollon-Hochschule in Bremen durch. Die Qualitätstestung besteht aus drei Teilen. Neben einer Klientenbefragung und der Bewertung der Konzepte und Dokumentationsunterlagen testen sogenannte Mystery-Shopper das telefonische und das aufsuchende Beratungsangebot nach im Vorfeld von der Hochschule festgelegten Standards. Ergebnisse der Qualitätstestung liegen im Frühjahr 2016 vor.

Weiterhin steigende Nachfrage – Pflegeberatung auch für gesetzlich Versicherte – geprüfte Qualität

Qualität der Pflege

Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

Im Jahr 2015 konnte der Prüfdienst der PKV sein 5-jähriges Bestehen feiern. Seit Gründung der Abteilung „Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen“ wurden über 10.000 Prüfungen in allen Bundesländern durchgeführt.

Qualitätsprüfungen

2015 hat der Prüfdienst der PKV ca. 2.850 Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt, davon 88 Anlass- und Wiederholungsprüfungen. Dies entspricht einer Steigerung im Vergleich zum Vorjahr von 8,8 Prozent. Die vereinbarte Prüflast von 10 Prozent aller Prüfungen wurde auch 2015 wieder vollständig erfüllt.

Zusammenarbeit mit GKV Spitzenverband, MDK und Aufsichtsbehörden (Heimaufsichten)

In allen Bundesländern finden regelmäßig Gespräche mit anderen Prüfdiensten statt, um eine möglichst einheitliche Arbeitsweise im Bereich der Durchführung von Qualitätsprüfungen abzustimmen. Hintergrund ist der Wille des Gesetzgebers, Doppelprüfungen zu vermeiden. In diesen Arbeitsgruppen auf Landesebene geht es unter anderem um die Abstimmung bei gemeinsamen Prüfeinsätzen, inwieweit es gemeinsame Prüfgrundlagen gibt und wie diese angewendet werden können. Da die verschiedenen Bundesländer im Bereich der Heimaufsicht nicht immer einheitliche Vorgehensweisen aufweisen, gilt es die Regelungen der Zusammenarbeit auf Landesebene zu klären.

Zusammen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) wirkt der Prüfdienst der PKV mit an der Umsetzung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (QS-Ri QP). Gemeinsam wurden „Witnessaudits“ durchgeführt und ausgewertet. Dabei beobachten die Prüfdienste gegenseitig die Anwendung der Prüfvorgaben und erarbeiten gemeinsame Sichtweisen zur Umsetzung der Prüfungen. Beim Prüfdienst der PKV sind acht Witnessaudits durch den MDK durchgeführt worden. 18 Witnessaudits erfolgten durch den Prüfdienst der PKV bei verschiedenen MDK. Erstmals wurde auch ein externes Audit durch Prof. Dr. med. Wilfried H. Jäckel von der ZeQ AG durchgeführt. Die externen Audits sind Teil des Qualitätssicherungsprogramms der Qualitätsprüfung gemäß den Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 114 ff SGB XI.

Personelle Ausstattung des Prüfdienstes der PKV

Zur Bewältigung der gestiegenen Prüflast wurde die personelle Ausstattung des Prüfdienstes der PKV im Jahr 2015 um 10 Stellen für Qualitätsprüfer/Auditoren auf nunmehr 127 Planstellen erweitert, die durch 133 Personen besetzt sind. Die Steuerung der operativen Abläufe erfolgt weiterhin durch 17 Mitarbeiter in der Kölner Zentrale.

Fortbildungen

Im Jahr 2015 wurden die Mitarbeiter der Fläche und Zentrale insgesamt 5.863 Stunden geschult. Fahrsicherheitstraining, effizientes Schreiben von Prüfberichten und Kommunikation in schwierigen Prüfsituationen standen dabei im Mittelpunkt. Fortbildungsbedarf hat auch das Projekt der Bundesregierung

„Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ ausgelöst. Hierdurch wurde flächendeckend mehrtägige Schulungen aller mit der Durchführung der Qualitätsprüfung betrauten Mitarbeiter erforderlich.

Aufrechterhaltung des Zertifikates des TÜV Rheinland

Die Gültigkeit des Zertifikates nach DIN EN ISO 9001:2008 des TÜV Rheinland wurde 2015 im Rahmen des zweiten Kontrollaudits ohne Abweichung bestätigt. Damit wurden der Nachweis einer normkonformen Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und der Management-Kompetenz erneut erbracht.

Zufriedenheitsbefragungen

Die stationären, ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die einer Qualitätsprüfung durch den Prüfdienst der PKV unterzogen worden sind, wurden systematisch zur Zufriedenheit nach der Prüfung befragt. Bei einer Antwortquote von 54 Prozent zeigten sich 98 Prozent zufrieden oder überwiegend zufrieden.

Die Landesverbände der Pflegekassen als Auftraggeber des Prüfdienstes der PKV wurden ebenfalls nach ihrer Zufriedenheit befragt. Hier betrug die Rücklaufquote von 51 Prozent. Zufrieden oder überwiegend zufrieden waren 96 Prozent.

Jahrestreffen

Am vierten Jahrestreffen des Prüfdienstes der PKV, das im November 2015 in Potsdam stattfand, nahmen ca. 200 Personen teil. Neben den Prüferinnen und Prüfern waren dies Gäste, z. B. aus den Landesverbänden der Pflegekassen und Referenten aus der Politik, der Wirtschaft und der Wissenschaft. Thematisch lag der Schwerpunkt erneut auf Fragen der Qualität und der Qualitätsprüfung und -darstellung in der Pflege.

Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI

Unter Beteiligung der PKV ist 2015 eine Anpassung der PTVA erfolgt. Mangels Einigung der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI musste die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI dazu eine Entscheidung fällen. Die Neuregelungen sollen mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wirksam werden.

Die PKV hat im Beteiligungsverfahren nach § 115 Abs. 1 Satz 9 SGB XI die Notwendigkeit der Anpassung bekräftigt und ist für eine Schärfung des Systems der Pflege-Noten eingetreten. Das Versagen der Qualitätsdarstellung führt die PKV auf eine Überforderung der Selbstverwaltung zurück und setzt sich für mehr gesetzliche Rahmenregelungen ein. Mit der Weiterentwicklung der bisherigen Schiedsstelle zum Qualitätsausschuss durch das PSG II hat der Gesetzgeber an den hergebrachten Strukturen jedoch im Prinzip festgehalten. Immerhin hat er durch die Berufung eines unabhängigen Vorsitzenden (§ 113 b Absatz 3 Satz 1 SGB XI) sichergestellt, dass eine Pattsituation nicht zu einer Blockade der Entscheidung führt.

Auch die PTVS sind mit Blick auf die künftige Umstellung auf Pflegegrade zu überarbeiten. Ein entsprechender Entwurf liegt vor.

Aufgrund des PSG II müssen seit dem 1. Januar 2016 in allen Pflegediensten auch Abrechnungsprüfungen vorgenommen werden (§ 114 Abs. 2 Satz 6 SGB XI). Dazu muss eine Anpassung der QPR erfolgen. Hierzu ist ein Entwurf erstellt worden. Im Rahmen einer Pilotierungsphase sind die neuen Bestimmungen bis Ende Mai 2016 zunächst auf ihre Praxistauglichkeit getestet worden. Im September

Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA)

Pflege-Transparenzvereinbarungen stationär (PTVS)

Qualitäts-Prüfungsrichtlinie (QPR)

2016 sollen die neuen QPR, die auch noch andere Änderungen enthalten, dem BMG zur Genehmigung übermittelt werden, so dass mit der Durchführung von Abrechnungsprüfungen noch im Jahr 2016 begonnen werden kann.

Gemeinsam für Menschen mit Demenz

Durch die Gestaltungspartner der Allianz für Menschen mit Demenz, welche bereits im Oktober 2012 im Rahmen der Demografiestrategie der Bundesregierung gegründet wurde, wurden die vereinbarten Beiträge bearbeitet und umgesetzt sowie der Aus- und Aufbau von „Lokalen Allianzen“ fortgeführt. Ein erster Zwischenbericht über die Aktivitäten der Allianz soll in der Woche für Menschen mit Demenz im September 2016 veröffentlicht werden.

Neben den bereits im Rechenschaftsbericht 2014 benannten Aktivitäten, die fortgeführt wurden, erfolgte eine Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit. Als Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit wurde die erstmalige Durchführung einer „Woche der Demenz“, die unter dem Leitgedanken "Demenz - Vergiss mich nicht" mit entsprechenden Aktivitäten der PKV und deren Tochterunternehmen compass private Pflegeberatung und MEDICPROOF unterstützt wurde.

Hierzu wurde im PKV-Newsletter auf die Woche der Demenz sowie die Allianz für Menschen mit Demenz hingewiesen. Das Verbandsmagazin PKV publik widmete sich mit einem Themen-Spezial der Woche der Demenz, u.a. mit einem Interview einer Demenz-Expertin aus der compass-Pflegeberatung. Über Ergebnisse einer repräsentativen INSA-Meinungsumfrage wurde auf www.pkv.de informiert und eine entsprechende Presseberichterstattung angestoßen. Ergänzend erfolgte eine Twitter-Meldung. Darüber hinaus wurde das Internetportal www.pflegeberatung.de zur Woche der Demenz um Informationen zur Allianz ergänzt.

Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

Durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, wird seit Januar 2015 das Projekt zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation mit dem Ziel einer Neuausrichtung der Dokumentationspraxis in der ambulanten und stationären Langzeitpflege gefördert.

Durch das beauftragte Projektbüro (Ein-STEP) und die ehemalige Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege, Elisabeth Beikirch, erfolgte die Schulung von insgesamt ca. 650 von den Verbänden der Leistungserbringer benannten Experten zum Konzept einer Pflegedokumentation. Durch Schulungen dieser Multiplikatoren soll das Wissen an die interessierten Pflegeeinrichtungen weitergegeben werden. Zusätzlich stehen diese Multiplikatoren vor Ort als Ansprechpartner bei der Umsetzung zur Verfügung. Neben diesen Multiplikatoren erfolgte auch die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei den Prüfinstanzen (PKV-Prüfdienst, MDK, Heimaufsicht), die dieses Projekt ebenfalls unterstützen.

Als Informationsplattform wurde ein Internetauftritt unter www.Ein-STEP.de eingerichtet, der u.a. speziell entwickeltes Schulungs- und Informationsmaterial vorhält. Auch zur Anmeldung für die Teilnahme am Projekt kann dieser genutzt werden.

Die PKV begleitet den Umsetzungsprozess auf Bundesebene im Lenkungsgremium sowie in allen auf Landesebene eingerichteten Kooperationsgremien. Darüber hinaus werden die Pflegeeinrichtungen im Rahmen der vom PKV-Prüfdienst durchgeführten Qualitätsprüfungen auch zu diesem Thema beraten.

Internetauftritt www.pflegeberatung.de

Das bereits seit Mitte des Jahres 2014 bestehende Internetangebot mit umfassenden Informationen zum Thema Pflege und einer umfangreichen Datenbank zu Pflegeeinrichtungen und sonstigen Anbietern wurde weiterentwickelt.

So wurde ein Suchassistent für die Suche nach dem richtigen Pflegeheim konzipiert, der unter Berücksichtigung der persönlichen Wünsche, z.B. der Lage, besonderer Serviceangebote und auch der Höhe des Eigenanteils, die in Frage kommenden Pflegeeinrichtungen auflistet.

Zur Umsetzung der Neuregelungen im PSG II hinsichtlich der Bereitstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten für pflegebedürftige Personen zu Pflegeeinrichtungen und Angeboten der niedrighschwelligigen Betreuung und Entlastung wurde die bereits erfolgende Veröffentlichung der Informationen zu Pflegeeinrichtungen und sonstigen Anbietern im Bereich „Meine Pflegesuche“ um die Anzeige der Kosten bei vollstationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Kurzzeitpflege und Anbietern von Hausnotruf ergänzt. Ergänzend hierzu ist auch die Implementierung einer Vergleichsfunktion für Einrichtungen vorgesehen. Entsprechende Funktionen sind auch für die Anzeige von ambulanten Pflegediensten und Anbietern von anerkannten Betreuungs- und Entlastungsangeboten geplant.

Eine Veröffentlichung der Informationen zu nach Landesrecht anerkannten Betreuungs- und Entlastungsangeboten kann erst nach Übermittlung der Daten durch die Landesverbände der Pflegekassen erfolgen. Aufgrund noch andauernder Abstimmungen mit den Bundesländern wird dies voraussichtlich erst Mitte des Jahres 2016 erfolgen können.

Recht der Versicherungsleistungen

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 11. Januar 2016 (Az. 1 BVR 2980/14) eine Verfassungsbeschwerde gegen den sogenannten „Pflegenotstand“ nicht zur Entscheidung angenommen. Die Beschwerdeführer wollten mit ihrer Verfassungsbeschwerde auf Missstände in Pflegeheimen aufmerksam machen. Sie hielten die Verletzung von Schutzpflichten der öffentlichen Gewalt gegenüber den Bewohnern aufgrund von gesetzgeberischer Untätigkeit für gegeben. Aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts ist die Beschwerde unzulässig, da sie nicht den an eine solche Beschwerde zu stellenden Begründungserfordernissen genügt. So werde nicht ausreichend substantiiert vorgetragen, dass der Gesetzgeber eine grundrechtliche Schutzpflicht durch ein grundgesetzwidriges Unterlassen verletzt habe. Denn nur in seltenen Ausnahmefällen lassen sich in der Verfassung konkrete Pflichten entnehmen, die den Gesetzgeber zu einem bestimmten Tätigwerden zwingen. Ansonsten bleibe die ihm die Aufstellung und normative Umsetzung eines Schutzkonzeptes überlassen und ihm komme dabei ein weiter Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum zu. Weiterhin sei auch nicht ausreichend substantiiert vorgetragen worden, dass die Beschwerdeführer selbst, gegenwärtig und unmittelbar in ihren Grundrechten verletzt seien. Pflegebedürftige können zwischen den für die Versorgung zugelassenen Pflegeheimen wählen und gegenüber grundrechtswidrigen Pflegemaßnahmen fachgerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen.

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 8. Oktober 2015 (Az. III ZR 93/15) festgestellt, dass auch bei Pflegeverträgen mit privat Versicherten die „streng formalisierte Betrachtungsweise“ aus der Gesetzlichen Krankenversicherung

Verfassungsbeschwerde
„Pflegenotstand“

Abrechnung von
Pflegeleistungen

anzuwenden ist, wenn die Parteien die sozialrechtlichen Abrechnungsgrundsätze durch Bezugnahme im Pflegevertrag zur Grundlage der privatrechtlichen Leistungsbeziehung gemacht haben. Im konkreten Fall verwies das gesamte Vertragswerk hinsichtlich der Leistungserbringung und Vergütungsregelung auf die Bestimmungen des SGB V. Es wurde hervorgehoben, dass der Pflegedienst mit den gesetzlichen Krankenkassen einen Vertrag nach § 132 a Abs. 2 SGB V geschlossen habe und entsprechend abrechnen könne. Zugleich wurde auch auf das mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarte Entgeltverzeichnis Bezug genommen. Der BGH folgerte hieraus, dass die Parteien hinsichtlich der Abrechnung der erbrachten Pflegeleistungen nicht zwischen gesetzlich und privat Versicherten differenzieren wollten. Daraus ergab sich, dass der Vergütungsanspruch des Pflegedienstes entfiel, soweit die eingesetzten Pflegekräfte nicht über die im Pflegevertrag vorausgesetzte Qualifikation verfügten. Dies gilt unabhängig davon, ob die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht wurden.

Überprüfbarkeit von Pflegegutachten

Am 22. April 2015 hat das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung zur Bindungswirkung von MEDICPROOF-Gutachten geändert (Az. B 3 P 8/13 R). Bisher wurden die Gutachten als Schiedsgutachten gem. § 84 VVG angesehen, dadurch waren Versicherte und Versicherer an die Feststellungen gebunden. Auch das Gericht war daran gebunden und konnte sie nur überprüfen, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abwichen oder der Gutachter konnte oder wollte die Feststellung nicht treffen oder verzögerte sie. Nun hat das Bundessozialgericht ausgeführt, dass § 84 VVG von § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI als speziellerer Regelung verdrängt wird. Die MEDICPROOF-Gutachten sind nun uneingeschränkt gerichtlich überprüfbar.

Vertragliche Fürsorgepflichten

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat mit Urteil vom 20. Mai 2015 (Az. L 10 P 134/14) entschieden, dass das für den Bereich der gesetzlichen Sozialleistungen entwickelte Meistbegünstigungsprinzip zur Vermeidung der Ungleichbehandlung Privatversicherter unter Berücksichtigung der vertraglichen Fürsorgepflichten auch im Bereich der privaten Pflegeversicherung Anwendung findet. Weiterhin hat es ausgeführt, dass sich für den Bereich des Zivilrechts aus dem Prinzip von Treu und Glauben nach § 242 BGB eine dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs vergleichbare Pflicht zur Herstellung des Zustandes, der bei ordnungsgemäßer Pflichterfüllung des Versicherungsträgers bestünde, abzuleiten ist. Insoweit sei eine Berufung auf eine verspätete Antragsstellung als Verstoß gegen Treu und Glauben zu werten, wenn dem Betroffenen kein Verschulden an der verspäteten Antragstellung trifft, weil die Versäumung der Antragsfrist ursächlich auf eine Verletzung der Beratungspflicht zurückzuführen ist. Eine solche ist insbesondere dann anzunehmen, wenn dem Versicherer ein Belehrungsbedarf hinsichtlich der Rechtsfolgen einer Fristversäumnis deutlich wird, er aber gleichwohl eine Belehrung des Versicherungsnehmers unterlässt.

Medizinische Begutachtung der Antragsteller (MEDICPROOF)

Begutachtungen

Als medizinischer Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen hat die MEDICPROOF GmbH im Jahr 2015 169.636 Aufträge bearbeitet. Gegenüber dem Vorjahr (160.217 Aufträge) ergab sich ein Anstieg von 5,9 Prozent. Davon entfielen 22 Prozent auf die stationäre und 78 Prozent auf die ambulante Pflege. Nach Abzug von zurückgezogenen Aufträgen erstellte MEDICPROOF im Jahr 2015 insgesamt 154.771 Gutachten (Vorjahr: 145.874).

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 Leistung „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.

Die Zahl der externen Gutachter richtet sich nach dem Aufkommen von Begutachtungen. Mit Blick auf den durch das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) zu erwartenden Auftragsanstieg zum Jahreswechsel 2016/2017 wurde der Ausbau des Gutachternetzes im Geschäftsjahr 2015 erneut forciert. Mit Stand vom 31. Dezember 2015 waren 1.168 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig (+7%), 868 Ärzte und 300 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 Aufbau-seminare mit speziellen Themenschwerpunkten und Erfahrungsaustausche zu Fragen der Pflegebegutachtung mit Fallbesprechungen durch.

Im Informationsaustausch zwischen der MEDICPROOF-Zentrale und den Gutachtern hat sich das Extranet, das jeder Gutachter über ein persönliches Kennwort erreicht, als feste Größe etabliert. Auch außerhalb der Geschäftszeiten können hier aktuelle Meldungen abgerufen und Hilfe eingeholt werden. Im Jahr 2015 wurde eine eigene Rubrik zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) eingerichtet, um dort relevante Informationen für die Gutachter zu bündeln.

Um Gutachter bei der Erstellung eines Gutachtens zu unterstützen, stellt MEDICPROOF eine eigens entwickelte Begutachtungssoftware zur Verfügung. Durch Vollständigkeitskontrollen und Plausibilitätsverknüpfungen wird den Gutachtern die Bearbeitung wesentlich erleichtert.

Als Ergebnis der gutachterlichen Feststellung ergaben sich für das Jahr 2015 folgende Einstufungen:

Externe Gutachter

Ergebnisse der gutachterlichen Feststellungen

Erstgutachten	ambulant	stationär	gesamt
keine Pflegebedürftigkeit	29,9%	11,0%	27,1%
Pflegestufe I	49,2%	43,2%	48,3%
Pflegestufe II	17,5%	36,9%	20,4%
Pflegestufe III	3,5%	8,9%	4,3%
alle Einstufungsgutachten	ambulant	stationär	gesamt
keine Pflegebedürftigkeit	20,3%	5,5%	16,8%
Pflegestufe I	43,3%	27,6%	39,6%
Pflegestufe II	28,0%	44,6%	31,9%
Pflegestufe III	8,4%	22,3%	11,7%

Quelle: MEDICPROOF GmbH (1.1. bis 31.12.2015)

R15/3502

Die nachfolgende Tabelle liefert eine Übersicht über die Verteilung des Grades der Einschränkung der Alltagskompetenz bei den im Jahr 2015 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	72,2%	22,3%	5,4%	63,4%	29,7%	6,9%
Pflegestufe I	71,6%	16,7%	11,7%	52,8%	29,0%	18,2%
Pflegestufe II	67,0%	17,1%	15,9%	43,1%	27,8%	29,1%
Pflegestufe III	53,1%	23,4%	23,5%	28,2%	35,0%	36,8%
alle Einstufungsgutachten	64,9%	18,4%	16,7%	32,7%	29,4%	37,9%

Quelle: MEDICPROOF GmbH (1.1. bis 31.12.2015)

R15/3503

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. 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 Auftragserledigung zur Verfügung.

Um Fristüberschreitungen zu vermeiden, wurden im Geschäftsjahr weitere Prozessverbesserungen erfolgreich umgesetzt, die die Prozesse der Beauftragung, Gutachtenerstellung und -übermittlung sowie die einzelnen Abläufe zwischen MEDICPROOF und den unabhängigen Gutachtern bzw. MEDICPROOF und den auftraggebenden Versicherungsunternehmen betreffen.

Die Gutachtenbeauftragung und -übermittlung zwischen MEDICPROOF und den Gutachtern erfolgt digital. Seit dem Jahr 2014 haben sich sukzessiv auch die PPV-Unternehmen digital angebunden. Zum Ende des Jahres 2015 werden gut 90 Prozent des Auftragsvolumens der PPV-Unternehmen ebenfalls online übertragen.

