

Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2016



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 2016

Inhalt

| | |
|--|-----|
| Vorwort..... | 2 |
| 1. Wirtschaftliche Entwicklung des Verbandes und seiner Mitgliedsunternehmen | 5 |
| 1.1 Allgemeiner Überblick und Aufbau des Verbandes | 7 |
| 1.2 Versicherungsbestand..... | 8 |
| 1.3 Erträge | 17 |
| 1.4 Aufwendungen..... | 19 |
| 2. Der PKV-Verband in Politik und Öffentlichkeit..... | 23 |
| 2.1 Politik und Gesetzgebung | 25 |
| 2.2 Presse und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes | 32 |
| 3. Entwicklungen im Leistungsbereich | 35 |
| 3.1 Gebührenordnung für Ärzte | 37 |
| 3.2 Gebührenordnung für Zahnärzte | 38 |
| 3.3 Arzneimittel..... | 39 |
| 3.4 Heil- und Hilfsmittel..... | 42 |
| 3.5 Basis- und Standardtarif | 43 |
| 3.6 Stationäre Leistungen | 44 |
| 3.7 Pflege | 51 |
| 4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen | 61 |
| 4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen | 63 |
| 4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft..... | 63 |
| 4.3 Aufsicht, Solvabilität, Rechnungslegung | 66 |
| 4.4 Steuern..... | 66 |
| 4.5 Internationale Zusammenarbeit | 67 |
| 5. Aktuarielle Schwerpunkte | 69 |
| 5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2017“ | 71 |
| 5.2 Sonderanpassungsrecht in der Pflegeversicherung | 74 |
| 5.3 Beitragsanpassungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung..... | 77 |
| 5.4 Beitragsanpassungen im Standard- und Basistarif..... | 80 |
| 6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) | 93 |
| Anhang | 99 |
| Ehrenmitglieder des Verbandes | 101 |
| I. Verbandsorgane..... | 101 |
| II. Publikationen des PKV-Verbandes..... | 119 |

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2016 hat die Private Krankenversicherung vor zwei große Herausforderungen gestellt. Zum einen musste die Branche die Neuregelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) umsetzen, der größten Reform der Pflegeversicherung seit ihrem Bestehen. Dafür wurden unter anderem völlig neue Begutachtungsverfahren entwickelt, die Musterbedingungen umfangreich überarbeitet und die Kalkulationen angepasst. Und das nicht nur für die über 9 Millionen Menschen in der Privaten Pflegepflichtversicherung, sondern auch für die 3,4 Millionen Pflegezusatzversicherungen. Eine gewaltige Aufgabe, die die PKV-Unternehmen, aber auch die PKV-Tochterunternehmen MEDICPROOF und die private Pflegeberatung compass mit Bravour gemeistert haben.

Zum anderen stellten die anhaltende Niedrigzinsphase und die Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt die PKV – und noch mehr die Privatversicherten – auf eine harte Probe. Denn beide Entwicklungen zusammen führten zu untypisch hohen, aber gleichwohl notwendigen Beitragsanpassungen. Immerhin geht dieses Geld auch in die Rückstellungen der Versicherten – kommt ihnen also später wieder selbst zugute.

Doch trotz der teilweise deutlichen Beitragserhöhungen blieb das Vertrauen in die PKV und ihr nach wie vor sehr gutes Preis-Leistungsverhältnis unverändert hoch. So zeigt eine aktuelle Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Allensbach vom April 2017, dass 92 Prozent der Privatversicherten mit ihrer Krankenversicherung zufrieden oder sogar sehr zufrieden sind.

Auch die Zahlen des vergangenen Jahres stimmen optimistisch. Denn die Private Krankenversicherung ist auch 2016 weiter gewachsen. Die Gesamtzahl an Versicherungen stieg auf 33,87 Millionen Voll- und Zusatzversicherungen.

In der Zusatzversicherung hat die PKV im Jahr 2016 die 25-Millionen-Marke übersprungen. Die Zahl der Versicherungen stieg um 1,3 Prozent auf insgesamt 25,1 Millionen. Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, setzte sich somit fort.

Auch in der Vollversicherung verbesserte sich die Lage der PKV wieder. Erstmals seit 2012 verzeichnete die Branche im zweiten Halbjahr wieder einen positiven Saldo im Nettoneuzugang. Im Gesamtjahr 2016 gab es nur noch ein leichtes Minus von 0,2 Prozent. Die Zahl der Vollversicherten verringerte sich gegenüber 2015 um 14.600 auf insgesamt 8,77 Millionen Personen. Im Neugeschäft geht es damit seit dem Tiefpunkt 2013 (minus 66.200) Jahr für Jahr kontinuierlich aufwärts.