Diese Veränderungen spiegeln sich in den sinkenden durchschnittlichen Bearbeitungszeiten der Fristgutachten wider: Während im Jahr 2014 durchschnittlich 15,4 Tage für die Auftragserledigung benötigt wurden (Regelbegutachtungen, 5-Wochenfrist) erfolgte die Bearbeitung im Jahr 2015 innerhalb von 12,6 Tagen. Entsprechend sinken die Verzögerungen: Im Jahr 2015 erledigte MEDICPROOF 97,1 Prozent der Fristgutachten innerhalb von 25 Tagen (zum Vergleich: 96,2 % im zweiten Halbjahr 2014).

Die durchschnittlichen Bearbeitungszeiten der Begutachtungen mit einer 1-Wochen-Frist (Antragssteller befindet sich im Krankenhaus oder einer stationären Reha-Einrichtung) lagen im Jahr 2015 bei 2,2 Tagen (Vorjahr 2,3 Tage). Begutachtungen mit einer 2-Wochen-Frist (Beantragung von (Familien-)Pflegerzeit, Antrag auf Palliativ-Versorgung) lagen in 2015 nicht vor (Vorjahr durchschnittliche Bearbeitungszeit 8,6 Tage).

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. Darüber hinaus erfolgen systematische Qualitätskontrollen der Gutachten. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die enge Kontrolle und Führung neuer Gutachter gelegt. 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.

Bereits im Jahr 2015 waren die unternehmerischen Aktivitäten der MEDICPROOF GmbH geprägt durch die Vorbereitung der Umsetzung des PSG II zum 1. Januar 2017 mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Begutachtungs-Assessments (NBA):

- Die im Jahr 2015 begonnene Neuentwicklung der Gutachter-Software, die im Jahr 2016 an die Gutachter ausgerollt werden soll und
- die Umstellung aller internen fachlichen und technischen Prozesse bzw. Abläufe, die parallel zum gleichen Zeitpunkt erfolgen muss. Dies betrifft auch die Schnittstellen und die Prozesse zu den Versicherungsunternehmen.

Auch die das Gutachternetz betreffenden Aktivitäten sind geprägt vom PSG II. Nachdem der Fokus im Geschäftsjahr 2015 auf dem Ausbau des Gutachternetzes

Qualitätssicherung

Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

lag, werden die Akquise-Tätigkeiten im Jahr 2016 auf ein Minimum beschränkt. Im Gegenzug steht vor allem der erhebliche Umschulungsaufwand der Gutachter im Vordergrund: Eine neue Philosophie ist zu verankern, die Gutachter müssen entsprechend geschult und motiviert werden. Engmaschige Qualitätskontrollen und hoher Beratungsaufwand werden erforderlich sein. Auch seitens der Versicherungsunternehmen geht MEDICPROOF von einem erhöhten Beratungsbedarf aus.

Insgesamt wird die Einführung des NBA das gesamte Unternehmen betreffen und die Bearbeitungszeiten in einem Übergangszeitraum voraussichtlich verlängern. Um dem entgegenzuwirken – und mit Blick auf den erwarteten Auftragsanstieg zum Jahreswechsel 2016/2017 – plant MEDICPROOF, frühzeitig das interne Personal aufzustocken.

Nichtsdestotrotz ist von einer steigenden Verzugsquote für das Jahr 2016 auszugehen.

Der Gesetzgeber hat hierauf bereits reagiert: Die Strafzahlungen werden für das Jahresende 2016 gemindert und für das gesamte Jahr 2017 vollständig ausgesetzt. Ziel von MEDICPROOF ist es dennoch, zügig die gewohnte Gutachtenqualität wieder zu erreichen und dabei die Verzugsquote auf einem konstant niedrigen Niveau zu halten. Hierzu wurden in den vergangenen Jahren die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen.

Auf der Unternehmenswebsite www.medicproof.de werden im Hauptmenüpunkt „Unternehmen“ in der Rubrik „Der medizinische Dienst der Privaten“ die Jahreszahlen anschaulich in Form eines Plakats und eines kurzen Animationsfilms präsentiert. In der Rubrik „Zahlen, Daten, Fakten“ stellt MEDICPROOF in kompakter Form dar, wie sich das Unternehmen im vergangenen Jahr entwickelt hat, wie viele Aufträge eingingen, wie schnell diese bearbeitet wurden und was die Ergebnisse waren.

Beziehungen zu den Leistungserbringern

Unter Beteiligung der PKV wurden bzw. werden die nachfolgend benannten Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI in den Bundesländern überarbeitet oder neu verhandelt. Die Aktualisierung der Verträge wurde insbesondere durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) und das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) sowie dem Hospiz- und Palliativgesetz erforderlich.

Zur teilstationären Pflege wurden Verhandlungen zu den Rahmenverträgen in Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen sowie zur Kurzzeitpflege in Brandenburg und Schleswig-Holstein geführt. Aufgrund der Auswirkungen des PSG II auf die vollstationäre Pflege, insbesondere hinsichtlich der Leistungen und der personellen Ausstattung, wurden in allen Bundesländern Verhandlungen über die Rahmenverträge zur vollstationären Pflege aufgenommen.

Darüber hinaus fanden Verhandlungen zu den Rahmenverträgen zur ambulanten Pflege in Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein statt.

Eine Weiterentwicklung des bestehenden Leistungskomplexsystems erfolgte durch Überarbeitung und Ergänzung in Baden-Württemberg. Es erfolgten auch

Verhandlungen über Steigerungen der Vergütungen in der ambulanten Pflege. Ergänzend hierzu wurde der Umfang der für die Inanspruchnahme der vereinbarten Steigerungen notwendigen vorzulegenden Kalkulationsunterlagen abgestimmt. In den Bundesländern Berlin und Brandenburg wurden die vereinbarten Steigerungen mit einer entsprechenden Erhöhung der Entlohnung des Personals verknüpft. 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.

Über die Steigerung der Vergütungen der stationären Pflegeeinrichtungen erfolgten Verhandlungen im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI oder durch Verhandlungen mit den Verbänden der Leistungserbringer. Darüber hinaus erfolgten auch Einzelverhandlungen mit einer Vielzahl von Pflegeeinrichtungen. In allen Bundesländern wurden intensive Diskussionen geführt und umfangreiche Vorbereitungen zur Umsetzung des PSG II eingeleitet. Dabei stehen die Neuverhandlung der Pflegesätze, die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade, die Vereinbarung eines einrichtungsindividuellen Eigenanteils und eine ggf. anzupassende personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zum 1. Januar 2017 im Fokus. In Niedersachsen konnte die Pflegesatzkommission bereits eine Empfehlung verabschieden, die eine Struktur für kommende Verhandlungen über Rahmenverträge vorgibt und es Leistungserbringern und Kostenträgern ermöglichen soll, die Herausforderungen der Umstellungen durch das PSG II zum 1. Januar 2017 zu bewältigen.

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. Die durch die Schiedsstelle in Sachsen getroffene Entscheidung zum Rahmenvertrag zur ambulanten Pflege wurde durch einen Verband der Leistungserbringer beklagt. Der Schiedsspruch der Schiedsstelle in Mecklenburg-Vorpommern zum Rahmenvertrag zur vollstationären Pflege wurde durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe beklagt. Die Schiedsstelle in Baden-Württemberg hat einen pauschalen „Gewinnzuschlag“ in Höhe von 1,5 Prozent bei einem Auslastungsgrad von 96,5 Prozent festgelegt; im Einzelfall kann ein weiterer umsatzbezogener Zuschlag von bis zu 1 Prozent vereinbart werden. In Nordrhein-Westfalen hat die Schiedsstelle umsatzbezogene Gewinnzuschläge in Höhe von 4 Prozent festgelegt. Im Saarland erfolgen erstmalig Maßnahmen zur Konstituierung einer Schiedsstelle.

Am Fördervolumen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen beteiligte sich die PKV entsprechend § 45c Abs. 1 Satz 2 SGB XI mit 10 Prozent. Durch die PKV wurden im Jahr 2015 bundesweit 1,677 Mio. Euro (Vorjahr: 1,573 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 1,651 Mio. Euro (Vorjahr: 1,700 Mio. Euro).

Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Im Fokus der Stiftungsarbeit des Zentrums für Qualität in der Pflege stand 2015 das Schwerpunktthema: „Auf Augenhöhe: Information und Beratung in der Pflege“. Die Stiftung folgte hierbei ihrer Überzeugung, dass gute Beratung der Schlüssel zu einer qualitativ hochwertigen Pflege und Grundvoraussetzung für

Verhandlung der Pflegevergütungen (stationär)

Schiedsstelle nach § 76 SGB XI

Niedrigschwellige Betreuungsangebote und Modellvorhaben, Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe

eine Versorgung in Würde ist, die pflegebedürftigen Menschen und ihren Nächsten auf Augenhöhe begegnet.

Durch seine breit angelegten Maßnahmen in diesem Themenfeld hat das ZQP 2015 hierbei wichtige Beiträge dazu geleistet, dass pflegebedürftige Menschen mithilfe verbrauchergerechter und verlässlicher Informationen selbstbestimmter über ihre pflegerische Versorgung entscheiden können. Zum Tag der Pflegenden veröffentlichte die Stiftung beispielweise ein Internetportal, das deutschlandweit Zugang zu rund 4.500 nicht-kommerziellen Beratungsangeboten im Kontext Pflege bietet. Zudem entwickelte das ZQP mit relevanten Akteuren aus dem Gesundheitswesen einen Qualitätsrahmen, der durch Definition von Qualitätszielen, -bereichen und -kriterien erstmals eine einheitliche Qualitätsbasis für Beratung in der Pflege schafft. Der konsentiertere Text ist das Ergebnis eines mehrstufigen Arbeitsprozesses, in den neben einem Steuerungskreis und Wissenschaftlern auch Beratungs-Praktiker (z.B. Vertreter ambulanter Dienste, von COMPASS Private Pflegeberatung sowie Pflegestützpunkten) einbezogen wurden.

Durch seine Forschungsarbeiten konnte das ZQP darüber hinaus wichtige Erkenntnisse zu Einstellungen und Bedürfnissen der Bundesbürger hinsichtlich der Pflegeberatung zur Verfügung stellen. Auch veröffentlichte die Stiftung zur Unterstützung pflegender Angehöriger unterschiedliche Ratgeber beispielsweise mit „Impulsen und Ideen für pflegende Partner von Menschen mit Demenz“ sowie zum Thema „Hautpflege älterer Menschen“.

Das Stiftungsjahr 2015 in Zahlen

1.000

Besucher

aus Pflege, Politik und Wissenschaft waren im Rahmen von Fachgesprächen und Veranstaltungen im ZQP zu Gast.



11.000

Schriften

hat die Stiftung an ihre Zielgruppen verschickt.



27.192

Arbeitsstunden

hat das ZQP-Team in Forschungsprojekte investiert.



17

Mitarbeiter

verwirklichen den Auftrag des Stifters.

200.856

Mal wurde die **Internetseite** www.zqp.de aufgerufen.



5.500

Mal wurde in den **Medien** über das ZQP berichtet.



Auch in seinen anderen Arbeitsfeldern konnte das Zentrum für Qualität in der Pflege 2015 wichtige Impulse zur Verbesserung der Versorgungsqualität von pflegebedürftigen Menschen setzen. Ein Hauptaugenmerk des ZQP im Kontext der Prävention lag auf der Fragestellung, wie durch komplementäre, naturheilkundliche Verfahren Lebensqualität und Gesundheit von pflegebedürftigen Bewohnern und Pflegenden in stationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden können. Durch die Ergebnisse einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Kooperationsstudie des ZQP mit der Charité – Universitätsmedizin und dem Kneipp-Bund e. V. konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die Einbindung naturheilkundlicher Maßnahmen eine zielführende und praktikable Ergänzung bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sein kann. Auf einer gemeinsamen Fachtagung von BMFSFJ und ZQP wurden die – auch in der Wissenschaft mit guter Resonanz aufgenommen – Ergebnisse einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Durch die Veröffentlichung des Themenreports „Gewaltprävention in der Pflege“ trug das ZQP zur Verbreitung von gesicherten Informationen für Wissenschaft, Praxis und Öffentlichkeit bei und trieb zudem den Diskurs um besseren Schutz vor Aggression und Gewalt in der Pflege weiter voran.

In seiner Schriftenreihe „Perspektivenwechsel“, die neue und lebensnahe Ideen für eine bedürfnisgerechte Gestaltung von Pflegeangeboten aufzeigt, hat die Stiftung das Themenheft „Methode Schattentage“ erarbeitet und veröffentlicht. Mithilfe dieser Methode können professionell Pflegende für die Sichtweisen pflegebedürftiger Menschen sensibilisiert werden. Anknüpfend an die Debatte um das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativpflege veröffentlichte das ZQP eine Studie, die aufzeigt, dass Pflegebedürftige in der häuslichen Versorgung und deren Angehörige mehr frühzeitige Unterstützung zum Thema Sterben und Tod benötigen, als bisher bekannt war.

Insgesamt bearbeiteten die 17 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stiftung 31 Projekte; 16 Projekte wurden initiiert, 8 abgeschlossen und erfolgreich publiziert.

Im Jahr 2015 begonnene Forschungs-Projekte des ZQP

Lfd.-Nr.	Projekt
1	Entwicklung von Maßnahmen zur Optimierung des Transfers theoretischer Kenntnisse in die Pflegepraxis
2	Konzept und Entwicklung eines Themenratgebers für Pflegende zu schambesetzten Themen
3	Studie zu intentionalen Berührungen bei Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen
4	Konzeption und Entwicklung eines Reports über Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige
5	Untersuchung zur Evidenz von Rehabilitation durch pflegerische Interventionen nach gesundheitlichen Akutereignissen
6	Ausbau und Weiterentwicklung neuer Online-Formate des ZQP-Clearing-House
7	Weiterentwicklung der Pflegeheimcheckliste vor dem Hintergrund veränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen
8	Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der ZQP-Schriftenreihe
9	Aufbau und Entwicklung eines Social-Media Angebots für die ZQP-Online-Kommunikation

Lfd.-Nr.	Projekt
10	Weiterentwicklung der ZQP-Website hinsichtlich Barrierefreiheit, Verständlichkeit und Nutzerorientierung
11	Entwicklung englischsprachiger Materialien zur Ausweitung internationaler Beziehungen
12	Weiterentwicklung und Vertrieb des elektronischen Pflegeberatungsinventars
13	Erweiterte Produktion und Optimierung der Distributionswege des ZQP-Themenreports „Gewalt in der Pflege“
14	Status quo-Analyse zur Entwicklung von IT-orientierten Schnittstellen in der Pflege und Empfehlungen
15	Studie zur Gewaltprävention in der Pflege durch Hausärztinnen und Hausärzte
16	Weiterentwicklung der Pflegeberichterstattung in der deutschen Langzeitpflege

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

Das ZQP hat seine Kommunikationsaktivitäten im zurückliegenden Jahr erneut ausgeweitet. In den unterschiedlichen Kommunikationskanälen (Presse, Onlinekommunikation, Schriftenreihe, Veranstaltungen, politische Beratungsgespräche) wurden multiple Maßnahmen umgesetzt. Dadurch konnte die Stiftung ihren Markenkern als Wissensinstitut und Kompetenzzentrum in der Pflege weiter schärfen.

Zur Stärkung der Profilbildung haben insbesondere die Aktivitäten auf dem Feld der politischen Kommunikation beigetragen. Mehrmals wurde das ZQP auch im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren als Sachverständiger angehört. Neben der Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden zum Pflegestärkungsgesetz II vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages wurde die Expertise insbesondere zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sowie zu den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen einer qualitativ hochwertigen Pflege angefragt. Bestehende politische Kontakte auf Bundes- und Länderebene wurden weiter ausgebaut. Ebenso konnten die Netzwerke zu den großen Verbänden im Gesundheits- und Sozialwesen, dem Deutschen Pflegerat, Ärztenvertretern sowie zu Patientenorganisationen gestärkt werden. Hierzu trug auch die Berufung und Mitarbeit als kooperierender Partner in die „Allianz für Menschen mit Demenz“ bei, die von zwei Bundesministerien im Rahmen der Demografie-Strategie der Bundesregierung ins Leben gerufen wurde. Auch internationale Kontakte zu wissenschaftlichen Einrichtungen und (pflegepolitischen) Akteuren wurden weiter gestärkt, z. B. durch Mitarbeit in der Forschungsstrategiegruppe von Eurocarers, der Vertretung pflegender Angehöriger auf EU- Ebene.

Auch im Bereich der Medienarbeit kann das ZQP auf ein überaus erfolgreiches Jahr zurückblicken. Im Vergleich zum Vorjahr gelang 2015 eine Zunahme der Medienresonanz in den Printmedien um rund 100 Prozent. Die gleichzeitige überproportionale Steigerung der Leserreichweite wurde durch eine erhöhte Zahl von Publikationen in höherwertigen Publikums- sowie in deutschen Leitmedien erreicht.

Im Einzelnen bestanden die Maßnahmen der Presse- und Medienarbeit in der Publikation von Namensartikeln, Exklusivberichten, Interviews und anderen Beiträgen. Auch konnten 2015 mehrere Artikel in – auch internationalen

– wissenschaftlichen Journalen von ZQP-Autoren veröffentlicht werden, ebenso wie ein Buchkapitel in einem pflegerrelevanten Lehrbuch. Insgesamt fanden die Projektergebnisse Eingang in rund 5.500 Artikel in verschiedenen Publikumsmedien und der Tagespresse. Auf der Zentralen Internet-Plattform des ZQP (ZIP) wurden die Zugriffe um 32 Prozent gesteigert. Hierzu trug die zunehmende Bekanntheit des ZQP-Gewaltpräventionsportals sowie die 2015 neu aufgebaute Datenbank zur „Beratung in der Pflege“ bei – rund 49 Prozent der Zugriffe erfolgten auf dieses neue Serviceangebot des ZQP.

Zum Transfer seiner Erkenntnisse in die Praxis wurden vielfältige Versandaktionen von ZQP-Studienergebnissen und Stiftungsprodukten zu verschiedenen ZQP-Dialoggruppen durchgeführt. Daneben stellte die Stiftung ihre praxisrelevanten Erkenntnisse auf vielfältigen Vorträgen, Workshops und Schulungen bei Fachpraktikern und Pflegeheimträgern vor.

Aufbau des ZQP und Mitglieder der Organe und Gremien 2015

Stiftungsrat

Christa Stewens (Vorsitzende), Staatsministerin a. D.
 Sabine Jansen (Stellvertreterin), Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
 Dr. Sibylle Angele, COMPASS Private Pflegeberatung GmbH
 Silke Lautenschläger, DKV Deutsche Krankenversicherung AG
 Dr. Volker Leienbach, PKV-Verband e. V.

Vorstand

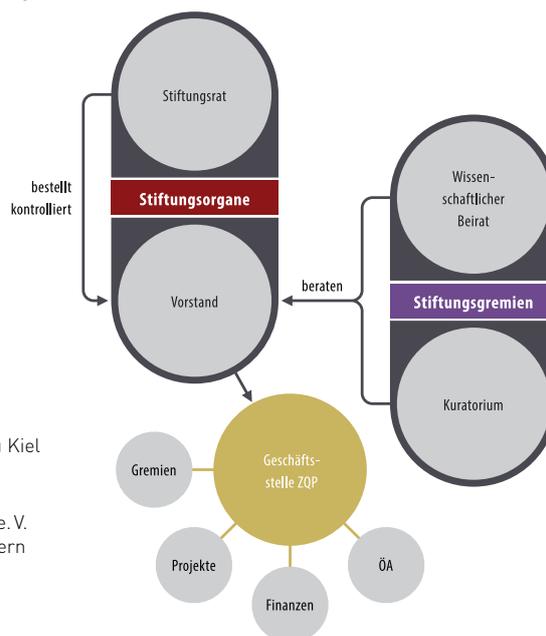
Dr. Ralf Suhr (Vorsitzender)
 Andreas Besche (Stellvertreter), PKV-Verband e. V.
 Dr. Christoph Helmich (bis 11/2015), Continentale Krankenversicherung a. G.
 Dr. Hans Olav Herøy (ab 11/2015), HUK-Coburg Krankenversicherung AG

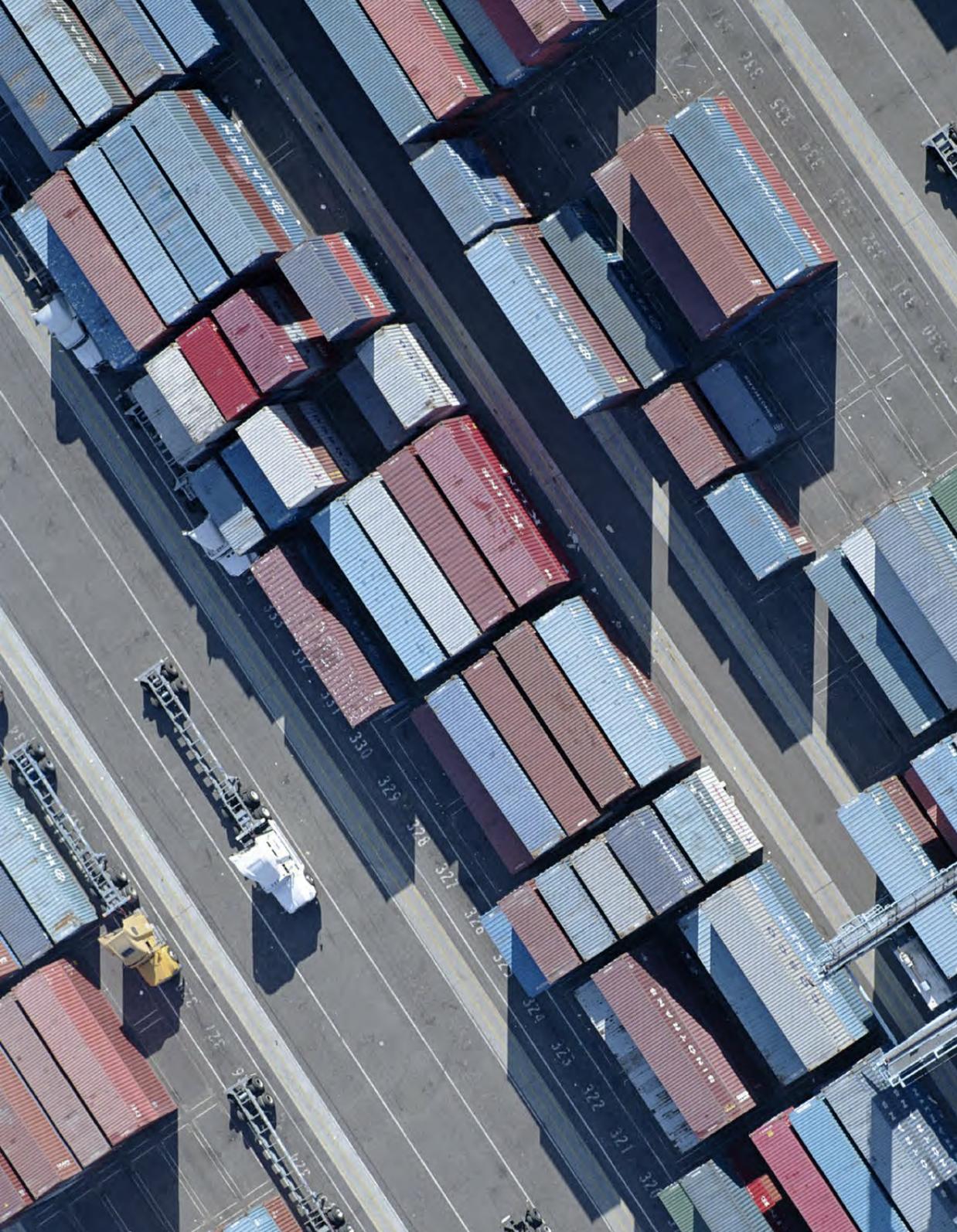
Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier (Vorsitzende), Charité Universitätsmedizin Berlin
 Prof. Dr. Doris Schaeffer (Stellvertreterin), Universität Bielefeld
 Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück
 Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen
 Dr. Iris Hauth, DGPPN
 Prof. Dr. Gerhard Igl, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

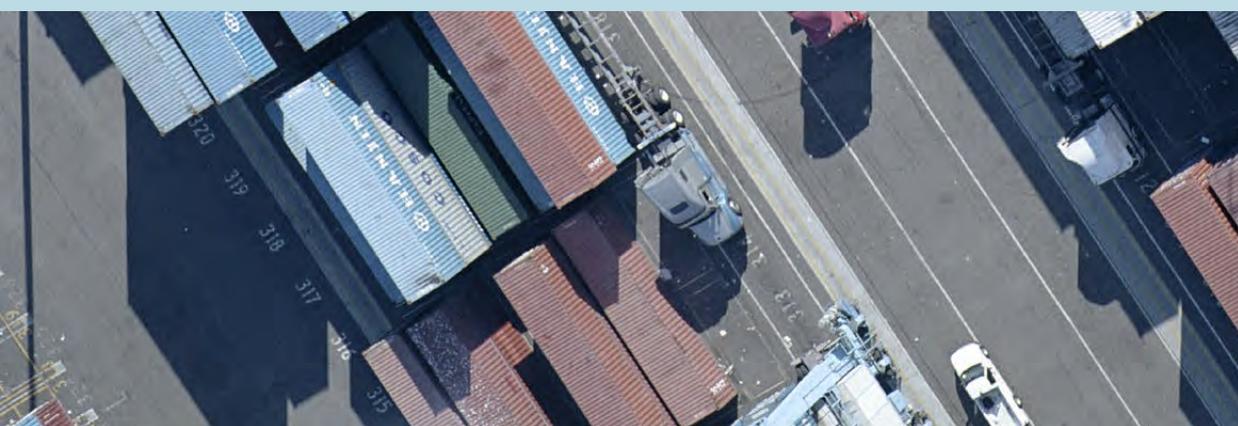
Kuratorium

Marie-Luise Müller (Vorsitzende), Deutscher Pflegerat e. V.
 Sigrid König (Stellvertreterin), BKK Landesverband Bayern
 Oliver Blatt, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
 Peter Clausing, Vitanas GmbH
 Dr. Rudolf Gottlieb Fitzner, BAGSO e. V.
 Dr. Robert Gaertner, Palliativteam Hochtaunus GmbH
 Dr. Franziska Kuhlmann, Medicproof GmbH
 Dieter Lang, Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)
 Anne Linneweber, Paritätischer Gesamtverband e. V.
 Herbert Mauel, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
 Dr. Ottilie Randzio, MDK Bayern
 Dr. Almut Satrapa-Schill, Kuratorium Deutsche Altershilfe
 Nadine-Michèle Szepan, AOK-Bundesverband
 Franz Wagner, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
 Günter Dibbern, Beauftragter zur Vermeidung von Interessenskonflikten





4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen



4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen

Rechengrößen 2016

Die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2016 legt die für das Jahr 2016 maßgebenden Rechengrößen fest. Es ergibt sich daraus eine Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für 2016 in den alten Bundesländern in Höhe von 74.400 Euro jährlich und 6.200 Euro monatlich (Vorjahr: 72.600 Euro jährlich bzw. 6.050 Euro monatlich) und in den neuen Bundesländern von 64.800 Euro jährlich bzw. 5.400 Euro monatlich (Vorjahr: 62.400 Euro jährlich bzw. 5.200 Euro monatlich). Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit Abs. 6 SGB V 56.250 Euro jährlich bzw. 4.687,50 Euro monatlich (Vorjahr: 54.900 Euro jährlich bzw. 4.575 Euro monatlich). Sie gilt für das Neugeschäft seit 1. Januar 2003. Für diejenigen, die am Tag vor dem Inkrafttreten des Beitragssatzsicherungsgesetzes (BGBl. I 2002, S. 4637), also am 31. Dezember 2002, wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und in einer privaten substitutiven Krankenversicherung versichert waren, beträgt gemäß § 6 Abs. 7 SGB V die Jahresarbeitsentgeltgrenze 2016 50.850 Euro jährlich bzw. 4.237,50 Euro monatlich (Vorjahr: 49.500 Euro jährlich bzw. 4.125 Euro monatlich). Die Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung betragen für das Jahr 2016 ebenfalls 50.850 Euro jährlich bzw. 4.237,50 Euro monatlich (Vorjahr: 49.500 Euro jährlich bzw. 4.125 Euro monatlich).

Nach den vorgegebenen Rechengrößen beträgt die Bezugsgröße 2016 gemäß § 18 SGB IV 34.860 Euro jährlich bzw. 2.905 Euro monatlich in den alten und 30.240 Euro jährlich bzw. 2.520 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 2016 bundeseinheitlich monatlich 415 Euro (Vorjahr: 405 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 968,33 Euro (Vorjahr: 935 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 2.178,75 Euro (Vorjahr: 2.126,25 Euro).

Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, zahlt der zuständige Träger für einen im Basistarif Versicherten den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist (§ 152 Abs. 4 Satz 3 VAG). Als beitragspflichtige Einnahmen gelten bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der dreißigste Teil des 0,3450-fachen der monatlichen Bezugsgröße (§ 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Unter Zugrundelegung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 Prozent (Beitragssatz für Versicherte, die kein Krankengeld beziehen) ergibt sich für 2016

Beitragsbemessungs-
und Jahresarbeitsentgelt-
grenzen

Bezugsgröße

Familienversicherung in
GKV und SPV

Mindestbeitrag freiwilliger
GKV-Mitglieder

Beitragszuschuss für
ALG II-Bezieher

daraus ein Zuschuss in Höhe von 146,32 Euro. Für die PPV gelten als beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße (§ 110 Abs. 2 Satz 4 i.V.m. § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Der Zuschuss beträgt damit 2016 bei einem Beitragssatz von 2,35 Prozent 24,71 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 (2016: 332,65 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 2016 132,05 Euro monatlich (Vorjahr: 128,86 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 2016 in Euro
 (bisherige Werte in Klammern)

		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung	jährlich	74.400	(72.600)	64.800	(62.400)
	monatl.	6.200	(6.050)	5.400	(5.200)
Beitragsbemessungsgrenze Kranken-, Pflegeversicherung	jährlich	50.850	(49.500)	50.850	(49.500)
	monatl.	4.237,50	(4.125)	4.237,50	(4.125)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 6 SGB V	jährlich	56.250	(54.900)	56.250	(54.900)
	monatl.	4.687,50	(4.575)	4.687,50	(4.575)
Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V	jährlich	50.850	(49.500)	50.850	(49.500)
	monatl.	4.237,50	(4.125)	4.237,50	(4.125)
Bezugsgröße	jährlich	34.860	(34.020)	30.240	(28.980)
	monatl.	2.905	(2.835)	2.520	(2.415)
Geringfügigkeitsgrenze		450		450	
Einkommensgrenze für Familienversicherung		415 (405)		415 (405)	
Allgemeiner Beitragssatz der GKV		14,6% (15,5%)		14,6% (15,5%)	
Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung		309,34 (301,13)		309,34 (301,13)	
Höchstbeitrag PVN	einzel	99,58	(96,94)	99,58	(96,64)
	Ehegatten (150%)	149,37	(145,41)	149,37	(145,41)
	Ehegatten (75%)	74,68	(72,70)	74,68	(72,70)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	49,79	(48,47)	49,79	(48,47)
	Höchstbeitrag PVB	einzel	49,79	(48,47)	49,79
Höchstbeitrag PVB	Ehegatten (150%)	59,75	(58,17)	59,75	(58,17)
	Ehegatten (75%)	29,88	(29,09)	29,88	(29,09)
	Basistarif	49,79	(48,47)	49,79	(48,47)
	Hilfebedürftigkeit im Basistarif	24,90	(24,24)	24,90	(24,24)
	Zuschuss zur PPV		49,79 (48,47)	49,79 (48,47) in Sachsen 28,60 (27,84)	
Höchstbeitrag Basistarif		665,29 (639,38)		665,29 (639,38)	
Höchstbeitrag Standardtarif		618,68 (639,38)		618,68 (639,38)	
Zuschuss zur Krankenversicherung für ALG II-Empfänger		146,32 (136,93) 332,65 (319,69)*		146,32 (136,93) 332,65 (319,69)*	
Zuschuss zur Pflegeversicherung für ALG II-Empfänger		24,71 (24,12)		24,71 (24,12)	

* 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 (2016: 332,65 Euro) erhöht.

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 Trägern der Beihilfe für verschreibungspflichtige Arzneimittel Abschläge zu gewähren. Die Rabatte werden eingezogen durch die Zentrale Stelle nach § 2 AMRabG, der ZESAR GmbH, an der der PKV-Verband als Treuhänder der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung mit 50 Prozent der Anteile beteiligt ist. Ein Teil der pharmazeutischen Unternehmer verweigert die Zahlung der Abschläge nach dem AMRabG. Zur Klärung der rechtlichen Einwände, insbesondere der Verfassungsmäßigkeit des AMRabG, sind verschiedene Rechtsstreitigkeiten anhängig. Diese werden auf Seiten der PKV und der Beihilfe zum Teil als Sammelverfahren, zum Teil als Verfahren von Streitgenossenschaften der abschlagsberechtigten Stellen geführt. Die Verfahren werden durch den PKV-Verband koordiniert. Bislang haben alle befassen Gerichte die Zahlungsverpflichtung der pharmazeutischen Unternehmen und die Verfassungsmäßigkeit des AMRabG bestätigt. Neben mehreren Instanzgerichten hat der BGH mit einer Grundsatzentscheidung durch das Urteil vom 30. April 2015 (Az. I ZR 127/14) die Verfassungsmäßigkeit des AMRabG zugunsten der Privaten Krankenversicherung eingehend und ausdrücklich bestätigt. Insbesondere hat der BGH einen Verstoß gegen das Grundrecht der Berufsfreiheit eines pharmazeutischen Unternehmers aus Artikel 12 Abs. 1 GG verneint. Die durch das AMRabG begründete Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer, Abschläge auf den Herstellerabgabepreis zu gewähren, greift zwar in die Berufsausübungsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmen ein. Der Eingriff ist jedoch verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Der Abschlagsverpflichtung liegen mit den Zielen der Gewährleistung eines bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutzes und der Schonung der öffentlichen Haushalte bei den Beihilfeträgern vernünftige Zwecke des Gemeinwohls zugrunde. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist nach Auffassung des Gerichts gewahrt. Die Auferlegung des Abschlags ist auch zumutbar. Eine wirtschaftliche Überforderung oder eine Gefährdung des Bestands der Branche der pharmazeutischen Industrie durch die Abschlagsverpflichtung konnte der BGH nicht feststellen. Einschussweise hat der BGH die verfassungsrechtliche Bedeutung der Privaten Krankenversicherung als substitutive Krankenversicherung neben der Gesetzlichen Krankenversicherung unterstrichen und befestigt. Auch verstößt nach Auffassung des BGH die Rabattpflicht nach § 1 AMRabG nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz nach Artikel 3 Abs. 1 GG. Die pharmazeutischen Unternehmer hatten insoweit eine Ungleichbehandlung mit anderen Beteiligten der Gesundheitsversorgung geltend gemacht, die nicht einer Abschlagspflicht oder einer ähnlichen Maßnahme unterworfen werden. Der BGH ist dieser Argumentation nicht gefolgt: Es liegt keine grundrechtswidrige Ungleichbehandlung vor. Die durch das AMRabG erfolgende Differenzierung von Maßnahmen zur Kosteneinsparung nach einzelnen Leistungsbereichen, hier im Arzneimittelbereich, ist sachgerecht. Angesichts der Vielgestaltigkeit der Faktoren, die für die Kostenentwicklung in den jeweiligen Leistungsbereichen maßgeblich sind, besteht nach Auffassung des BGH keine Pflicht des Gesetzgebers zur schematischen Kosteneinsparung in allen Leistungsbereichen. Auch dies ist eine grundlegende Aussage des BGH, die der Vielgestaltigkeit der Leistungserbringerlandschaft im Bereich der Privaten Krankenversicherung Rechnung trägt. Der BGH befasste sich in einem weiteren Verfahren (I ZR 167/14) in der mündlichen Verhandlung am 12. November 2015 mit einer weiteren Klage eines Unternehmens der Privaten Krankenversicherung gegen einen pharmazeutischen Unternehmer, der die Abschläge

nicht leistet. Das Urteil liegt noch nicht vor. In der mündlichen Verhandlung wurde die Verfassungsmäßigkeit des AMRabG erneut bestätigt. Gegenstand des Verfahrens waren weiterhin die Anwendung des AMRabG im Einzelfall und die prozessuale Durchsetzung einzelner Rabattforderungen aufgrund der Datensätze des Einzugsverfahrens durch ZESAR. Nach der Erörterung in der mündlichen Verhandlung hält der BGH es für die gerichtliche Geltendmachung für erforderlich, dass die von ZESAR erstellten Datensätze auf den jeweiligen Kläger bezogen werden können. Hierzu hatte das Instanzgericht (OLG Nürnberg-Fürth) keine Feststellung getroffen. Der BGH hat das Verfahren daher mit dem Urteil vom 12. November 2015 an das OLG zurückverwiesen. Die schriftliche Fassung des Urteils liegt noch nicht vor.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff – Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II

Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I, S. 2424) wird in der sozialen Pflegeversicherung mit Wirkung zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt (s. auch Seite 28). Die Pflegebedürftigkeit wird danach in fünf Pflegegraden statt der bisherigen drei Pflegestufen bzw. eingeschränkter Alltagskompetenz festgestellt. Pflegeergänzungsversicherungen nach Maßgabe der MB/EPV und der MB/GEPV, die an den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach dem SGB XI anknüpfen, sind daher an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen. Hierzu wurde in § 143 SGB XI eine Sondervorschrift für die Private Pflegeversicherung eingeführt, die nicht nur die Pflegepflichtversicherung betreffen. Im Rahmen der Anpassung der ergänzenden Pflegeversicherungen ist danach zum einen Bestandsschutz nach Maßgabe von § 140 SGB XI für die Fälle sicherzustellen, bei denen bereits am Umstellungsstichtag die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch gegeben waren. Eine Schlechterstellung aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll unbedingt vermieden werden. Zum anderen schafft § 143 SGB XI eine die allgemeine Anpassungsvorschrift nach § 203 VWG ergänzenden Sondertatbestand, um die bestehenden Verträge auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umzustellen. Die Umstellungsbefugnis umfasst zum einen die Versicherungs- bzw. Tarifbedingungen. Dabei bedarf die Umstellung der Zustimmung durch den juristischen Treuhänder. Weiterhin erlaubt § 143 Abs. 2 SGB XI eine Anpassung der Prämien an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, und zwar unabhängig von auslösenden Faktoren. Die Anpassung auf dieser Grundlage bedarf ebenfalls der Zustimmung durch den unabhängigen mathematischen Treuhänder. Die Anpassungsvorschriften dokumentieren die klare Erwartung des Gesetzgebers, dass die bestehenden Tarife an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst werden. Eine besondere Problematik für die ergänzende Pflegeversicherung bildet die Umstellung der Leistungsstufen auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Nach der bisherigen Systematik leisten ergänzende Pflegegeldversicherungen typischerweise einen prozentualen Anteil des für die höchste Pflegestufe vereinbarten Pflegemonats oder -tagesgeldes. Infolgedessen weisen die bisherigen Tarife, soweit sie für alle Pflegestufen leisten, drei bis vier Leistungsstufen auf. Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist eine Systematik von fünf Leistungsstufen erforderlich. Zur Umstellung der Leistungsstufen schweigt das PSG II. Die hieraus resultierenden offenen Rechtsfragen hat der PKV-Verband in enger Abstimmung der DAV und der BaFin systematisch aufgearbeitet. Die Ergebnisse sind niedergelegt im Ergebnisbericht der Deutschen Aktuarvereinigung „Anpassung der Pflegetarife“ an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vom 29. Februar 2016. Die Ausarbeitung

zeigt das Spektrum der möglichen Umstellung auf. Ausgeschlossen werden so einerseits eine Verschlechterung des Versicherungsschutzes, andererseits eine durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht gerechtfertigte Ausweitung der Leistungen der ergänzenden Pflegeversicherungen. Ergänzend hierzu hat der Verband die MB/EPV an das PSG II angepasst und veröffentlicht.

Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Der Bundesgerichtshof hatte mit Beschluss vom 29. März 2012 (Az. GSSt 2/11) entschieden, dass im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung tätige niedergelassene Vertragsärzte keine Amtsträger sind und daher die bestehenden Korruptionstatbestände des Strafgesetzbuches auf die Vertragsärzte keine Anwendung finden. Hieraus resultierende Strafbarkeitslücken in der Gesetzlichen Krankenversicherung sollten geschlossen werden. Der PKV-Verband hat sich insoweit dafür ausgesprochen, dass einheitliche gesetzliche Straftatbestände geschaffen werden sollen, die sowohl für die Gesetzliche als auch für die Private Krankenversicherung gelten. In Übereinstimmung mit diesem Ansatz hat die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen vorgelegt. Der Entwurf hat im Gesetzgebungsverfahren zahlreiche Modifikationen erfahren. In der Fassung der Ausschussdrucksache (BT-Drs. 18/8106) wurde der Gesetzentwurf am 14. April 2016 vom Deutschen Bundestag beschlossen. Mit dem Gesetz werden im Kern zwei neue Straftatbestände geschaffen. Zum einen die Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§ 299 StGB), zum anderen die Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299b StGB). Beide Tatbestände lehnen sich systematisch an die bestehenden Tatbestände der Bestechung bzw. Bestechlichkeit im Geschäftsverkehr an. Tatbestandsvoraussetzung ist jeweils, dass der Angehörige eines Heilberufs bei der Verordnung von Arznei, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, beim Bezug von Arznei- und Hilfsmitteln oder bei der Zuführung von Patienten- oder Untersuchungsmaterial als Gegenleistung für Vorteile andere im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt. Entsprechend einem Petition des PKV-Verbandes wird die Tat als Officialdelikt geführt. Ungeachtet dessen bleiben antragsberechtigt das private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen des Patienten.

4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft

VAG-Novelle und Verordnungen aufgrund des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Zum 1. Januar 2016 ist das Versicherungsaufsichtsgesetz i.d.F. durch das Gesetz zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen vom 1. April 2015 (BGBl. I, S. 434) im Wesentlichen in Kraft getreten. Mit dem Gesetz wird die Solvency II-Rahmenrichtlinie in deutsches Recht umgesetzt. Der Gesetzgeber hat diese Gelegenheit genutzt, das VAG insgesamt neu zu fassen und zu strukturieren. Im Wesentlichen wortgleich zu den bisherigen Regelungen finden sich die Vorschriften über die Krankenversicherung nunmehr in den §§ 146-160 VAG. Für die Private Krankenversicherung sind mit dieser Neufassung keine wesentlich gesetzlichen Neuerungen verbunden. Die Aushändigung des amtlichen Informationsblatts über die Grundprinzipien der Privaten Krankenversicherung, die bisher als aufsichtsrechtliche Verpflichtung in § 10a VAG a.F. geregelt war, ist nunmehr

eine Voraussetzung für die Arbeitgeberzuschussfähigkeit nach § 257 Abs. 2a Nr. 2a SGB V. Im Hinblick auf das Angebot der Privaten Krankenversicherung im Dienstleistungsverkehr durch Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem anderen Mitglieds- oder Vertragsstaat wurde nunmehr in § 61 VAG durch eine Streichung der Worte „durch Mittelsperson“ im Verhältnis zum bisherigen § 110a Abs. 1 VAG klargestellt, dass auch ausländische Versicherungsunternehmen, soweit sie eine substitutive Krankenversicherung anbieten wollen, die besonderen Anforderungen an die substitutive Krankenversicherung nach § 146 VAG zu beachten haben, insbesondere sind Alterungsrückstellungen zu bilden. Aufsichtsrechtlich ist damit klargestellt, dass die von EWR/EU-Dienstleistern mit einem anderen Kalkulationsmodell angebotenen Krankenversicherungen keine substitutiven Krankenversicherungen im Sinne des VAG sind. Sie erfüllen darüber hinaus auch nicht die Pflicht zur Versicherung, soweit sie nicht nach deutschem Recht abgeschlossen werden.