Das zeigte sich auch in der wieder fast ausgeglichenen Wechselbilanz zwischen Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). 2016 entschieden sich insgesamt 129.100 Personen für einen Wechsel aus der GKV in die Private Krankenversicherung. Umgekehrt wechselten 130.200 Personen in die GKV, wobei diese Abgänge in der Regel nicht freiwillig erfolgen. So mussten auch 2016 wieder zigtausende seit Geburt privatversicherte junge Leute bei Beginn ihres Berufslebens in die GKV wechseln, ob sie das nun wollten oder nicht.

Derselbe Effekt betraf zudem tausende Selbstständige bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung.

Trotz des ungünstigen Zinsumfeldes konnte die PKV die Demografie-Vorsorge für ihre Versicherten erneut deutlich ausbauen: Die Alterungsrückstellungen stiegen 2016 auf 233 Milliarden Euro – ein Plus von 5,9 Prozent. So trifft die PKV nachhaltig und verlässlich dafür Vorsorge, dass für die Versicherten im Alter der Bedarf an Gesundheitsleistungen steigt.

Auch im Jahr 2016 arbeitete die PKV permanent an weiteren Verbesserungen im Interesse ihrer Versicherten. So sind seit Jahresbeginn die Tarifwechsel-Leitlinien der Privaten Krankenversicherung in Kraft. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Versichertenrechte verständlich erklären und zudem über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen. Inzwischen hat sich erfreulicherweise eine große Mehrheit der PKV-Unternehmen den Leitlinien des Verbandes verpflichtet und sie erfolgreich in ihre Unternehmensabläufe integriert.

Zur Weiterentwicklung der PKV gehört auch die intensive Arbeit an einer Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) und in Abstimmung mit Vertretern der Beihilfe haben wir das Konzept für eine neue Gebührenordnung für Ärzte erarbeitet. Es umfasst den neuesten Stand des medizinischen Fortschritts, ist offen für eine rasche Integration zukünftiger Innovationen und stärkt die „sprechende Medizin“, also die persönliche Zuwendung der Ärzte zu ihren Patienten. Wir wollen nun die Verhandlungen mit der Bundesärztekammer zu einem guten Abschluss bringen und einen konsentierten Vorschlag vorlegen, der dem Bundesgesundheitsministerium in der kommenden Legislaturperiode die bestmögliche Basis für eine neue Gebührenordnung bietet.

Nicht nur bei der ärztlichen Gebührenordnung, sondern weit darüber hinaus verstehen wir die Private Krankenversicherung als Treiber für mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung. Die von uns gegründete gemeinnützige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ ist innerhalb weniger Jahre zum nationalen 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 auf der wissenschaftlichen Grundlage evidenzbasierter Medizin allen Patienten verständliche Entscheidungshilfen über Möglichkeiten zu Diagnostik und Therapie anbieten.

Auch beim Zukunftsthema der Digitalisierung ist die PKV-Branche mit Hochdruck unterwegs. Wir arbeiten gemeinsam an einer digitalen Lösung als moderne Alternative zur elektronischen Gesundheitskarte der GKV. Sie wird alle Kernfunktionen aus dem eHealth-Gesetz wie z.B. Notfalldaten oder Impfpass erfüllen – und darüber hinaus werden die PKV-Unternehmen im kreativen Wettbewerb untereinander zusätzlich eine Fülle digitaler individueller Service-Funktionen für ihre Versicherten damit verbinden. Unser Modell ist vom Patienten her gedacht und konzipiert – und es beruht auf reiner Freiwilligkeit aller Beteiligten. Wir sind überzeugt, das ist der richtige Weg in die digitale Zukunft.

Die Private Krankenversicherung insgesamt steht bereit, in der Zukunft eine noch stärkere Rolle für das Gesundheitswesen zu übernehmen. In Zukunft wird es 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 weiterhin die Energie des Systemwettbewerbs zunutze macht; wenn es die unterschiedlichen Stärken von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung 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 selbstbewusst und verlässlich erfüllen.