Mit dem Inkrafttreten des neuen VAG sind die bisher im VAG enthaltenen Verordnungsermächtigungen außer Kraft getreten und durch neue, geänderte Ermächtigungsgrundlagen ersetzt worden. Sämtliche auf der Grundlage des bisherigen VAG erlassenen Verordnungen sind daher aufzuheben und neu zu erlassen. Das Bundesministerium der Finanzen (BMF) hat hierzu unter dem 23. September 2015 Referentenentwürfe einerseits für eine Verordnung zur Aufhebung von Verordnungen aufgrund des Versicherungsaufsichtsgesetzes und andererseits für eine Verordnung zum Erlass von Verordnungen nach dem VAG vorgelegt. Der Referentenentwurf zum Erlass der Verordnung sieht eine Zusammenfassung der bisherigen Kalkulationsverordnung und der Überschussverordnung in einer neuen Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) vor. Im Wesentlichen werden die bisherigen Regelungen unverändert fortgeschrieben. Hiervon bestehen allerdings nach Maßgabe des Referentenentwurfs zweierlei Ausnahmen: Zum einen wird für Ausbildungstarife das Höchstalter, bis zu dem ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden kann, entsprechend einem tatsächlichen Bedarf vom 34. auf das 39. Lebensjahr erhöht. Zum anderen wird eine Sondervorschrift zur Anpassung des Rechnungszinses aus Anlass einer Beitragsanpassung vorgesehen. Die Neuregelung (sog. Zinstreppe) erlaubt es dem Unternehmen, die Auswirkungen aus einer notwendigen Anpassung des Rechnungszinses im Tarif von mehr als 40 Basispunkten über mehrere Jahre zu strecken und stufenweise an den Versicherten weiterzugeben. Diese Neuregelung ist dem Niedrigzinsumfeld geschuldet. Sie erleichtert eine kontinuierlichere Beitragsentwicklung. Sie behebt allerdings nicht die Schwächen der bisherigen Regelungen über die auslösenden Faktoren, die eine sprunghafte Beitragsentwicklung herbeiführen. Der PKV-Verband setzt sich daher weiterhin für eine Anpassung der auslösenden Faktoren ein. Das Verfahren zum Erlass der Verordnungen ist noch nicht abgeschlossen.

Im Gegensatz dazu wurde die ebenfalls auf dem Referentenentwurf vom 23. September 2015 beruhende Verordnung zur Aufhebung von Verordnungen nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz am 16. Dezember 2015 erlassen (BGBl. vom 23.12.2015, BGBl. I, S. 2345 ff.). Ein wesentlicher Teil der Verordnungen wird mit Wirkung zum 1. Januar 2016 aufgehoben. Hierzu zählen insbesondere die bisherige Überschussverordnung und die bisherige Kalkulationsverordnung. Mit Wirkung zum 1. April 2016 werden die Prüfungsberichtsverordnung und die Versicherungsberichterstattungsverordnung aufgehoben. Mit Wirkung erst zum 1. Juli 2017 wird die Verordnung über das Verbot von Sondervergütungen und Begünstigungsverträgen vom 17. August 1982 sowie die Bekanntmachung des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung vom 5. Juli 1934 betreffend

Krankenversicherung aufgehoben. In diesen Regelungen ist in erster Linie das Provisionsabgabeverbot enthalten sowie die Sonderregelungen zur Ausgestaltung von Gruppenversicherungsverträgen für die Private Krankenversicherung. Die Regelungen gelten nunmehr bis zum 1. Juli 2017 fort. Die Regelungen sollen in der Sache Gegenstand des Gesetzgebungsverfahrens zur Umsetzung der Europäischen Versicherungsvermittlerrichtlinie (IDD) in deutsches Recht bis Juli 2017 sein.

Gesetze zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Zum 24. Februar 2016 ist das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts (BGBl. 2016, I, S. 233) in Kraft getreten. Das Gesetz umfasst eine Änderung des § 309 Nr. 13 BGB. Nach dieser Vorschrift ist eine Bestimmung in allgemeinen Geschäftsbedingungen unwirksam, die für Erklärungen und Anzeigen gegenüber dem Verwender oder einem Dritten eine strengere Form als Textform, insbesondere Schriftform, vorsieht. Erklärungen des Verwenders der allgemeinen Geschäftsbedingungen und beidseitige Vertragserklärungen fallen nicht hierunter. Die Vorschrift gilt auch für die Versicherungsbedingungen. Sie wird als spätere Sondervorschrift zu den Vorschriften des VVG angesehen, wonach eine Schriftform vereinbart werden kann. Dies betrifft insbesondere § 208 Satz 2 VVG. Nach der Überleitungsvorschrift gilt die Regelung zwar nur für Schuldverhältnisse, die nach dem 30. September 2016 entstanden sind. Nachdem es sich um eine Vorschrift des Verbraucherschutzes handelt und die Überleitungsvorschrift erkennbar auf solche Schuldverhältnisse zugeschnitten ist, die eine Änderung der Bedingungen nicht ermöglichen, wird die Regelung auch für den Bestand in den allgemeinen Versicherungsbedingungen der Privaten Krankenversicherung umgesetzt. Dies gilt insbesondere für die vom Verband erstellten Musterbedingungswerke und die verbindlichen Bedingungswerke.

VSBG Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

Am 25. Februar 2016 wurde das Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten und zur Durchführung der Verordnung über Online-Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten (Verbraucherstreitbeilegungsgesetz – VSBG) im Bundesgesetzblatt verkündet (BGBl. 2016, I, S. 254). Das Gesetz zielt darauf, für Verbraucher bei Streitigkeiten aus einem Verbrauchervertrag grundsätzlich einen flächendeckenden Zugang zu Schlichtungsstellen zu eröffnen, der bestimmte Mindeststandards erfüllt. Betroffen hiervon ist auch der Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, er ist eine Verbraucherschlichtungsstelle im Sinne des Gesetzes. Es gilt insoweit die Überleitungsvorschrift nach Artikel 23 Abs. 2 des Gesetzes, da der PKV-Ombudsmann eine gemäß § 214 VVG anerkannte Schlichtungsstelle ist. Innerhalb von sechs Monaten ab Verkündung sind daher das Statut und die Verfahrensweise des PKV-Ombudsmanns an die Anforderungen des VSBG anzupassen. Insbesondere ist dabei Rechnung zu tragen, dass das VSBG grundsätzlich die Möglichkeit eröffnen will, im Schlichtungsverfahren umfassende Gelegenheit zur Stellungnahme zu gewähren. Der PKV-Verband wird hierzu rechtzeitig die Anpassungen vornehmen. Ungeachtet dessen müssen die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung nach Maßgabe von § 36 VSBG ihre Versicherten über die Teilnahme am Ombudsmannverfahren informieren.

Urteil des BGH vom 11. März 2015 (Az.: IV ZR 54/14)

Der Bundesgerichtshof hat (BGH) sich mit Urteil vom 11. März 2015 (Az.: IV ZR 54/14) mit der Auslegung von § 1 Abs. 3 MB/KT 2008 befasst. Die Vorschrift regelt das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung für das Bestehen des Versicherungsfalls. Arbeitsunfähigkeit und somit ein Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers liegt auch dann nicht vor, wenn dieser im Rahmen einer Wiedereingliederungsmaßnahme gemäß § 74 SGB V seiner beruflichen Tätigkeit an seinem bisherigen Arbeitsplatz nur in zeitlich beschränktem Umfang nachgeht und dabei zwar vom Arbeitgeber keinen Lohn, aber Krankengeld erhält.

Im zu beurteilenden Fall nahm ein Versicherungsnehmer nach mehrmonatiger krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit an einer stufenweisen Eingliederung in den Arbeitsprozess teil. Hierbei übte er seine bisherige berufliche Tätigkeit wieder aus. Er erhielt in dieser Zeit keinen Lohn sondern ausschließlich Krankengeld.

Der BGH vertritt hierzu die Ansicht, dass schon eine nur zum Teil gegebene Arbeitsfähigkeit ausreicht, um den Anspruch auf Krankentagegeld auszuschließen. Der Versicherungsnehmer müsse hierzu seinem Beruf in dessen konkreter Ausgestaltung lediglich teilweise nachgehen oder zumindest nachgehen können. Bereits die Auslegung anhand des Wortlauts von § 1 Abs. 3 MB/KT 2008 zeige, dass es auf den Umfang der ausgeübten Tätigkeit nicht ankomme. Auch eine davon abweichende Beurteilung aufgrund des Sinn und Zwecks der Regelung sei nicht geboten. Zwar beabsichtige diese, den Versicherungsnehmer vor Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen zu schützen. Es dürfe jedoch einem durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbar sein, dass kein umfassender Schutz gegen jegliche Einkommenseinbußen gegeben ist.

Urteil des BGH vom 24. Juni 2015 (Az.: IV ZR 181/14)

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 24. Juni 2015 (Az.: IV ZR 181/14) erneut klargestellt, dass Versicherte der Privaten Krankenversicherung nicht erwarten dürfen, dass ihr Leistungsanspruch gegenüber ihrer Versicherung den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht unterschreitet. Eine tarifliche Regelung einer Krankheitskostenversicherung, die den Leistungsanspruch des Versicherten auf ein Niveau unterhalb des Leistungsumfangs der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt, verstößt daher nicht gegen § 193 Abs. 3 VVG oder die „Substitutionsfunktion“ der Privaten Krankenversicherung.

Bereits Strukturunterschiede beider Systeme bedingen, dass der Versicherungsnehmer kein dem § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB V entsprechendes Leistungsversprechen der Privaten Krankenversicherung entnehmen kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Versicherungsnehmer – wie vorliegend – nicht im Basistarif versichert ist.

Wettbewerbsrechtliche Schritte gegen irreführende Werbung im Internet – „PKV für 59 Euro?“

Die vom PKV-Verband eingeleiteten wettbewerbsrechtlichen Schritte gegen irreführende Tarifwerbung im Internet sind fortgesetzt worden. 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.

Der PKV-Verband hat bereits den Großteil der marktrelevanten Anbieter, deren Werbung gegen das UWG verstößt, abgemahnt. In den meisten Fällen sind die wettbewerbsrechtlichen Schritte erfolgreich gewesen und mittlerweile liegen zahlreiche strafbewehrte Verpflichtungs- und Unterlassungserklärungen vor. Der PKV-Verband wird auch weiterhin mit Nachdruck gegen die Betreiber entsprechend irreführender Werbung vorgehen. Derzeit werden weitere Abmahn-schreiben sowie ein Klageverfahren vorbereitet.

Beihilfe des Bundes und der Länder

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

Beihilfe des Bundes

Am 5. Juni 2015 wurde die sechste Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 27. Mai 2015 im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015, Teil I, Nr. 21, veröffentlicht. Im Wesentlichen wurde der Verordnungsentwurf (siehe Rechenschaftsbericht 2014, S. 98) umgesetzt. Beibehalten wurde auch die Änderung in § 9 Abs. 1 Satz 2 BBhV. Damit werden – nach Abschaffung des erhöhten Bemessungssatzes auf 100 Prozent der sich nach Anrechnung der Erstattungen und Sachleistungen der Krankenkassen ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen durch die dritte Verordnung zur Änderung der BBhV von 2012 – gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte privat versicherten Beihilfeberechtigten gleichgestellt. Wie jenen werden nunmehr auch gesetzlich versicherten Beihilfeberechtigten ungeachtet der Erstattungen oder Sachleistungen der Krankenkassen beihilfefähige Aufwendungen bis zur Höhe des jeweiligen Beihilfebemessungssatzes innerhalb der durch § 48 Satz 1 BBhV gezogenen Grenze von hundert Prozent erstattet.

Für Organtransplantationen wurden für das Jahr 2016 die nachstehenden beihilfefähigen Beträge festgelegt:

- a) 18.844 Euro je transplantiertes Organ, für das kein eigenständiger Flugtransport durchgeführt wurde. Der Betrag setzt sich zusammen aus:
 - Organisationspauschale für die Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs
 - Aufwandserstattungspauschale der Entnahmekrankenhäuser
 - Transplantationsbeauftragtenpauschale
 - Finanzierungspauschale für den Betrieb der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin
- b) 26.790 Euro für extrarenale Organe (z. Zt. Herz, Leber, Lunge, Pankreas und Darm) je transplantiertes Organ, für das ein eigenständiger Flugtransport durchgeführt wurde. Der Betrag setzt sich zusammen aus:
 - den Pauschalen nach Buchstabe a) und

- Flugtransportkostenpauschale.
- c) 43.881 Euro zusätzlich zu den Pauschalen nach Buchstabe a) und b) je transplantiertes Herz, für das ein OCSTM-Einsatz durchgeführt wurde.

Beihilfe der Länder

Beihilfe des Landes Baden-Württemberg

Durch Verordnung des Finanz- und Wirtschaftsministeriums vom 2. Juni 2015 wurde die Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO) geändert. Die Neuregelungen traten zum 1. Juli 2015 in Kraft und gelten für alle ab diesem Datum entstandenen Aufwendungen. Die Änderungen betreffen u.a. Rehabilitationsbehandlungen und Kuren, Auslandsaufwendungen und Sehhilfen. Weiterhin wurde die Verwaltungskostenpauschale bei Unterschreiten der Mindestantragssumme zur Stellung von Beihilfeanträgen gestrichen und klargestellt, wann Aufwendungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Methoden ausnahmsweise beihilfefähig sein könnten. Des Weiteren wurden Regelungen zur Kostenübernahme in der Palliativversorgung und Pflegeberatung getroffen.

Beihilfe des Landes Bayern

Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof (BayVGh) entschied mit Urteil vom 14. Juli 2015 (AZ: 14 B 13.65), dass ein gravierend in seiner Sehfähigkeit eingeschränkter bayerischer Beamter Anspruch auf beihilferechtliche Erstattung der ihm ärztlich verordneten Gleitsichtgläser hat. Nach Ansicht des BayVGh ist die in § 22 Absatz 1 Satz 1 BayBhV für Erwachsene enthaltene Beschränkung der Erstattung von Aufwendungen für Sehhilfen auf einige wenige Diagnosen (z.B. Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges) nicht mit Verfassungsrecht vereinbar und damit nichtig. Begründet wird dies damit, die Beschränkung in der Bayerischen Beihilfeverordnung käme einem Teilausschluss gleich und sei mit der verfassungsrechtlich gewährleisteten Fürsorgepflicht des Dienstherrn nicht vereinbar. Dieser müsse nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung im Krankheitsfall gewährleisten. Grundsätzlich könnten zwar bestimmte Hilfsmittel ganz oder teilweise von der beamtenrechtlichen Beihilfe ausgeschlossen werden. Ärztlich verordnete Sehhilfen seien aber zumindest bei gravierenden Sehschwächen unverzichtbare Hilfsmittel, um wesentliche Verrichtungen des täglichen Lebens bewältigen zu können. Daher sei in diesen Fällen ein Ausschluss der Beihilfefähigkeit nicht zulässig.

Im Vorgriff auf eine entsprechende Anpassung der Bayerischen Beihilfeverordnung (BayBhV) bat daraufhin das Bayerische Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat darum, künftig bei der Abrechnung von Aufwendungen von Sehhilfen bei Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum Inkrafttreten einer Verordnung zur Änderung der BayBhV die Nr. 2 des § 22 Abs. 1 Satz 1 BayBhV in folgender Fassung anzuwenden:

„2. nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach schriftlicher augenärztlicher Verordnung bei

- a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
- b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder

- c) gravierender Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
- d) erheblichen Gesichtsfeldausfällen oder
- e) gravierender Sehschwäche ab -10,0 dpt.“

Die Erweiterung des Buchstaben e) gilt für entsprechende Sehhilfen, die seit dem 14. Juli 2014 beschafft wurden.

Beihilfe des Landes Brandenburg

Am 13. März 2015 trat in Brandenburg die Erste Verordnung zur Änderung der Heilfürsorgeverordnung der Polizei (Brandenburgische Polizei-Heilfürsorgeverordnung – BbgPolHV) in Kraft. Damit wurden nunmehr Vorsorgekuren auch Heilfürsorgeberechtigten, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, ohne die in § 12 Abs. 2 BbgPolHV a.F. vorgesehenen Einschränkungen gewährt, Artikel 1 Nr. 13 b) der Änderungsverordnung.

Beihilfe des Landes Hessen

Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Dienstrechts der kommunalen Wahlbeamten und zur Änderung wahlrechtlicher Vorschriften vom 28. März 2015, veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen am 9. April 2015, wurde gemäß Artikel 5 Nr. 2 der § 80 Abs. 5 Hessisches Beamtengesetz (HBG) neu gefasst. Dadurch wurde die Regierung ermächtigt, per Rechtsverordnung Regelungen bezüglich der Wahlleistungsbeihilfe zu treffen. Dies geschah mit der Dreizehnten Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung (13. ÄVO – HBeiVO) vom 28. September 2015, veröffentlicht am 16. Oktober 2015. Sie trat am 1. November 2015 in Kraft. Die gesondert berechnete Unterkunft bei der stationären Unterbringung im Krankenhaus und gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen sind nunmehr nur unter den Voraussetzungen des § 6 a HBeiVO beihilfefähig, § 6 Abs. 1 Nr. 6 b) HBeiVO, also gegen die Zahlung eines monatlichen Beitrags in Höhe von 18,90 Euro. Erforderlich dafür ist eine fristgebundene schriftliche Erklärung. Die Beihilfeberechtigten erhalten ein Wahlrecht, ob sie die Wahlleistungen durch den Zusatzbeitrag weiterhin über die Beihilfe abdecken, über eine private Versicherung finanzieren, auf die Wahlleistungen verzichten oder im Einzelfall privat bezahlen wollen.

Zu den weiteren Änderungen der 13. ÄVO – HBeiVO gehören die Aufnahme der Festschreibung der Höchstsätze von Heilpraktikerleistungen (§ 5 Absatz 1, Satz 5 HBeiVO), die Aufnahme einer Regelung für Komplextherapien (§ 5 Absatz 1 a HBeiVO) sowie die Aufnahme und Neuregelung der Pflege im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes (PSG I; § 9 HBeiVO).

Beihilfe des Landes Niedersachsen

In Niedersachsen wurde im Juni 2015 der Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Besoldungsrechts sowie zur Änderung anderer dienstrechtlicher Vorschriften nebst Begründung eingebracht. Dahinter steht die Absicht, die Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten für Beamtinnen und Beamte zu verbessern. Der Entwurf enthält u. a. eine Anpassung des Landesrechts an bundesgesetzliche Regelungen bezüglich der Organtransplantationen bei Beihilfeberechtigten und stellt klar, dass Beihilfe auch in Fällen nach Maßgabe des § 44 a Abs. 3 und 4 SGB XI (Pflegeunterstützungsgeld) gewährt wird. Analoge Anpassungen erfolgen für Heilfürsorgeberechtigte. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes ist voraussichtlich nicht vor Juni 2016 zu rechnen.

Beihilfe des Landes Nordrhein-Westfalen

Am 1. Januar 2016 trat die Sechste Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 1. Dezember 2015 in Kraft. Damit wurden die Regelungen zur Psychotherapie an Bundesrecht angepasst, die Implantatversorgung umgestaltet, das Leistungsverzeichnis für in Rechnung gestellte Beiträge von Gesundheits- und Medizinalfachberufen aus der Verwaltungsvorschrift in die Beihilfenverordnung übernommen (Anlage 5 der Verordnung) sowie die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgelistet, die von der Beihilfefähigkeit ganz oder teilweise ausgeschlossen sind (Anlage 6 der Verordnung).

4.3 Rechnungslegung

IASB-Projekt „Versicherungsverträge - Phase II“ (IFRS 4 Phase II)

Nachdem das International Accounting Standards Board (IASB) die vorerst letzte öffentliche Board-Sitzung mit technischen Beratungen zum Projekt IFRS 4 Phase II absolviert hat, wurde im Februar 2016 der Abschluss der öffentlichen Beratungen formal beschlossen. Zugleich wurde der Mitarbeiterstab des IASB beauftragt, den finalen Standard auszuformulieren. Das IASB wird das Projekt nun recht straff fortführen. Es wird erwartet, dass der interne IASB-Prozess zumindest bis Ende 2016 andauern wird. Der finale Standard wird somit frühestens für Geschäftsjahre ab 2020 verpflichtend anzuwenden sein.

Das IASB-Board nimmt momentan eine einzelvertragliche Sicht auf das Versicherungsgeschäft (unit of account) als Bilanzierungseinheit ein. Der GDV hat den einzelvertraglich basierten IASB-Vorschlag zur Bilanzierung überschussberechtigter Verträge zurückgewiesen und deutlich gemacht, dass ein finaler Standard nur akzeptiert werden kann, wenn er auf dem Portfoliogedanken aufsetzt. Angesichts der grundsätzlichen Kritik hat das IASB speziell für die Verträge im Anwendungsbereich des sogenannten „variable fee approach“ die Zulassung eines prinzipienbasierten Konzepts der Vergemeinschaftung der Kapitalerträge („mutualisation“) bei der Bestimmung der Gewinnmarge (CSM, contractual service margin) diskutiert. Auf dieser Grundlage hat das Board erste Beschlüsse zur Bilanzierung überschussberechtigter Verträge getroffen. Die Weichenstellung erfolgte durch die Annahme des sogenannten „variable fee approach“. Diese Bilanzierungslösung für Verträge mit einer direkten Überschussbeteiligung setzt auf der Idee auf, dass der Versicherer einen Anteil an den grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zustehenden Überschüssen als Vergütung („fee“) für zu erbringende Leistungen zurückbehält. Der „variable fee approach“ soll verpflichtend zur Anwendung kommen, wenn eine vertragliche bzw. regulatorische Verpflichtung des Versicherungsunternehmens besteht, Versicherungsnehmer an den Ergebnissen festgelegter Überschussquellen („underlying items“) im vordefinierten Umfang zu beteiligen (sogenannte direkte Überschussbeteiligung). Die Anwendung des „variable fee approach“ setzt zudem voraus, dass Versicherer erwarten, einen ‚substanziellen‘ Anteil an den Überschüssen aus den Beteiligungsquellen an die Versicherungsnehmer auszuschütten und dass dieser Anteil voraussichtlich mit den Ergebnissen der Beteiligungsquellen variiert.

ED/2015/11 Applying IFRS 9 Financial Instruments with IFRS 4 Insurance Contracts

Der IASB hat am 9. Dezember 2015 den Standardentwurf ED/2015/11 „Applying IFRS 9 Financial Instruments with IFRS 4 Insurance Contracts (Proposed amendments to IFRS 4)“ veröffentlicht, mit dem die Bedenken einiger interessierter Parteien hinsichtlich der unterschiedlichen verpflichtenden Erstanwendungsdaten von IFRS 9 Financial Instruments und dem neuen Versicherungsstandard adressiert werden sollen. In dem Entwurf werden zwei optionale Ansätze vorgeschlagen, die im aktuellen IFRS 4 Insurance Contracts aufgenommen werden sollen:

a) Overlay Approach:

Ein Unternehmen, das Versicherungsverträge nach IFRS 4 ausgibt, kann den aus der Anwendung von IFRS 9 resultierenden Ergebniseffekt aufgrund der FVPL-Bewertung (fair value through profit or loss) von der GuV ins OCI ausgliedern, sofern die Vermögenswerte nach IAS 39 nicht zum FVPL bewertet wurden.

b) Temporary exemption from applying IFRS 9 (Deferral Approach):

Ein Unternehmen, dessen vorherrschende Aktivität die Ausgabe von Versicherungsverträgen nach IFRS 4 ist, kann von einer temporären Ausnahme der Anwendung von IFRS 9 Gebrauch machen.

Die Verschiebung der erstmaligen Anwendung von IFRS 9 endet in jedem Fall für Berichtsperioden, die am oder nach dem 1. Januar 2021 beginnen.

Seitens der deutschen Versicherungswirtschaft wurde der ED/2015/11 Applying IFRS 9 Financial Instruments with IFRS 4 Insurance Contracts kommentiert. Der GDV unterstreicht dabei die hohe Bedeutung des Deferral Approachs.

Zusammenspiel von IFRS 4 Phase II und IFRS 9

Im Rahmen des Übernahmeverfahrens zu IFRS 9 Finanzinstrumente hat sich das Board der European Financial Reporting Advisory Group (EFRAG) am 1. September 2015 auf die Grundausrichtung der finalen Übernahmeempfehlung verständigt. Nach der Auffassung vom EFRAG-Board ergibt sich ein problematischer Zustand, wenn Versicherungsunternehmen verpflichtet werden, IFRS 9 bereits zum 1.1.2018 isoliert einzuführen. Basierend auf der Einschätzung hat das EFRAG-Board seine ansonsten positive Übernahmeempfehlung zu IFRS 9 eingeschränkt.

Wegen der Kontroverse über das Auseinanderfallen der Erstanwendungszeitpunkte von IFRS 4 Phase II und IFRS 9 hat das IASB am 20. Juli 2015 vorläufig entschieden, wie eine der Folgen des Zustands aufgefangen werden könnte. Das IASB hat einen sogenannten „overlay approach“ entwickelt, nach dem die durch eine isolierte Anwendung von IFRS 9 in der Übergangsphase auftretende Ergebnisvolatilität aus der Gewinn- und Verlustrechnung eliminiert und ins sonstige Ergebnis (OCI, other comprehensive income) verlagert werden könnte. In der an das IASB übermittelten Einschätzung des IASB-Vorschlags kritisierte der GDV, dass der „overlay approach“ voraussetzt, dass Versicherer regulär ab 2018 ihre Finanzinstrumente vollständig nach dem neuen IFRS 9 bilanzieren und gleichzeitig parallel die Ergebnisse der Bilanzierung nach dem bisherigen/alten IAS

39 ebenfalls vollständig nachhalten müssten. Mit dem IASB-Vorschlag wird der Zusammenhang von Versicherungstechnik und Kapitalanlagen erneut ignoriert.

Der IASB-Board wird den Aufschub des IFRS 9 für Versicherer weiterhin eruieren. Allerdings soll der Aufschub der obligatorischen Erstanwendung des IFRS 9 für Versicherungen mit einem Zeitlimit versehen werden. Spätestens für Geschäftsjahre ab 1. Januar 2021 soll der Aufschub auslaufen.

4.4 Aufsicht, Solvabilität und Risikomanagement

QRT-Tests 2015

Der erste Test zu den Quantitative Reporting Templates (QRT) von EIOPA auf Basis des Bewertungsstichtages 31. Dezember 2014 wurde im zweiten Quartal 2015 bis zum 3. Juni 2015 durchgeführt. Gegenstand der Säule III-Berichterstattung sind quantitative Berichtsformate im XBRL-Format in denen unter anderem Kerninformationen zur Versicherungstechnik, zum erforderlichen Solvenzkapital (SCR) und zu den Eigenmitteln abgefragt werden. Der Verband hat den Test genutzt, um eine Verbandserhebung zu Solvency II durchzuführen.

Mit dem zweiten QRT-Test, der zwischen dem 30. September und 25. November 2015 stattfand, hatten Versicherungsunternehmen erstmalig die Gelegenheit, die quartärlchen Berichtsansforderungen von Solvency II zu testen. Die BaFin und der PKV-Verband haben den zweiten QRT-Test parallel dazu genutzt, einen Einblick in die aktuelle Solvabilitätssituation der privaten Krankenversicherer zum Bewertungsstichtag 30. September 2015 zu gewinnen.

Am zweiten QRT-Test haben sich 31 private Krankenversicherungsunternehmen mit einem Marktanteil von 83% (gemessen an den verdienten Bruttobeitrags-einnahmen 2014) beteiligt. Zwei Unternehmen haben ein eigenes (internes) Bewertungsmodell verwendet. Die große Mehrheit der Unternehmen hat das Standardmodell seinen Bewertungen zu Grunde gelegt. Dabei wurde das inflationsneutrale Bewertungsverfahren (INBV), das seit dem Jahr 2004, gemeinsam von Deutscher Aktuarvereinigung und PKV-Verband in enger Abstimmung mit der BaFin entwickelt wird, von 27 Unternehmen verwendet. Dies unterstreicht die hohe Bedeutung des INBV für die Branche. Sämtliche Unternehmen erfüllen die aufsichtsrechtlichen Anforderungen an die Eigenmittelausstattung; bei den Teilnehmern liegt der Medianwert der durchschnittlichen SCR-Bedeckungsquote bei rund 400%. Diese relativ hohe Quote ist allerdings als Momentaufnahme zu bewerten. Für die Zukunft ist angesichts des fortdauernden Niedrigzinsumfeldes und der abnehmenden Ausstattung mit RfB-Mitteln mit sinkenden Quoten zurechnen. Insgesamt zeigt sich aber, dass die PKV auch in einem schwierigen Kapitalmarktumfeld die aufsichtsrechtlichen Anforderungen an die Eigenmittelausstattung gut erfüllt und sehr solide ist.

Entwicklungen auf europäischer und nationaler Ebene

Nach mehr als einem Jahrzehnt intensiver Vorbereitungen, die bis zum Jahreswechsel andauerten, ist das neue Aufsichtssystem nun am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Die Umsetzungsarbeiten an Solvency II, aber auch in anderen Bereichen der Versicherungsaufsicht gehen jedoch bereits weiter. So wird aktuell der Start der Konsultationen zur Prüfungsberichteverordnung und zur

Versicherungsberichterstattungsverordnung erwartet. Auf der europäischen Ebene wird die EIOPA weiterhin mit Leitlinien und Stellungnahmen in Erscheinung treten – und auch eine stetige Weiterentwicklung von Solvency II ist bereits angedacht.

Aus PKV-Sicht sind die folgenden europäischen und nationalen Vorhaben in der nahen Zukunft bedeutsam:

- Konsultationen der Prüfungsberichterstattungsverordnung und der Versicherungsberichterstattungsverordnung.
- Verordnung zum Neuerlass von VAG-Verordnungen.
- Anpassung der Delegierten (Solvency II-) Verordnung.
- Erneute EIOPA-Konsultation zur Methodik und Höhe der Ultimate Forward Rate (UFR) unter Solvency II.
- EIOPA-Rekalibrierungsprojekt (geplanter zweistufiger Abschluss bis 2018 und 2020).

Parallel zum aktuellen Day-One-Reporting (Stichtag: 1. Januar 2016; Abgabefrist: 20. Mai 2016) und zum ersten regulären Quartalsreporting (Stichtag: 31. März 2016; Abgabefrist: 27. Mai 2016) rücken Säule II-Themen stärker in den Fokus der europäischen Aufseher. Im Mittelpunkt stehen dabei derzeit ORSA-Fragen.

4.5 Steuern

Zuführungen zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung werden, obwohl es sich der Sache nach um Betriebsausgaben handelt, steuerlich nur nach Maßgabe von § 21 KStG steuerlich anerkannt. Die durch die Körperschaftsteuerreform 1976 eingeführte Vorschrift führt zum Teil zu einer nicht gerechtfertigten Beschränkung der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Aufwendungen für Beitragsrückerstattungen. Die Vorschrift ist daher schon seit längerem in der Diskussion. Im Vorgriff auf eine umfassende Reform wurde § 21 KStG bislang jeweils befristet modifiziert, insbesondere der Zuführungszeitraum wurde von drei auf fünf Jahre verlängert. Die bis zum Ende des Veranlagungszeitraums 2015 geltende Fassung des § 21 KStG wurde durch das Steueränderungsgesetz 2015 vom 5. November 2015 (BGBl. I, S. 1834) erneut verlängert und nach Maßgabe der Übergangsvorschrift des § 34 Abs. 8 KStG inhaltlich geändert. Aufgrund der Neuregelung wurde das bisherige „Übergangsregime“ erstreckt auf die Veranlagungszeiträume 2016 und 2017. Zum anderen wurde die bisherige Begrenzung der Zuführung auf das 1,2-fache der Summe zum Schluss des Veranlagungszeitraums 2009 gestrichen. Hintergrund dieser Fortschreibung ist die weiter fortdauernde Niedrigzinsphase und daher der notwendige langfristige Erhalt von RfB-Mitteln, auch um die aufsichtsrechtlichen Anforderungen nach Solvency II zu erfüllen. Ungeachtet dessen beteiligt sich der PKV-Verband über den GDV weiterhin an den Bemühungen zu einer umfassenderen Reform des § 21 KStG. Ziel ist es insbesondere, die erfolgsunabhängige Rückstellung für Beitragsrückerstattung in den Anwendungsbereich einzubeziehen.

Die Bundesregierung hat im Februar 2016 den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Investmentbesteuerung vorgelegt. Die Bundesregierung will mit der Neukonzeption einer möglichen Europarechtswidrigkeit sowie einer vermeintlich hohen Gestaltungsanfälligkeit der bestehenden Investmentfondsbesteuerung begegnen und damit verbundene fiskalische Risiken vermeiden. Für die Private

Krankenversicherung ist von besonderer Bedeutung die Reform der Besteuerung von Publikums-Investmentfonds. In Zukunft sollen als Investmenterträge bei Publikumsfonds Ausschüttungen des Investmentfonds, sog. Vorabpauschalen zur Gewährleistung einer laufenden Besteuerung sowie die Gewinne aus der Veräußerung von Investmentanteilen besteuert werden. Die Bundesregierung strebt an, dass durch die Reform die Altersvorsorge nicht beeinträchtigt werden soll. Im Hinblick auf die Schonung der Altersvorsorge stehen allerdings die Produkte der Lebens- und Rentenversicherung im Vordergrund. Die nach Art der Lebensversicherung betriebene Kranken- und Pflegeversicherung ist von der „laufenden Besteuerung“ anhand der Vorabpauschalen ausgenommen.

Mit Urteil vom 6. Mai 2015 – Az. I R 7/14 – hat der Bundesfinanzhof über das vom PKV-Verband unterstützte Musterverfahren zur steuerlichen Abzinsung der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung nach dem Pflegepoolvertrag in der für die Streitjahre 2005 bis 2007 maßgeblichen Fassung entschieden. Im Ergebnis hat der Bundesfinanzhof die von der Finanzverwaltung eingeforderte Abzinsung der Rückstellung in Fortsetzung seiner Entscheidung zum Streitjahr 2000 (BStBl. II 2010, S. 304 ff.) bestätigt. Aufgrund der in der Vorinstanz durch Auslegung des Poolvertrages getroffenen Tatsachenfeststellung geht der Bundesfinanzhof davon aus, dass die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung nach dem Poolvertrag nicht verzinslich im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 3a Buchstabe e) i.V.m. Nr. 3 Satz 2 EStG ist. Für die Abzinsung kommt es nach Auffassung des Bundesfinanzhofs nicht auf eine kalkulatorische Verzinsung bzw. Abzinsung an, sondern darauf, ob die dem Bilanzausweis der Rückstellung zugrunde liegende Verpflichtung selbst (hier die Verpflichtung zur Minderung der Nettobedarfsbeiträge im Rahmen des Poolvertrages) verzinslich ist. Nach Maßgabe dieser Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs ist daher die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung nach dem Pflegepoolvertrag abzuzinsen.

In dem weiteren vom PKV-Verband unterstützten Musterverfahren zu der Frage, 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 als Betriebsvermögensminderung abzuziehen sind, hat der Bundesfinanzhof mit Urteil vom 15. April 2016 (Az. I R 61/14) entschieden. Die schriftliche Fassung des Urteils liegt noch nicht vor. Der Tenor der Entscheidung bestätigt allerdings die Auffassung der Privaten Krankenversicherung, dass im Rahmen der Steuerermäßigung gemäß § 34c EStG sowohl die rechnungsmäßigen Zinsen als auch die außerrechnungsmäßigen Zinsen nicht als Betriebsausgaben berücksichtigt werden. Abzuziehen sind allerdings die Verwaltungskosten. Offen ist noch, nach welchem Verfahren die rechnungsmäßigen bzw. außerrechnungsmäßigen Zinsen zu bestimmen sind. Die schriftliche Urteilsbegründung hierzu bleibt abzuwarten.

Im Berichtszeitraum sind eine Reihe von höchstrichterlichen Entscheidungen zur Umsatzsteuerpflicht bestimmter Leistungen der Gesundheitsversorgung ergangen. Die Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs zeigt dabei eine deutliche Tendenz, der restriktiven Umsetzung der Mehrwertsteuersystemrichtlinie für Heilbehandlungen durch das deutsche Umsatzsteuergesetz unter Rückgriff auf die europarechtlichen Regelungen eine erweiternde Interpretation entgegenzusetzen. Mit Urteil vom 24. September 2014 (Az. V R 19/11) hat der Bundesfinanzhof entschieden, dass Umsätze aus der Verabreichung von Zytostatika im Rahmen einer ambulanten in einem Krankenhaus durchgeführten ärztlichen

Heilbehandlung, wenn die Zytostatika individuell für den einzelnen Patienten in der Apotheke dieses Krankenhauses hergestellt werden, als ein mit der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundener Umsatz gemäß § 4 Nr. 16 UStG umsatzsteuerfrei sind. Nach Umsetzung des Urteils auch durch die Finanzverwaltung, die zwischenzeitlich den Entwurf eines Begleitschreibens zur Umsetzung des Urteils vorgelegt hat, stehen daher entsprechende Rückforderungsansprüche der Versicherten im Raum, die im Fall der Erstattung der Aufwendungen durch den Versicherer nach § 194 Abs. 1 Satz 1 VVG i.V.m. § 86 Abs. 1 VVG auf den jeweiligen Versicherten übergehen.

Im Anschluss an die bisherige Rechtsprechung hat der Bundesfinanzhof mit Urteil vom 18. März 2015 (Az. XI R 38/13) entschieden, dass sich die Beschränkung der Umsatzsteuerfreiheit für Krankenhausleistungen nach § 4 Nr. 14b Satz 2 aa) Umsatzsteuergesetz auf die Krankenhäuser, die an der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen teilnehmen, unionsrechtswidrig sei. Die Beschränkung sei unvereinbar mit Art. 132 Abs. 1b Mehrwertsteuersystemrichtlinie. Entsprechend dieser europarechtlichen Vorgabe stellt der Bundesfinanzhof für die Umsatzsteuerfreiheit darauf ab, ob die Leistungserbringung in sozialer Hinsicht unter Bedingungen erfolgt, welche mit den Bedingungen von Krankenhäusern in anerkannten Einrichtungen vergleichbar sei. Unter diesen Voraussetzungen können daher auch Privatkliniken die Umsatzsteuerbefreiung in Anspruch nehmen, unabhängig von dem nach dem deutschen Umsatzsteuergesetz bestehenden „sozialversicherungsrechtlichen Bedarfsvorbehalt“.

4.6 Internationale Zusammenarbeit

PKV-Veranstaltung in Brüssel

Auf Initiative des PKV-Verbandes diskutierten am 4. Februar 2015 in Brüssel Vertreter mehrerer europäischer Versicherungsverbände mit dem EU-Kommissar für Digitale Wirtschaft und Gesellschaft, Günther Oettinger (CDU), auf einer gemeinsamen Veranstaltung zum Thema „eHealth: Tailor-made healthcare“. Neben dem PKV-Verband (Deutschland) waren dies die Fédération Française des Sociétés d'Assurances (Frankreich), die Polska Izba Ubezpieczeń (Polen), Assuralia (Belgien) sowie der Versicherungsverband Österreich.

Vor rund siebzig Teilnehmern aus EU-Institutionen und Verbänden erläuterte Oettinger die Dynamik der digitalen Revolution, die ungeahnte Möglichkeiten für Wirtschaft und Gesellschaft und damit auch den Gesundheitssektor schaffe. Dabei unterstrich der EU-Kommissar die großen Chancen, die neue Technologien auch für Krankenversicherer böten. Um den europäischen Gesundheitsmarkt so attraktiv wie möglich zu machen, sei es aber wichtig, dass die neuen elektronischen Dienstleistungen untereinander kompatibel und vor allem grenzüberschreitend nutzbar seien. Der Kommissar bot den gastgebenden Verbänden an, hierzu in einen kontinuierlichen, persönlichen Austausch mit ihm und seinem Kabinett zu treten. Oettinger betonte, dass das Nebeneinander von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen richtig sei, da die Dualität Vielfalt, Auswahlmöglichkeit und Kosteneffizienz schaffe.

Zwar bestehe in Deutschland, Frankreich, Polen, Belgien und Österreich je ein unterschiedlicher Rechtsrahmen für die private Absicherung, erklärte der Vorsitzende des PKV-Verbandes, Uwe Laue. Doch wachse in all diesen Ländern die Bedeutung der Privaten Krankenversicherung. Angesichts der

allgemeinen Alterung der Bevölkerung, steigenden Kostendrucks, aber auch neuer technischer Möglichkeiten könnten eHealth-Dienste die Effizienz des Gesundheitssystems steigern. So können technische Fortschritte die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen maßgeblich bereichern, medizinische Innovationen fördern und die Absicherung erleichtern.

EU-Richtlinie zu Versicherungsvermittlungen

Nach mehrjährigen Verhandlungen konnte das Europäische Parlament Ende 2015 die Neufassung der Richtlinie zu Versicherungsvermittlungen, die in Richtlinie zum Versicherungsvertrieb (IDD) umbenannt wurde, verabschieden. Mit der neuen Richtlinie erhalten die Verbraucher das Recht auf mehr Informationen, Provisionszahlungen an die Versicherungsvermittler sollen transparenter werden und diese selbst sollen mehr Rechtssicherheit erhalten.

Für die PKV stand während der langen Verhandlungen der letzten Jahre insbesondere im Fokus, dass die verbraucherrechtlichen Regelungen auch gelten, wenn private Krankenversicherungen durch gesetzliche Krankenkassen oder andere Sozialversicherungsträger vermittelt werden. Dieses Ziel konnte erreicht werden.

Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP)

Die Verhandlungen zwischen der Europäischen Union und den USA zum Transatlantischen Freihandelsabkommen dauerten auch 2015 weiter an. Nachdem aus den bisherigen Verhandlungsrunden keine eindeutigen Ergebnisse zu den vom geplanten Abkommen umfassenden Bereichen erzielt wurden, zeigten die vom PKV-Verband mit der Europäischen Kommission geführten Gespräche, dass der Bereich Finanzdienstleistungen in den Anwendungsbereich von TTIP fallen wird. Eine finale Eingrenzung wurde hierzu jedoch noch nicht beschlossen.

Somit könnte auch die PKV vom Transatlantischen Freihandelsabkommen betroffen sein. Laut EU-Kommission sollen jedoch wie im CETA-Abkommen mit Kanada für den Betrieb der Finanzdienstleistungen die jeweiligen aufsichtsrechtlichen Anforderungen des Marktes gelten, in dem das Produkt angeboten wird. Der PKV-Verband steht in dieser Sache im konstruktiven Austausch mit den Verhandlungsführern der EU-Kommission.

Grünbuch über Finanzdienstleistungen

Am 10. Dezember 2015 hat die Europäische Kommission ein Grünbuch über „Finanzdienstleistungen für Privatkunden: Bessere Produkte, größere Auswahl und mehr Möglichkeit für Verbraucher und Unternehmen“ veröffentlicht.

Gegenstand der Konsultation ist der europaweite Privatkundenmarkt für Finanzprodukte. Die Kommission verfolgt das Ziel, Hemmnisse für den grenzüberschreitenden Vertrieb und Erwerb von Finanzprodukten abzubauen. Unabhängig von ihrem Wohnsitz sollen Verbraucher einen diskriminierungsfreien Zugang zu Finanzdienstleistungsangeboten erhalten. Hierzu soll das Grünbuch die Diskussion auf europäischer und auf nationaler Ebene anregen.

Es bildet eine Aufforderung an das Europäische Parlament und den Rat, die übrigen EU-Organe, die nationalen Parlamente und alle interessierten Kreise,

Vorschläge für mögliche kurz- und längerfristige Maßnahmen zu unterbreiten, mit denen sich ein gut funktionierender und wettbewerbsfähiger europäischer Markt in diesem Bereich verwirklichen ließe.

Für die Versicherungswirtschaft ist das Grünbuch von Bedeutung, da die Branche inhaltlich von einer Fülle von Themen betroffen ist. Der PKV-Verband hat sich dementsprechend mit einer eigenen Stellungnahme an der Konsultation beteiligt.

Europäische Datenschutzgrundverordnung

Bereits im Januar 2012 schlug die Europäische Kommission eine umfassende Reform der Datenschutzvorschriften in der EU vor, mit der das Datenschutzrecht innerhalb Europas vereinheitlicht werden sollte. Die Vollendung dieser Reform war eine politische Priorität für das Jahr 2015. Nach über vier Jahren Verhandlungen hat das Europäische Parlament im Dezember 2015 den Kompromiss zur EU-Datenschutzgrundverordnung sowie zur EU-Richtlinie Datenschutz Polizei- und Justizzusammenarbeit gebilligt.

Während des mehrjährigen Legislativverfahrens stand für die PKV insbesondere die Verarbeitung von Gesundheitsdaten beim Abschluss von Versicherungsverträgen und bei der Erfüllung von Ansprüchen im Fokus. Hierzu bildet der im Frühjahr 2016 abzustimmende Text der neuen Datenschutzgrundverordnung die Forderungen des PKV-Verbandes im Wesentlichen ab.

Die Verordnung wird 20 Tage nach der Veröffentlichung im EU-Amtsblatt in Kraft treten und zwei Jahre nach der Veröffentlichung wirksam sein. Die Mitgliedstaaten haben zwei Jahre Zeit, die Bestimmungen der Richtlinie in nationales Recht umzusetzen.

Insurance Europe

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

Die politische Debatte zur EU-Datenschutz-Grundverordnung nahm einen weiteren, großen Raum innerhalb der Zusammenarbeit zwischen dem PKV-Verband und Insurance Europe ein. Zudem stellte der Richtlinienvorschlag über Versicherungsvermittlung (IDD) einen wesentlichen Arbeitsschwerpunkt im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit dar.



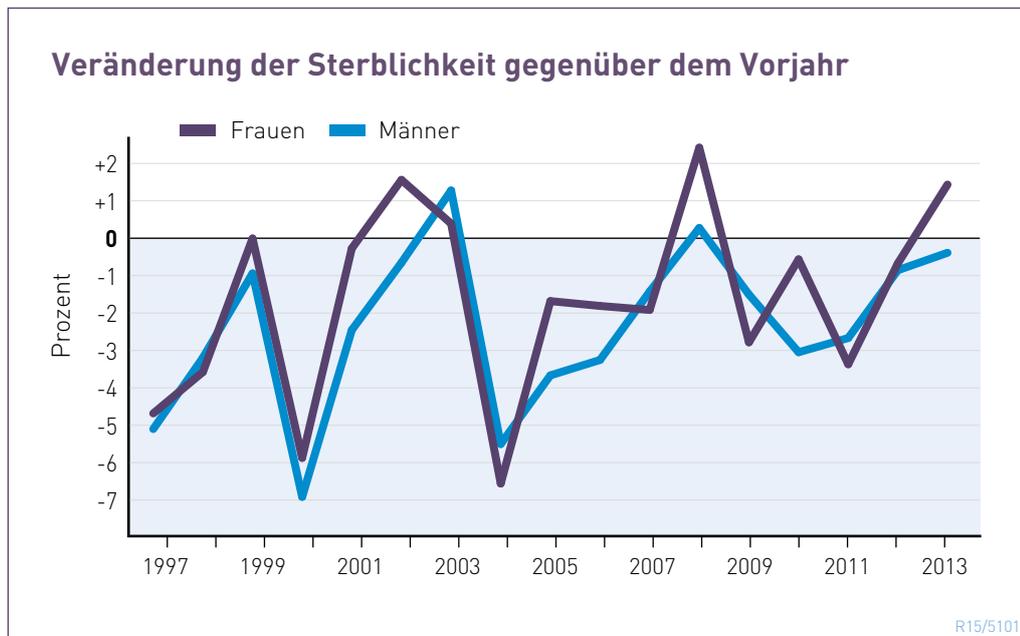
5. Aktuarielle Schwerpunkte



5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2016“

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 elf weitere Aktualisierungen. In den letzten Jahren wurde die PKV-eigene Sterbetafel jährlich angepasst. Die zuletzt gültige Tafel PKV-2015 basiert auf den Statistiken der Jahre 1996 bis 2012 und enthält eine Projektion auf das Jahr 2019. Die Untersuchung der Sterblichkeitsdaten des Jahres 2013 führte zu dem Ergebnis, dass die Sterblichkeit bei den Männern wie im Vorjahr etwas abgenommen hat. Bei den Frauen ist hingegen ein leichter Anstieg der Sterblichkeit zu beobachten. Der Trend für die Extrapolation wurde aber weiter leicht reduziert. Zusätzlich war nun die Projektion auf das Jahr 2020 vorzunehmen, um die neue Sterbetafel PKV-2016 zu erstellen. Diese Tafel wurde für die Beitragsanpassungen ab 1. Januar 2016 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-2015 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.

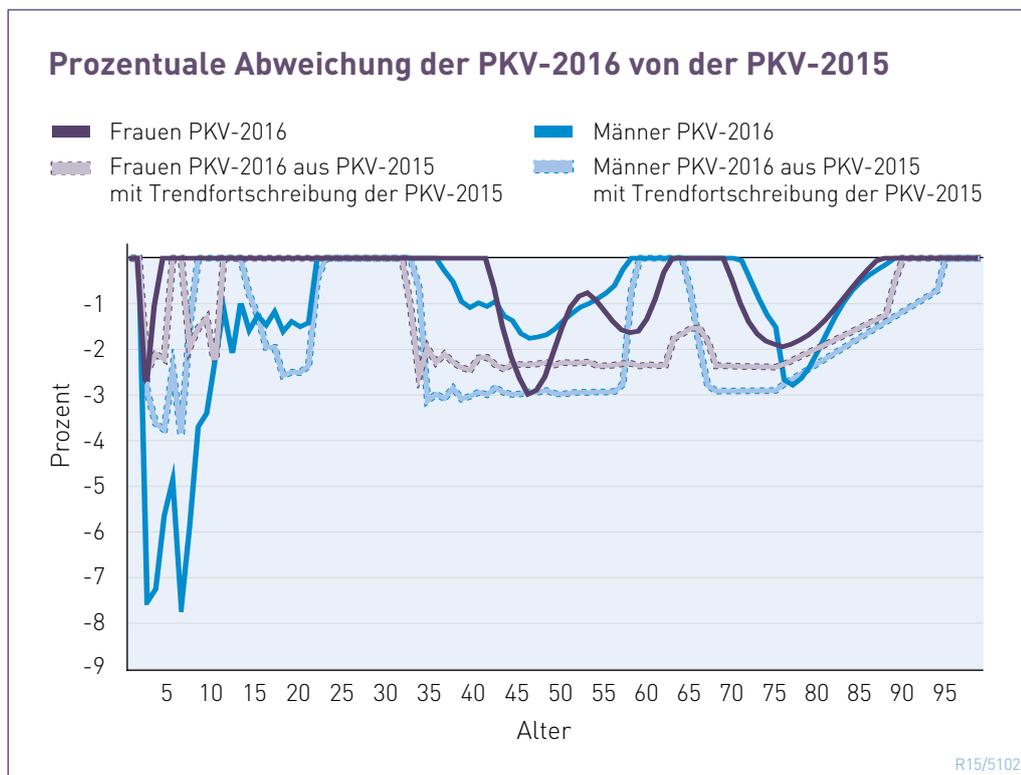
Auch für die Ermittlung der Sterbetafel PKV-2016 wurde das Verfahren unverändert durchgeführt. Es besteht aus folgenden Schritten:

- Erhebung der Ausgangsdaten
- Ermittlung der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten
- Ausgleich über die Alter nach Whittaker-Henderson
- Ausgleich über die Jahre 1996 bis 2013 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 2013. 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 2020. 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-2015) beschränkt, da Sterblichkeitsverschlechterungen auch in einzelnen Altern aus Sicherheitsgründen nicht zugelassen werden.

Der marginal reduzierte Trend in der Berechnung der PKV-2016 gegenüber der PKV-2015 führt bei der Projektion auf das Jahr 2020 im Erwachsenenbereich in vielen Altersbereichen zu geringeren Veränderungen, als wenn die Tafel PKV-2015 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-2016 bzw. der weiter extrapolierten Tafel PKV-2015 von der Tafel PKV-2015. Trotz dieses reduzierten Trends liegen die neuen Werte in einigen Altern über denen der Tafel PKV-2015. 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-2014, -2015 und -2016 dargestellt, sondern auch die aus der allgemeinen Sterbetafel der Bevölkerung (Quelle: Statistisches Bundesamt), die aus den Daten der Jahre 2010 bis 2012 berechnet wurde.

Restliche Lebenserwartung in Jahren								
Alter	Frauen				Männer			
	Bevölkerung*	PKV-2014	PKV-2015	PKV-2016	Bevölkerung*	PKV-2014	PKV-2015	PKV-2016
0	82,80	87,57	87,66	87,71	77,72	84,32	84,42	84,49
10	73,14	77,67	77,75	77,81	68,10	74,43	74,52	74,59
20	63,22	67,76	67,84	67,90	58,24	64,55	64,65	64,71
30	53,36	57,88	57,96	58,02	48,55	54,77	54,87	54,94
40	43,57	47,99	48,07	48,13	38,92	44,93	45,03	45,10
50	34,04	38,25	38,33	38,38	29,65	35,26	35,35	35,41
60	25,03	28,82	28,89	28,93	21,28	26,05	26,13	26,19
70	16,61	19,79	19,85	19,89	13,87	17,40	17,49	17,55
80	9,17	11,45	11,49	11,51	7,68	9,78	9,84	9,88
90	4,21	5,39	5,39	5,39	3,66	4,62	4,62	4,62
100	2,06	2,17	2,17	2,17	1,90	2,13	2,13	2,13

* Quelle: Sterbetafel Deutschland 2010/12, Statistisches Bundesamt (Stand: 22. April 2015)

R15/5103

Modellrechnungen haben ergeben, dass die geringe Änderung der Sterbetafel von PKV-2015 auf PKV-2016 auch nur einen sehr geringen Einfluss auf die Beiträge hat.

5.2 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 Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG i. d. F. bis 31. Dezember 2015, § 155 Abs. 3 i. d. F. ab 1. Januar 2016) 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 rechnermäßigen 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 Bestände und Leistungen, 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 bis 31. Dezember 2015) bzw. Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV ab 19. April 2016) 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 Berechnungsgrundlagen 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 zugewandert 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 allen Beobachtungseinheiten der Auslösende Faktor "Leistung" an. Deshalb wurden zum 1. Juli 2015 in allen Beobachtungseinheiten Beitragsanpassungen notwendig.

Im Standardtarif für Nicht-Beihilfeberechtigte STN (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach der Auslösende Faktor "Leistung" nur in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen an. Deshalb wurde dort zum 1. Juli 2015 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 allen Beobachtungseinheiten der Auslösende Faktor „Leistung“ an. Deshalb wurden zum 1. Juli 2015 in allen Beobachtungseinheiten Beitragsanpassungen notwendig.

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 keiner Beobachtungseinheit der Auslösende Faktor "Leistung" an.

Sowohl im BTN als auch im BTB lagen in der Beobachtungseinheit der Männer die Auslösenden Faktoren „Sterblichkeit“ absolut über der Grenze von 5 Prozent. So ergab sich die Notwendigkeit der Beitragsanpassung auch für die Beobachtungseinheit Männer des BTN.

In der geschlechtsunabhängig kalkulierten Version des Basistarifs BTB-Unisex (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach in der Beobachtungseinheit der Erwachsenen der Auslösende Faktor „Leistung“ an, so dass auch hier zum 1. Juli 2015 eine Beitragsanpassung notwendig wurde.

In der geschlechtsunabhängig kalkulierten Version des Basistarifs BTN-Unisex (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen der Auslösende Faktor „Leistung“ an. Auch hier wurde daher zum 1. Juli 2015 eine Beitragsanpassung durchgeführt.

In beiden geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen lagen außerdem in den Beobachtungseinheiten der Erwachsenen die Auslösenden Faktoren "Sterblichkeit" absolut über der Grenze von 5 Prozent. Deshalb wurde im BTN-Unisex zum 1. Juli 2015 auch eine Beitragsanpassung in der Beobachtungseinheit der Erwachsenen notwendig.

Die Beiträge wurden gemäß den in § 10 der KalV (bzw. KVAV) 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.

Beitragsanpassungen im Standardtarif zum 1. Juli 2015 (STN Kinder und Jugendliche, STB)

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge im Standardtarif für Beihilfeberechtigte 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 2013 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 werden zur Kalkulation herangezogen, wenn keine ausreichenden Bestände für eine Kalkulation vorhanden sind. Dies war bei den Kindern und Jugendlichen im STB und STN sowie in den unteren Altersbereichen im STB der Fall.

Die rechnungsmäßigen Kopfschäden des STB wurden zum einen aus dem Tarif selbst und zum anderen aus den Daten der Stütztarife hergeleitet, wobei die

PKV-Kopfschadenstatistik der Beihilfe-Tarife die Grundlage der Stütztarife bildete. Die so ermittelten Kopfschäden wurden mittels geeigneter Korrekturfaktoren an das Leistungsniveau des Standardtarifs angepasst. Die Kalkulation wurde getrennt für den nicht-stationären Teil (Arzneien und Verbandmittel, Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung sowie übrige ambulante Leistungen) und für den stationären Teil (allgemeine Krankenhausleistungen) bei einem Erstattungssatz von 100 Prozent durchgeführt. Diese Trennung ist hier vorzunehmen, da der eigentliche Tarif eines Versicherten auf dessen Beihilfeeinstufung abgestellt sein muss. Die Beihilfe leistet in einigen Bundesländern unterschiedliche Anteile im ambulanten und stationären Bereich, so dass der STB hier auch unterschiedliche ergänzende prozentuale Erstattungen vorsehen muss.

Bei den Kindern und Jugendlichen im STB basierte die Berechnung der Kopfschäden vollständig auf den Daten der Stütztarife, da der Tarif selbst in dieser Personengruppe sehr gering besetzt ist.

Da der STN in der Beobachtungseinheit der Kinder und Jugendlichen keine ausreichenden Bestände aufweist, konnten die Daten des STN nicht zur Kalkulation herangezogen werden. Die Daten von geeigneten Stütztarifen wurden durch eine Umfrage unter den PKV-Mitgliedsunternehmen ermittelt. Die beobachteten Kopfschäden der Stütztarife der Jahre 2011 bis 2013 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 der Jahre bis 2011 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 2015 639,38 Euro.

Für ausgewählte Alter sind in der nachfolgenden Tabelle die ab 1. Juli 2015 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Männer und Frauen (einschl.

des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) bei Ansatz des beispielhaften Verbands-Kostensatzes des Standardtarifs für Beihilfeberechtigte den zuletzt gültigen Prämien sowie dem Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2015 gegenübergestellt.

STB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag							
50 Prozent Erstattung							
Alter	Frauen			Männer			Entspr. Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2015
	Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Brutto-Neugeschäftsbeiträge			
	ab 1.7.2015	ab 1.7.2011	Veränderung	ab 1.7.2015	ab 1.7.2011	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro
21	137,38	146,05	- 5,94	124,53	124,72	- 0,15	319,69
25	146,64	155,21	- 5,52	135,07	135,06	+ 0,01	319,69
30	154,57	163,19	- 5,28	145,32	146,25	- 0,64	319,69
35	157,87	166,97	- 5,45	151,98	153,68	- 1,11	319,69
40	163,46	172,84	- 5,43	161,29	163,32	- 1,24	319,69
45	173,36	182,52	- 5,02	174,91	177,50	- 1,46	319,69
50	184,91	193,15	- 4,27	191,11	193,93	- 1,45	319,69
55	197,66	204,64	- 3,41	209,62	212,03	- 1,14	319,69
60	192,61	197,53	- 2,49	209,83	211,04	- 0,57	319,69
65	207,26	210,83	- 1,69	232,04	231,99	+ 0,02	319,69
70	223,53	225,65	- 0,94	256,31	255,98	+ 0,13	319,69
75	239,80	240,51	- 0,30	279,00	280,72	- 0,61	319,69
80	255,70	253,65	+ 0,81	298,37	305,11	- 2,21	319,69
85	271,45	266,61	+ 1,82	312,82	332,29	- 5,86	319,69
90	285,15	279,96	+ 1,85	320,90	363,58	- 11,74	319,69
95	295,27	292,58	+ 0,92	327,10	393,21	- 16,81	319,69
100	296,49	304,67	- 2,68	330,50	413,97	- 20,16	319,69

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.

R15/5201

STB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag 30 Prozent Erstattung

Alter	Frauen			Männer			Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2015
	Brutto-Neugeschäfts- beiträge			Brutto-Neugeschäfts- beiträge			
	ab 1.7.2015	ab 1.7.2011	Verände- rung	ab 1.7.2015	ab 1.7.2011	Verände- rung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro
21	82,42	87,63	-5,95	74,71	74,83	-0,16	191,81
25	87,99	93,13	-5,52	81,05	81,04	+0,01	191,81
30	92,74	97,91	-5,28	87,20	87,75	-0,63	191,81
35	94,72	100,18	-5,45	91,18	92,21	-1,12	191,81
40	98,08	103,71	-5,43	96,78	97,99	-1,23	191,81
45	104,02	109,52	-5,02	104,95	106,50	-1,46	191,81
50	110,95	115,89	-4,26	114,66	116,36	-1,46	191,81
55	118,59	122,79	-3,42	125,76	127,22	-1,15	191,81
60	115,57	118,52	-2,49	125,90	126,62	-0,57	191,81
65	124,36	126,50	-1,69	139,23	139,19	+0,03	191,81
70	134,12	135,39	-0,94	153,79	153,59	+0,13	191,81
75	143,88	144,31	-0,30	167,40	168,43	-0,61	191,81
80	153,42	152,19	+0,81	179,02	183,07	-2,21	191,81
85	162,87	159,97	+1,81	187,69	199,38	-5,86	191,81
90	171,09	167,98	+1,85	192,54	218,15	-11,74	191,81
95	177,16	175,55	+0,92	196,26	235,93	-16,81	191,81
100	177,89	182,80	-2,69	198,30	248,38	-20,16	191,81

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.

R15/5202

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.

In den nachfolgenden Tabellen sind die ab 1. Juli 2015 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Kinder und Jugendliche für die Tarifstufen STB (100 Prozent und 20 Prozent Erstattung) und STN aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Die zuletzt gültigen Prämien sind zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

STB: Monatliche Beiträge							
		100 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäfts- beiträge			20 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäfts- beiträge		
Alter		ab 1.7.2015	ab 1.7.2011	Verände- rung	ab 1.7.2015	ab 1.7.2011	Verände- rung
		in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent
Kinder	0 - 15	135,56	126,71	+6,98	27,11	25,34	+6,99
Jugendliche (weiblich)	16 - 20	173,19	149,77	+15,64	34,64	29,95	+15,66
Jugendliche (männlich)	16 - 20	130,39	118,61	+9,93	26,08	23,72	+9,95

R15/5203

STN: Monatliche Beiträge				
		Brutto-Neugeschäftsbeiträge		
Alter		ab 1.7.2015	ab 1.7.2011	Veränderung
		in Euro	in Euro	in Prozent
Kinder	0 - 15	108,62	114,33	-4,99
Jugendliche (weiblich)	16 - 20	145,10	141,47	+2,57
Jugendliche (männlich)	16 - 20	114,06	105,25	+8,37

R15/5204

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

Beitragsanpassungen im Basistarif zum 1. Juli 2015 (BTN Männer, BTN-Unisex, BTB, BTB-Unisex Erwachsene)

Eine Grundlage der Kalkulationen der Beiträge des Basistarifs bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2016 mit Projektion auf das Jahr 2020, allerdings für Erwachsene ohne Begrenzung auf die Vorgängertafel PKV-2015. 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 2013 abgeleitet. Gemäß § 5 Abs. 2 KalV (bzw. KVAV) 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.

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 2015 ergaben, zu Grunde. Für die Beobachtungseinheiten Männer im BTN sowie 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 und des BTB-Unisex bildeten für alle Beobachtungseinheiten Kopfschäden des STB, die aus Daten der Jahre 2011-2013 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 2013 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 VAG i. d. F. bis 31. Dezember 2015, § 154 Abs. 1 i. d. F. ab 1. Januar 2016), 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 2010–2012 des PKV-Verbandes und den Anteilen an den Gesamtkopfschäden aus BaFin-Profilen des Jahres 2013 berechnet.

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 2013 Teilkopfschäden für die Alter von 21 bis 67 hergeleitet.

Gemäß § 12 Abs. 1a VAG (i. d. F. bis 31. Dezember 2015, § 152 Abs. 1 i. d. F. ab 1. Januar 2016) 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 Selbstbehalten, 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 2013 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 (i. d. F. bis 31. Dezember 2015, § 152 Abs. 3 i. d. F. ab 1. Januar 2016) darf der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag ergab sich für das Jahr 2015 aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung. 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 2015 betrug der Höchstbeitrag der GKV 639,38 Euro, der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz 0,9 Prozent. 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 (i. d. F. bis 31. Dezember 2015, § 154 Abs. 1 i. d. F. ab 1. Januar 2016) 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 den nachfolgenden Tabellen sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2015 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent für Frauen und Männer bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für die Tarifstufe BTB (30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Zum Vergleich sind die zuletzt gültigen Prämien und der ab 1. Januar 2015 gültige Höchstbeitrag der GKV ebenfalls abgebildet.

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

Alter	Frauen			Männer			Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2015 in Euro
	Brutto-Neugeschäfts- beiträge			Brutto-Neugeschäfts- beiträge			
	ab 1.7.2015 in Euro	ab 1.7.2013 in Euro	Verände- rung in Prozent	ab 1.7.2015 in Euro	ab 1.7.2013 in Euro	Verände- rung in Prozent	
21	199,18	210,78	-5,50	191,32	199,51	-4,11	191,81
25	204,05	215,58	-5,35	196,64	204,81	-3,99	191,81
30	208,14	219,71	-5,27	201,54	210,19	-4,12	191,81
35	209,48	221,57	-5,46	203,95	213,18	-4,33	191,81
40	212,00	224,37	-5,51	207,78	217,26	-4,36	191,81
45	216,87	229,08	-5,33	214,06	223,80	-4,35	191,81
50	222,60	234,19	-4,95	221,79	231,56	-4,22	191,81
55	229,04	239,83	-4,50	230,98	240,41	-3,92	191,81
60	214,94	223,83	-3,97	220,02	227,96	-3,48	191,81
65	223,01	231,05	-3,48	232,55	239,75	-3,00	191,81
70	232,79	239,93	-2,98	248,03	255,03	-2,74	191,81
75	243,29	249,48	-2,48	264,55	272,43	-2,89	191,81
80	253,95	258,34	-1,70	280,15	290,33	-3,51	191,81
85	264,66	267,22	-0,96	292,85	309,49	-5,38	191,81
90	274,42	276,40	-0,72	300,69	330,23	-8,95	191,81
95	282,40	285,33	-1,03	306,94	350,30	-12,38	191,81
100	283,46	292,08	-2,95	309,72	363,83	-14,87	191,81

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.

R15/5205

BTB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

50 Prozent Erstattung

Alter	Frauen Brutto-Neugeschäfts- beiträge			Männer Brutto-Neugeschäfts- beiträge			Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2015 in Euro
	ab 1.7.2015	ab 1.7.2013	Verände- rung	ab 1.7.2015	ab 1.7.2013	Verände- rung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	331,97	351,31	-5,51	318,88	332,51	-4,10	319,69
25	340,09	359,29	-5,34	327,73	341,34	-3,99	319,69
30	346,91	366,19	-5,27	335,91	350,32	-4,11	319,69
35	349,14	369,28	-5,45	339,92	355,30	-4,33	319,69
40	353,33	373,96	-5,52	346,29	362,10	-4,37	319,69
45	361,44	381,79	-5,33	356,76	372,99	-4,35	319,69
50	371,00	390,32	-4,95	369,67	385,92	-4,21	319,69
55	381,74	399,72	-4,50	384,96	400,68	-3,92	319,69
60	358,23	373,06	-3,98	366,69	379,93	-3,48	319,69
65	371,69	385,09	-3,48	387,58	399,59	-3,01	319,69
70	387,98	399,88	-2,98	413,38	425,05	-2,75	319,69
75	405,49	415,81	-2,48	440,92	454,05	-2,89	319,69
80	423,25	430,56	-1,70	466,92	483,89	-3,51	319,69
85	441,10	445,36	-0,96	488,08	515,82	-5,38	319,69
90	457,37	460,66	-0,71	501,14	550,38	-8,95	319,69
95	470,66	475,56	-1,03	511,57	583,83	-12,38	319,69
100	472,44	486,80	-2,95	516,20	606,38	-14,87	319,69

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.

R15/5206

In der nachfolgenden Tabelle sind die ab 1. Juli 2015 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für Kinder und Jugendliche für die Tarifstufe BTB (100 Prozent und 20 Prozent Erstattung) aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Die zuletzt gültigen Prämien sind zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

BTB: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

		100 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäfts- beiträge			20 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäfts- beiträge		
Alter		ab	ab	Verände- rung	ab	ab	Verände- rung
		1.7.2015	1.7.2013		1.7.2015	1.7.2013	
		in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent
Kinder	0 - 15	258,92	244,67	+5,82	51,78	48,93	+5,82
Jugendliche (weiblich)	16 - 20	310,23	272,85	+13,70	62,05	54,57	+13,71
Jugendliche (männlich)	16 - 20	276,44	248,42	+11,28	55,29	49,68	+11,29

R15/5207

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

Für ausgewählte Alter sind in der nachfolgenden Tabelle die ab 1. Juli 2015 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Männer für die niedrigste Selbstbehaltsstufe (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) bei Ansatz des beispielhaften Verbands-Kostensatzes des Basis-tarifs für Nicht-Beihilfeberechtigte den zuletzt gültigen Prämien sowie dem Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2015 gegenübergestellt.

BTN: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt				
Alter	Männer Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2015 in Euro
	ab 1.7.2015 in Euro	ab 1.7.2013 in Euro	Veränderung in Prozent	
21	696,87	660,81	+5,46	639,38
25	716,11	679,01	+5,46	639,38
30	740,05	701,03	+5,57	639,38
35	763,29	722,35	+5,67	639,38
40	789,29	746,19	+5,78	639,38
45	821,47	776,24	+5,83	639,38
50	860,08	812,34	+5,88	639,38
55	902,53	852,34	+5,89	639,38
60	862,71	811,82	+6,27	639,38
65	908,98	852,60	+6,61	639,38
70	965,15	902,63	+6,93	639,38
75	1.024,68	961,88	+6,53	639,38
80	1.072,97	1.006,69	+6,58	639,38
85	1.105,81	1.029,12	+7,45	639,38
90	1.126,25	1.041,23	+8,17	639,38
95	1.132,64	1.046,71	+8,21	639,38
100	1.133,79	1.047,61	+8,23	639,38

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.

R15/5208

In den nachfolgenden Tabellen sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2015 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent für Erwachsene bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für die Tarifstufen BTB-Unisex (30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) und BTN-Unisex aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Zum Vergleich sind die zuletzt gültigen Prämien und der ab 1. Januar 2015 gültige Höchstbeitrag der GKV ebenfalls abgebildet.

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

30 Prozent Erstattung

Alter	Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Entsprechender Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2015 in Euro
	ab 1.7.2015 in Euro	ab 1.7.2014 in Euro	Veränderung in Prozent	
21	197,77	217,44	-9,05	191,81
25	202,06	222,04	-9,00	191,81
30	206,46	227,16	-9,11	191,81
35	209,79	231,39	-9,33	191,81
40	214,13	236,43	-9,43	191,81
45	220,04	242,92	-9,42	191,81
50	227,05	249,98	-9,17	191,81
55	235,11	257,53	-8,71	191,81
60	222,33	242,08	-8,16	191,81
65	232,54	251,46	-7,52	191,81
70	244,45	262,57	-6,90	191,81
75	256,88	275,35	-6,71	191,81
80	268,08	288,09	-6,95	191,81
85	277,31	299,42	-7,38	191,81
90	285,03	309,11	-7,79	191,81
95	291,69	316,93	-7,96	191,81
100	292,50	320,71	-8,80	191,81

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.

R15/5209

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

50 Prozent Erstattung

Alter	Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Entsprechender Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2015 in Euro
	ab 1.7.2015 in Euro	ab 1.7.2014 in Euro	Veränderung in Prozent	
21	329,62	362,40	- 9,05	319,69
25	336,77	370,05	- 8,99	319,69
30	344,09	378,60	- 9,12	319,69
35	349,66	385,64	- 9,33	319,69
40	356,87	394,05	- 9,44	319,69
45	366,74	404,87	- 9,42	319,69
50	378,42	416,63	- 9,17	319,69
55	391,85	429,22	- 8,71	319,69
60	370,55	403,47	- 8,16	319,69
65	387,57	419,10	- 7,52	319,69
70	407,42	437,63	- 6,90	319,69
75	428,13	458,92	- 6,71	319,69
80	446,81	480,15	- 6,94	319,69
85	462,18	499,04	- 7,39	319,69
90	475,06	515,18	- 7,79	319,69
95	486,16	528,22	- 7,96	319,69
100	487,51	534,52	- 8,79	319,69

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.

R15/5210

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

Alter	Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2015 in Euro
	ab 1.7.2015 in Euro	ab 1.7.2014 in Euro	Veränderung in Prozent	
21	754,59	701,99	+7,49	639,38
25	774,81	720,84	+7,49	639,38
30	797,92	742,92	+7,40	639,38
35	817,94	762,19	+7,31	639,38
40	839,69	783,11	+7,23	639,38
45	867,04	808,97	+7,18	639,38
50	900,45	840,28	+7,16	639,38
55	936,99	874,46	+7,15	639,38
60	887,81	828,60	+7,15	639,38
65	926,58	864,39	+7,19	639,38
70	972,84	906,35	+7,34	639,38
75	1.023,44	950,68	+7,65	639,38
80	1.062,36	982,34	+8,15	639,38
85	1.096,42	1.007,48	+8,83	639,38
90	1.117,08	1.021,86	+9,32	639,38
95	1.122,59	1.023,48	+9,68	639,38
100	1.123,86	1.023,48	+9,81	639,38

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.

R15/5211

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 § 12 Abs. 4a VAG (i. d. F. bis 31. Dezember 2015, § 149 i. d. F. ab 1. Januar 2016) nur in der Höhe angespart, die sich aus der Differenz zwischen Höchstbeitrag und Brutto-Neugeschäftsprämie ohne den Zuschlag ergibt.

Die ab 1. Juli 2015 gültigen Brutto-Neugeschäftsprämien in der Tarifstufe BTN-Unisex für Kinder und Jugendliche für die niedrigste Selbstbehaltsstufe, bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes, sind im Vergleich zu den zuletzt gültigen Prämien in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

BTN-Unisex: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt				
		Brutto-Neugeschäftsbeiträge		
	Alter	ab 1.7.2015 in Euro	ab 01.07.2014 in Euro	Veränderung in Prozent
Kinder	0 – 15	206,86	215,38	-3,96
Jugendliche	16 – 20	250,47	250,90	-0,17

R15/5212

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.



6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)



Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) beschäftigt sich seit seiner Gründung im Jahr 2005 mit der Gesundheitsversorgung und -finanzierung und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Forschung und zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. Daneben sind auch ausländische Krankenversicherungssysteme Gegenstand des Themenspektrums. Die Studien des WIP sollen die wissenschaftliche Diskussion bereichern und ein Gegengewicht zu der Forschung anderer Institute darstellen, die oftmals nur die gesetzliche Krankenversicherung im Blick haben.

Insbesondere im Bereich Versorgungsforschung und Sekundärdatenanalyse macht das WIP wertvolle Datenquellen aus dem PKV-Kontext für die Wissenschaft nutzbar und erstellt detaillierte Auswertungen zu verschiedenen Leistungsbereichen. Wie bereits in den letzten Jahren ist hierbei vor allem auf das Arzneimittelprojekt hinzuweisen, an dem derzeit 17 PKV-Unternehmen teilnehmen. Die seit 2008 systematisch durchgeführte Analyse der Arzneimittelversorgung der Privatversicherten ist zu einer fest etablierten Größe für alle am Pharmamarkt Interessierten geworden. 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.

Aktuell wird eine Weiterentwicklung der Rechnungsdatenlieferung und -verarbeitung zur GOÄ/GOZ sowie zur Heil- und Hilfsmittelversorgung angestrebt. Vor allem im Zuge der GOÄ-Novellierung (s. Seite 57) besteht für die Branche ein hoher Bedarf an Analysen zur Kostenentwicklung, dem das WIP nachkommen möchte. Die Analysen sollen dazu dienen, die Kostenentwicklung in diesem ausgabenintensiven Bereich zu überwachen und damit auch die Grundlage für die Weiterentwicklung der GOÄ zu legen. Das WIP hat sich in den Vorjahren bereits mit eigenen Analysen in die GOÄ-Novellierung eingebracht.

Ein Höhepunkt für das WIP im Jahr 2015 stellte die Jubiläumsfeier zum 10-jährigen Bestehen des Instituts mit zahlreichen Gästen aus Politik und Wissenschaft dar. Die in diesem Rahmen vorgestellte Studie belegte, dass das deutsche Gesundheitssystem ein hohes Maß an Versorgung bereitstellt, von einer Überversorgung im internationalen Vergleich aber nicht gesprochen werden kann.

Die Forschungsergebnisse des WIP werden auf der Internetseite www.wip-pkv.de veröffentlicht. Derzeit stehen 79 Studien zum Download bereit. Im institutseigenen Newsletter wird regelmäßig auf die neuen Studien des WIP hingewiesen. Zudem publizieren die Mitarbeiter in Fachzeitschriften und beteiligen sich mit Vorträgen an nationalen und internationalen Konferenzen. Ziel ist es – neben dem wissenschaftlichen Austausch – die Ergebnisse einem möglichst breiten Publikum bekannt zu machen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Forschungsergebnisse des WIP aus dem Jahr 2015 vorgestellt:

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz

Die Studie bietet einen umfassenden Vergleich der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. Die beiden deutschen

Nachbarländer sind besonders interessant, da deren Gesundheitssysteme oft als Vergleichsmaßstab für das deutsche System herangezogen werden.

Insgesamt betrachtet ist der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland – sowohl zu Haus- als auch zu Fachärzten – als sehr gut zu bezeichnen: sei es in Bezug auf die vergleichsweise hohe Arztdichte, die freie Arztwahl, die Möglichkeit des direkten Facharztzugangs und die Inanspruchnahme ohne Zuzahlungen. Der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung ist somit deutlich weniger reglementiert als in unseren Nachbarländern bei vergleichsweise moderaten Kosten.

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

In der öffentlichen Berichterstattung dient die OECD-Gesundheitsstatistik häufig zur Einordnung des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich. Das WIP hinterfragt, wie aussagekräftig Länderrankings im Gesundheitsbereich tatsächlich sind. Eine Rangfolgebildung anhand der OECD-Daten als Benchmark ist mit einer Reihe methodischer Probleme behaftet, die die Studie nachweist. Diese Probleme resultieren aus unvollständigen Daten bei den Meldungen an die OECD sowie aus deren mangelnder Vergleichbarkeit. Vor allem aber berücksichtigen die OECD-Daten in der Regel nicht den Einfluss des unterschiedlichen Bevölkerungsalters in den einzelnen Ländern, obwohl eine Vielzahl medizinischer Eingriffe eindeutig altersabhängig ist.

Das WIP zeigt für 15 chirurgische Eingriffe und für die Gesundheitsausgaben deren Altersabhängigkeit und die Folgen für die Platzierung Deutschlands im internationalen Vergleich. Die in der Studie durchgeführte indirekte Altersstandardisierung der OECD-Daten offenbart, dass das deutsche Gesundheitssystem ein hohes Maß an Versorgung durch chirurgische Eingriffe zu moderaten Kosten bereitstellt. Eine Übertreibung im System oder eine Überversorgung lässt sich mit den altersadjustierten OECD-Daten nicht mehr nachweisen.

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

Die vorliegende Studie enthält neben der jährlich vorgenommenen Standardauswertung (umsatzstärkste Medikamente, nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, Parallel- und Reimporte, Generika, neue Medikamente) erstmals eine Betrachtung der Ausgaben für Sonderkennzeichen. Neu ist zudem eine Auswertung der umsatzstärksten Medikamente in einzelnen Altersgruppen. Schließlich kann der PKV-GKV-Unterschied in der Arzneimittelversorgung an den Kennzahlen „durchschnittlicher Verordnungspreis“ und „PKV-Mehrumsatz“ verdeutlicht werden. Einer speziellen Untersuchung werden in diesem Jahr die TNF-alpha-Inhibitoren und die Impfstoffe unterzogen.

Zwischen der PKV und der GKV lassen sich in einigen Bereichen deutliche Unterschiede in der Verordnungspraxis feststellen. Bemerkenswert ist diese Abweichung vor allem bei neuen Medikamenten. Der PKV-Marktanteil ist bei Medikamenten, denen vom G-BA im Rahmen des AMNOG-Prozesses ein beträchtlicher Zusatznutzen attestiert wurde, höher als bei Medikamenten mit geringen oder keinem Zusatznutzen. Es konnte nachgewiesen werden, dass die GKV im Durchschnitt vor allem bei teuren neuen Medikamenten einen niedrigeren Marktanteil

In Deutschland gibt es weniger Zugangsbeschränkungen zum Haus- und Facharzt als in der Schweiz und den Niederlanden.

Der Marktanteil von Medikamenten mit beträchtlichem Zusatznutzen ist in der PKV deutlich höher als in der GKV.

als die PKV aufweist. Dies ist die Folge der restriktiven Steuerungsinstrumente in der GKV, die dem gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebot folgen.

Die unterschiedliche Einflussnahme auf das Verordnungsgeschehen, die sich zum Beispiel in anteilig mehr neuen und teuren Medikamenten und weniger Generika zeigen lässt, führt zu einem Mehrumsatz in der PKV. Privatversicherte gaben im Jahr 2013 822 Mio. Euro mehr für Arzneimittel aus, als wenn sie gesetzlich krankenversichert gewesen wären.

Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen

Das WIP widmet sich in dieser Studie erstmals der Versorgung Privatversicherter mit Hebammenleistungen. Für das Jahr 2013 konnten Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen in Höhe von 79,0 Mio. Euro berechnet werden. Würde auch bei Privatversicherten die Abrechnung nach den Gebührensätzen des GKV-Kollektivvertrages erfolgen, lägen die Ausgaben bei 36,5 Mio. Euro. Im Durchschnitt können die Hebammen bei privatversicherten Müttern das 1,86-fache der GKV-Leistungen abrechnen.

Mit den vorliegenden Zahlen liegen erstmals Daten zur Bedeutung der PKV für die Vergütung der freiberuflichen Hebammen vor. Es wird deutlich, welche erheblichen finanziellen Leistungen die PKV in unserem Gesundheitssystem beisteuert, damit Hebammen ihrer unverzichtbaren Fürsorge zur Gesundheit von Schwangeren, jungen Müttern sowie Neugeborenen nachgehen können.

Prävalenz und Krankheitskosten der HIV-Infektion in der PKV

In der vorliegenden Analyse wird die Bedeutung von HIV in der PKV von 2007 bis 2014 untersucht. In diesem Zeitraum ist die Gesamtzahl der HIV-infizierten PKV-Versicherten deutlich gestiegen. Laut AIDS-Statistik des PKV-Verbandes gab es in der PKV im Jahr 2014 8.974 HIV-Fälle. Dies sind 56,5 Prozent (3.238) mehr als im Jahr 2007. Ursache für die Zunahme sind vor allem die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten.

Die Krankheitsausgaben der HIV-infizierten PKV-Versicherten erhöhten sich im Beobachtungszeitraum 2007 bis 2014 um 69 Prozent auf insgesamt 178,5 Mio. Euro. Je HIV-Patient konnte ein Ausgabenanstieg um 8 Prozent festgestellt werden.

Die Auswertung der PKV-Arzneimitteldaten zeigt, dass HIV-Infektionen in allen Altersgruppen vorkommen, wobei die höchste Fallzahl bei den 50-jährigen Männern zu verzeichnen ist. Die administrative Prävalenz bei Männern ist 11,7mal höher als bei den Frauen.

Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt – Eine Analyse der neuesten Entwicklung

Die Studie zeigt die Belastungswirkungen der umlagefinanzierten Sicherungssysteme am Beispiel der sozialen Pflegeversicherung (SPV) je Geburtsjahrgang.

Während sich die Finanzierungsbasis der SPV aktuell noch komfortabel darstellt, wird sie in Zukunft aufgrund der Zunahme des Rentneranteils deutlich erodieren. Zudem ist mit einem unveränderten Anstieg der Zahl an Pflegebedürftigen

Die Notwendigkeit, das Pflegerisiko in größerem Maße kapitalgedeckt abzusichern, wird sich in Zukunft weiter verstärken.

zu rechnen. Die in der Studie durchgeführte Vorausberechnung prognostiziert einen Anstieg des Beitragssatzes bis 2060 auf 5,5 Prozent.

Aus der sich verstärkenden Belastung der Jüngeren durch das ungünstiger werdende Verhältnis von aktiv Beschäftigten zu Rentnern folgt eine Generationengerechtigkeit. Ausdruck findet dies in stetig steigenden Beitragssätzen und Beitragsbelastungen. Heutige Rentner haben in ihrer Erwerbsphase keinen Beitrag gezahlt bzw. von günstigen Beitragssätzen und einer niedrigen Beitragsbemessungsgrenze profitiert. Ihre SPV-Leistungen werden aktuell und in Zukunft in erheblichem Maße durch Jüngere finanziert, die in ihrer aktiven Erwerbsphase von höheren Beitragssätzen betroffen sind und auch in Zukunft stärker belastet sein werden. Insgesamt zeigt sich damit eine wachsende Umverteilung von Jüngeren hin zu Älteren. Dieser Umverteilungsstrom hat sich bereits in der Vergangenheit verstärkt und wird weiter zunehmen.

Der 2015 eingeführte Pflegevorsorgefonds ist vor diesem Hintergrund ein Schritt in die richtige Richtung, reicht aber bei weitem nicht aus. Die Analyse weist nach: Die Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds ist nicht zielgenau und er ist auch nicht ausreichend vor dem Zugriff der Politik geschützt. Die Notwendigkeit, das Pflegerisiko in größerem Maße kapitalgedeckt abzusichern, bleibt damit bestehen und verstärkt sich sogar.

Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler - Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV

Um die Haushalte von Bund und Ländern nicht mit weiteren Ausgaben zu belasten und damit das Einhalten der „Schuldenbremse“ nicht zu gefährden, werden in der aktuellen Legislaturperiode neue Gesetzesvorhaben, die eigentlich aus Steuermitteln zu finanzieren sind, der GKV zugewiesen. Dies ist ordnungspolitisch nicht sachgerecht. Forderungen, auch die PKV an der Finanzierung zu beteiligen, übersehen – neben formal-juristischen Gründen – die Mehrausgaben, die Privatversicherte bereits jetzt im Gesundheitswesen zum Nutzen aller leisten. Der dabei geleistete Beitrag beträgt allein im Jahr 2015 13,05 Mrd. Euro (1.478 Euro je PKV-Versicherten). Darin sind 1,25 Mrd. Euro Steuerzuschüsse enthalten, die zu Gunsten der GKV von Privatversicherten aufgebracht werden. Der PKV-Mehrumsatz und die finanzielle Beteiligung der Privatversicherten am Steuerzuschuss sind um ein Vielfaches höher als die finanziellen Forderungen an die PKV im Zuge der Gesetzgebungsverfahren dieses Jahres. Dabei bleibt noch völlig unberücksichtigt, dass die GKV eine pauschale, also nicht zweckgebundene Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen über den Bundeszuschuss erhält. Die PKV müsste diese Leistungen ausschließlich aus Versicherungsgeldern finanzieren.

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands

Bei dieser Analyse handelt es sich um die Aktualisierung mit den Daten der Jahre 2012 und 2013 einer Studie, die das WIP in Zusammenarbeit mit Prof. Bruno Schönfelder von der Technischen Universität Freiberg publizierte.

Laut den neuen Daten trugen die Alterungsrückstellungen der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) mit einem Anteil von 6,4 Prozent (2013) bzw. 6,1 Prozent (2012) zum Nettosparvolumen Deutschlands bei. Der Anstieg gegenüber 2011 (5,4 %) ist die Folge einer steigenden Zufuhr zu den Alterungsrückstellungen bei gleichzeitig leicht abnehmender gesamtwirtschaftlicher Ersparnis in Deutschland. Die Alterungsrückstellungen wirken damit in diesem Zeitraum als automatischer Stabilisator der deutschen Wirtschaft.

Die Ergebnisse unterstreichen die volkswirtschaftliche Bedeutung der Kapitalakkumulation, da diese Thematik in der gesundheitspolitischen Diskussion oft unberücksichtigt bleibt. Dabei ermöglicht Kapitalakkumulation mehr Investitionen und erhöht in der Folge die Arbeitsproduktivität, wovon letztendlich auch die umlagefinanzierte Sozialversicherung profitiert.

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013

Das Diskussionspapier enthält eine aktualisierte Berechnung des PKV-Mehrumsatzes. Der Mehrumsatz stellt den Abstand der Finanzierungsbeiträge der PKV und der GKV bei unterstelltem gleichen Versichertenbestand dar und wird auf Grundlage von Daten der PKV und Daten des Risikostrukturausgleichs der GKV berechnet.

Die Datengrundlage der PKV hat sich für das Jahr 2013 deutlich verbessert und ist detaillierter geworden. Dieser Fortschritt wird zum Anlass genommen, die etablierte Darstellung des Mehrumsatzes weiterzuentwickeln. Die Auswertung enthält nun erstmalig separat ausgewiesene Mehrumsätze für Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Heilpraktiker und Kuren.

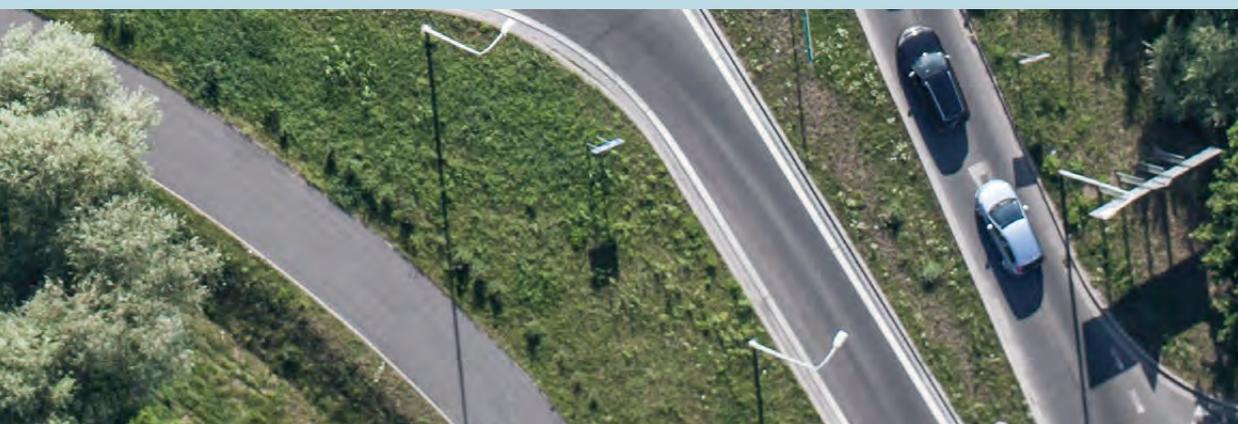
Insgesamt ergibt sich ein Mehrumsatz von 11,8 Mrd. Euro. Dieser Betrag quantifiziert die Summe, die dem Gesundheitswesen durch die Existenz der PKV mehr zur Verfügung steht. Der größte Anteil des Mehrumsatzes entfällt – wie in den Vorjahren – auf den ambulanten ärztlichen Bereich.

Die Alterungsrückstellungen der PKV wirken als automatischer Stabilisator der deutschen Wirtschaft.

Der Mehrumsatz durch Privatpatienten erhöht sich auf 11,8 Milliarden Euro.



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: 06.04.2015)

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. **Dr. Thilo Schumacher – stellvertr. Vorsitzender** (seit 16.06.2015)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
7. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskranken- hilfe V.V.a.G., Lüneburg
8. **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
9. **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
10. **Dr. Christoph Helmich**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
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**
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. **Dr. Roland Schäfer** (seit 16.06.2015)
Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversiche- rungs-AG, München
18. **Dr. Rainer Wilmink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversiche- rungs-AG, Münster

... kooptierten Mitgliedern

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

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Gerhard Glatz** (bis 31.01.2016)
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a. G., Nürnberg
- **Heinz-Wilhelm Teuscher** (bis 30.06.2015)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln

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. **Dr. Thilo Schumacher – stellvertr. Vorsitzender** (seit 16.06.2015)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
7. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
8. **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. **Ralph Brouwers** (seit 02.12.2015)
Bereichsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln,
5. **Dr. Jan Esser**
Fachbereichsleiter für Produktentwicklung und Aktuariat der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
6. **Frank-Henning Florian**
Vorsitzender des Vorstandes der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
7. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
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. **Dr. Marcus Kremer** (seit 09.03.2016)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
10. **Ulrich Lamy** (seit 09.03.2016)
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
11. **Dr. Ralph Maaßen**
Bereichsleiter Mathematik und Ertragssteuerung der AXA Krankenversicherung AG, Köln
12. **Norbert Mattar**
Bereichsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHKE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
14. **Hans-Herbert Rospleszcz**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
15. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMerkur Spezial Krankenversicherung AG, Hamburg

16. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
17. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
18. **Dr. Rainer Wilmlink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
19. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Gerhard Glatz** (bis 31.01.2016)
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a. G., Nürnberg
- **Dr. Christoph Helmich** (bis 02.12.2015)
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
- **Dr. Wolf-Rüdiger Knocke** (bis 31.12.2015)
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
- **Christoph Laarmann** (bis 31.12.2015)
stellvertr. Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht

1. **Dr. Birgit König – Vorsitzende**
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
2. **Daniel Bahr**
Generalbevollmächtigter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
3. **Michael Baulig**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
4. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
5. **Klaus-Dieter Dombke**
Bereichsleiter der AXA Krankenversicherung AG, Köln
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Dr. Ralf Kantak** (seit 16.06.2015)
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
8. **Andreas Kolb** (seit 02.12.2015)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

9. **Dr. Marcus Kremer** (seit 09.09.2015)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
10. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
11. **Silke Lautenschläger**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
12. **Karl-Josef Maiwald**
Abteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
13. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
14. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
15. **Hans-Herbert Rospleszcz**
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
16. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
17. **Roberto Svenda**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
18. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
19. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Christoph Helmich** (bis 09.09.2015)
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
- **Wolfgang Reif** (bis 02.12.2015)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

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 Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

3. **Dr. Jan Esser**
Fachbereichsleiter für Produktentwicklung und Aktuariat der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
4. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
5. **Dr. Marcus Kremer** (seit 09.09.2015)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
6. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
7. **Ulrich Lamy** (seit 09.03.2016)
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**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung aG, Mannheim
3. **Christian Barton**
Prokurist der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
4. **Jürgen Berressem**
Prokurist der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Christina Feldhaus**
Prokuristin der AXA Krankenversicherung AG, Köln
6. **Walter Gerhard**
Handlungsbevollmächtigter der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
7. **Thomas Görge**
Abteilungsleiter der Central Krankenversicherung AG, Köln
8. **Ursula Gramulla**
Prokuristin der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
9. **Dr. Bettina Haase-Uhländer**
Gruppenleiterin der Abteilung Krankenversicherung, Vertrag und Leistung – Recht der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
10. **Bernhard Kalis**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
11. **Dr. Volker Marko**
Abteilungsleiter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
12. **Christine Michl**
Prokuristin der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
13. **Dr. Markus Ossyra** (seit 16.06.2015)
ass. iur. der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
14. **Dieter Schlegel** (seit 02.12.2015)
Hauptabteilungsleiter der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
15. **Dr. Torsten Schulte**
Prokurist der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Christoph Helmich** (bis 09.09.2015)
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
- **Christoph Laarmann** (bis 31.12.2015)
stellvertr. Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
- **Dr. Jörg Etzkorn** (bis 16.06.2015)
Prokurist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg,
- **Wolfgang Reif – Vorsitzender** (bis 02.12.2015)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

d) Rechtsausschuss der PKV

1. **Dr. Peter Görg – Vorsitzender** (seit 02.12.2015)
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
2. **Dr. Horst Ayasse**
Prokurist der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

Ausgeschiedene Mitglieder

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Michael Kurtenbach – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
2. **Daniel Bahr** (seit 09.09.2015)
Generalbevollmächtigter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

3. **Christian Barton**
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. **Dr. Ralf Kantak** (seit 09.09.2015)
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
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. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg, und Vorstandsmitglied der HanseMerkur Speziale Krankenversicherung AG, Hamburg
12. **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
13. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
14. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
15. **Udo Theilenberg** (seit 09.09.2015)
Bereichsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
16. **Kai Völker**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
17. **Prof. Dr. Markus Warg** (seit 09.09.2015)
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
18. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
19. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Andrea van Aubel** (bis 28.08.2015)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Frank Hüppelshäuser** (bis 30.06.2015)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Jochen Petin** (vom 02.12.2015 bis 31.03.2016)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
- **Michael Petmecky** (bis 30.06.2015)
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Wolfgang Reif** (bis 02.12.2015)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

f) Haushaltsausschuss

1. **Dr. Ralf Kantak – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
2. **Dr. Karl-Josef Bieth**
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**
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 Beamten-
krankenkasse Aktiengesellschaft, München,
und der Union Krankenversicherung AG,
Saarbrücken
8. **Thomas Langhein**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung AG, Köln
9. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener
Verein Krankenversicherung a.G., München
10. **Paul Stein** (seit 02.12.2015)
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversi-
cherungsverein a. G., Koblenz
11. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale Kranken-
versicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA
Versicherung AG, Köln
12. **Klaus Tisson**
Vorstandsmitglied der Provinzial Kranken-
versicherung Hannover AG, Hannover, der
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung
AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
13. **Dr. Thomas Wiesemann**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Kranken-
versicherungs-AG, München
14. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskran-
kenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
6. **Dr. Stefan Lütticke**
Direktor der Allianz Private Krankenversiche-
rungs-AG, München
7. **Raik Mildner**
Vorstandsmitglied der HanseMercur Kranken-
versicherung AG, Hamburg
8. **Stephan Oetzel**
Chief Risk Officer der Gothaer Krankenversi-
cherung AG, Köln
9. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversi-
cherung a. G., Wuppertal
10. **Alf N. Schlegel**
Vorstandsmitglied der Continentale Kranken-
versicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer
Krankenversicherung AG, Mannheim, und der
EUROPA Versicherung AG, Köln
11. **Manfred Schnieders** (seit 09.09.2015)
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial
Krankenversicherung Hannover AG, Hannover,
der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung
AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
12. **Frank Sievert**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversi-
cherung a.G., Nürnberg
13. **Knut Söderberg** (seit 02.12.2015)
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische
Krankenversicherungs-AG, Hannover
14. **Mareike Steinmann-Baptist** (seit 09.03.2016)
Abteilungsleiterin der Allianz Private Kranken-
versicherungs-AG, München
15. **Holger Tietz**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversiche-
rung aG, Mannheim

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Wolfgang Hanssmann** (bis 31.03.2015)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversiche-
rung AG, Köln
- **Uwe Laue** (bis 02.12.2015)
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka
Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz

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. **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka
Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
3. **Dr. Christoph Jurecka**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Kranken-
versicherung AG, Köln
4. **Dr. Ralf Kantak**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche
Krankenversicherung a.G., Fellbach
5. **Andreas Kolb** (seit 02.12.2015)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamten-
krankenkasse Aktiengesellschaft, München,
und der Union Krankenversicherung AG,
Saarbrücken

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Thomas Flemming** (bis 02.12.2015)
Vorsitzender des Vorstandes der Mecklenburgi-
sche Krankenversicherungs-AG, Hannover
- **Georg Hake** (bis 22.06.2015)
Vorsitzender des Vorstandes des ALTE
OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927
V.V.a.G., Vechta
- **Wolfgang Reif** (bis 02.12.2015)
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamten-
krankenkasse Aktiengesellschaft, München,
und der Union Krankenversicherung AG,
Saarbrücken

i) Ausschuss „Zukunft des Gesundheitswesens“

1. **Dr. Walter Botermann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHER
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit,
Stuttgart
2. **Michael Baulig** (seit 09.03.2016)
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversi-
cherung a.G., Nürnberg

3. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
4. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
5. **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmeria Krankenversicherung a. G., Wuppertal
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. **Dr. Marcus Kremer** (seit 09.09.2015)
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
9. **Silke Lautenschläger**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
10. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
11. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg, und
Vorstandsmitglied der HanseMercur Spezial Krankenversicherung AG, Hamburg
12. **Dr. Thilo Schumacher**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
13. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
14. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Dr. Christoph Helmich** (bis 09.09.2015)
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG, Köln

j) Rechnungsprüfer

Georg Hake

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

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
- **Dr. Christoph Helmich**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, der Mannheimer Krankenversicherung AG, Mannheim, und der EUROPA Versicherung AG
- **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
- **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 Johnik**
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**
Vorsitzender des Vorstandes der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover

- **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 Krankenversicherungsverein 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 Krankenversicherungsverein 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: April 2016)

- 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.-Wirtschaftsinf. Gebeyehu Kenea Gobena**
(Zentrale Dienste)
- **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 Raithe**
(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

- **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)
- **Dipl.-Math. Patricia Derksen**
(Mathematik/Statistik)
- **Ass. iur. Madeleine Engel**
(Ombudsmann)
- **Ass. iur. Thyra von Erichsen**
(Leistung stationär)
- **Petra Ewenz**
(IT, Projektmanagement „Prozesse“)
- **Dr. Sebastian Frühinsfeld**
(Ombudsmann)
- **Florian Genn, M.Sc.**
(Mathematik/Statistik)
- **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)
- **Dipl.-Pflegerin Andrea Kleiner-Zander**
(Pflege QPP)
- **Dr. Anne-Dorothee Köster**
(Politik)
- **RA Paul Kurscheidt**
(Pflege QPP)

- **Anna Lepka, M.Sc.**
(Revision)
- **Dirk Lullies, M. A.**
(Kommunikation)
- **Ass. iur. Michelle Mahlke**
(Ombudsmann)
- **Dipl.-Math. Gerald Meißner**
(Mathematik/Statistik)
- **Dipl.-Kffr. Anne-Katrin Merkelbach**
(Zentrale Dienste)
- **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)
- **Malte Poltermann, B.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **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. Stefanie Schannath**
(Leistung)
- **RA Oliver Schleicher**
(Recht)
- **RA'in Beate Schlimbach**
(Leistung Wahlleistung)
- **RA Jürgen Schmidt**
(Leistung Wahlleistung)
- **Marco Schmidt**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Betriebswirtin Verena Schönbein**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Math. Marco Schorr**
(Mathematik/Statistik)
- **Nina Judith Schultes, M. A.**
(Kommunikation)
- **Olaf Schulze**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Pflegerwiss. Barbara Schütt**
(Pflege QPP)
- **Sabine Seuß, M.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **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)
- **Ass. iur. Angela Vosberg**
(Recht)
- **Roger Wahl**
(Zentrale Dienste)
- **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: Manfred **Benzinger**, Prokurist der SDK
* Kerstin **Enssle**
(SDK, Telefon: 0711 / 73 72-45 49,
Telefax: -45 55)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Bayern

Wargauer Straße 30 (Bayerische Beamten-
krankenkasse), 81539 München
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537
München

Vorstand: Dr. Harald **Benzing**, Vorstandsvorsit-
zender der Bayerische Beamtenkrankenkasse
und der UKV
* Dieter **Schlegel**, Hauptabteilungsleiter
(Bayerische Beamtenkrankenkasse,
Telefon: 089/21 60-82 56, Telefax: -5 87 69)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Berlin

Stresemannstraße 111 (DKV), 10963 Berlin

Vorstand: Dorothee **Hoppe**, Abteilungsleiterin
der DKV
* Anja **Lott**, Handlungsbevollmächtigte
(DKV, Telefon: 0221 / 5 78-39 55,
Telefax: -17 05)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Brandenburg

Stresemannstraße 111 (DKV), 10963 Berlin

Vorstand: Dorothee **Hoppe**, Abteilungsleiterin
der DKV
* Anja **Lott**, Handlungsbevollmächtigte
(DKV, Telefon: 0221 / 5 78-39 55,
Telefax: -17 05)

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: -2 07)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Hamburg

Joseph-Scherer-Straße 3 (SIGNAL),
44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**, ordentl. Vor-
standsmitglied der SIGNAL und des Deutscher
Ring
* Monika **Möhlig-Doetsch**, 1. Handlungsbevoll-
mächtigte (SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-60)

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
* Stephan **Belz**
(AXA, Telefon: 0611 / 3 63-1 27 62,
Telefax: -5 51 27 62)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Mecklenburg-Vorpommern

Joseph-Scherer-Straße 3 (SIGNAL),
44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**, ordentl.
Vorstandsmitglied der SIGNAL und des Deutscher
Ring
* Monika **Möhlig-Doetsch**, 1. Handlungsbevoll-
mächtigte (SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-60)

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: -2 07)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Nordrhein-Westfalen

Aachener Straße 300 (DKV), 50933 Köln
Postanschrift: Postfach 10 80 65, 50448 Köln

Vorstand: Dorothee **Hoppe**, Abteilungsleiterin der
DKV
* Frank **Ziegler**, 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. Vorstandsmit-
glied der Debeka
* Daniel **Konieczny**, Abteilungsleiter
(Debeka, Telefon: 0261 / 4 98-23 00,
Telefax: -23 51)

* Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Saarland

Peter-Zimmer-Straße 2 (UKV),
66123 Saarbrücken
Postanschrift: Postfach 10 31 52, 66031
Saarbrücken

Vorstand: Dr. Harald **Benzing**, Vorstandsvorsitzender 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**, 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 (Continental),
44139 Dortmund
E-Mail: pkv.lasa@continentale.de

Vorstand: Dr. Marcus **Kremer**, ordentl. Vorstandsmitglied der Continentale, der Mannheimer und der EUROPA

* Klaus **Böcker**, Handlungsbevollmächtigter (Continental, Telefon: 0231 / 9 19-23 82, Telefax: -23 60)

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Schleswig-Holstein

Joseph-Scherer-Straße 3 (SIGNAL),
44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**, ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL und des Deutscher Ring

* Monika **Möhlig-Doetsch**, 1. Handlungsbevollmächtigte (SIGNAL, Telefon: 0261 / 1 39 01-60)

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)

* Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

I.6 Mitgliedsunternehmen

(Stand: April 2016)



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



Continentale 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 Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit**
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70166 Stuttgart
Tel.: (0711) 66 03-0 / Fax: (0711) 66 03-2 90
www.hallesche.de
service@hallesche.de



HanseMerkur Krankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0 / Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de

**HanseMerkur Spezial
Krankenversicherung AG**
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0 / Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Bahnhofsplatz, 96450 Coburg
Postanschrift: 96444 Coburg
Tel.: (09561) 96-0 / Fax: (09561) 96-36 36
www.huk.de
info@huk-coburg.de


INTER Krankenversicherung aG

Erzbergerstraße 9–15, 68165 Mannheim
 Postanschrift: 68120 Mannheim
 Tel.: (0621) 4 27-4 27 / Fax: (0621) 4 27-9 44
 www.inter.de
 info@inter.de


Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

Karl-Wiechert-Allee 60 b, 30625 Hannover
 Tel.: (0511) 9 12-16 80 oder -13 15 /
 Fax: (0511) 9 12-16 82
 www.kuk-bf-hannover.de
 info@kuk-bf-hannover.de


Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg
 Postanschrift: 21332 Lüneburg
 Tel.: (04131) 7 25-0 / Fax: (04131) 40 34 02
 www.lkh.de
 info@lkh.de

LIGA

KRANKENVERSICHERUNG KATHOLISCHER PRIESTER VVaG REGENSBURG

LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG

Weißenburgstraße 17, 93055 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.

Pettenkofersstraße 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.

Westring 73, 46242 Bottrop
Tel.: (02041) 18 22-0 / Fax: (02041) 18 22-20
www.sonoag.de
info@sonoag.de



**ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese
Rottenburg-Stuttgart – Kranken- und Sterbe-
kasse (KSK) – V.V.a.G.**

Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart
Tel.: (0711) 60 07 38 / Fax: (0711) 6 07 44 12
www.stmartinusvvag.de
info@stmartinusvvag.de



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach
Tel.: (0711) 73 72-77 77 / Fax: (0711) 73 72-77 88
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



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:



Versichert nach dem Reinheitsgebot

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



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



EUROPA Versicherung AG
Piusstraße 137, 50931 Köln
Tel.: (0221) 57 37-01 / Fax: (0221) 57 37-2 01
www.europa.de
info@europa.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

Trauerfall 2015

Direktor i. R. Wilhelm Witte

Ehemaliges Mitglied des Steuerausschusses, des Ausschusses für Arztfragen und des Haushaltsausschusses des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a. G.

verstorben am 3. November 2015

II. 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

- Die Beitragskalkulation in der Privaten Krankenversicherung
- 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)

„Die PKV als Wirtschaftsfaktor“ (Flyer)

„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

„Beihilfavorschriften 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:

- 4/2015 „Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz“ von Verena Finkenstädt
- 3/2015 „Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen“ von Dr. Frank Wild
- 2/2015 „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013“ von Dr. Frank Niehaus
- 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**2016****Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich**

Dr. Frank Wild

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

Kurzanalysen

2016

- 1/2016: „Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 – Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV“ von Verena Finkenstädt

2015

- 3/2015: „Prävalenz und Krankheitskosten der HIV-Infektionen in der PKV“ von Verena Finkenstädt, Dr. David Bowles, Dr. Frank Wild
- 2/2015: „Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler – Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV“ von Dr. Frank Wild
- 1/2015: „Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte“ von Dr. Frank Wild

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.