Köln, im Juni 2017



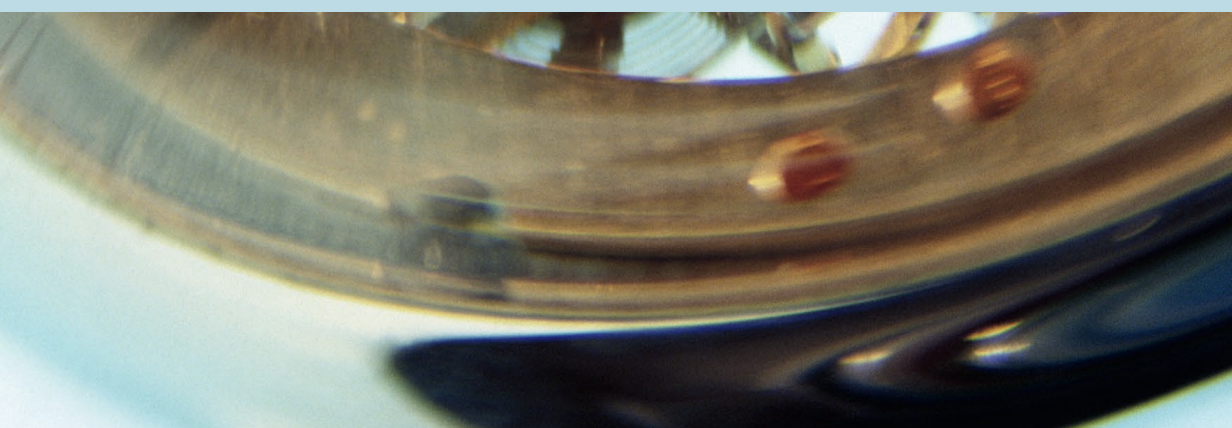
Uwe Laue
Vorsitzender



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 48 Mitgliedsunternehmen des Verbandes für das Jahr 2016 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 2016 bekannt gegeben. Die zurzeit neuesten exakten Zahlen sind im Zahlenbericht 2015 (www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/) sowie auf unserer Internetseite www.pkv-zahlenportal.de zu finden.

Der Verband hatte Ende 2016 41 ordentliche und sieben außerordentliche Mitglieder; zwei Unternehmen stellten verbundene Einrichtungen dar.

41 ordentliche Mitgliedsunternehmen¹

- 17 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 24 Aktiengesellschaften

7 außerordentliche Mitgliedsunternehmen²

- 7 Aktiengesellschaften

2 verbundene Einrichtungen

- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
- Postbeamtenkrankenkasse

1 Von den 41 Unternehmen bieten 36 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 | |
|--|--|-----------|----------------------|-----------|
| | 2016 | 2015 | 2016 | 2015 |
| Anzahl der Unternehmen am Jahresende | 17 | 18 | 24 | 24 |
| Anzahl der Vollversicherten | 4.500.600 | 4.595.800 | 4.272.100 | 4.191.500 |
| Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent | 51,30 | 52,30 | 48,70 | 47,70 |
| Beitragseinnahmen in Mio. Euro | 15.175 | 15.669,1 | 22.075 | 21.153,3 |
| Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent | 40,74 | 42,55 | 59,26 | 57,45 |

R16/1102 – Werte für 2016 vorläufig

11 Aktiengesellschaften waren Tochterunternehmen von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 4.910 Mio. Euro machten 13,2 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 12,9 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

1.2 Versicherungsbestand

Krankheitsvollversicherung

Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 37.250 Mio. Euro beträgt 70,1 Prozent. Der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung liegt bei fast 11 Prozent.

Im Jahr 2016 hat sich der Bestand in der Vollversicherung mit einem Rückgang um 0,2 Prozent (bzw. 14.600 Personen) nur leicht verringert. Der Saldo der zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wechselnden Versicherten ist ausgeglichen und hat sich damit seit 2013 für die PKV wieder kontinuierlich verbessert.

| | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|---------------------------------|-----------|-----------|-------------|------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| vollversicherte Personen | 8.772.700 | 8.787.300 | - 14.600 | - 0,2 |

R16/1201 – Werte für 2016 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 | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|---------------------------|---------|----------|-------------|------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| Übertritte zur PKV | 129.100 | 120.400 | + 8.700 | + 7,2 |
| Abgänge zur GKV | 130.200 | 140.200 | - 10.000 | - 7,1 |
| Differenz | - 1.100 | - 19.800 | + 18.700 | - 94,4 |

R16/1202 – Werte für 2016 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.

| | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|--|---------|---------|-------------|------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung | 280.200 | 265.400 | + 14.800 | + 5,6 |

R16/1203 – Werte für 2016 vorläufig

Im Jahr 2016 waren 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.

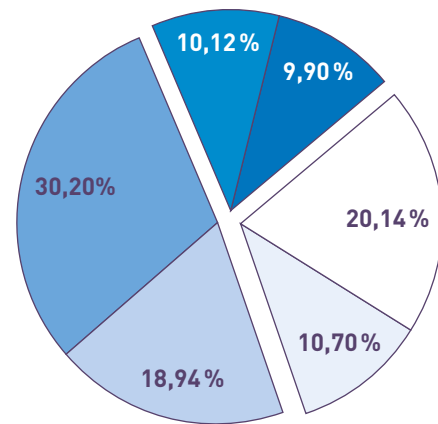
Wanderungsbewegung

Bruttoneuzugang

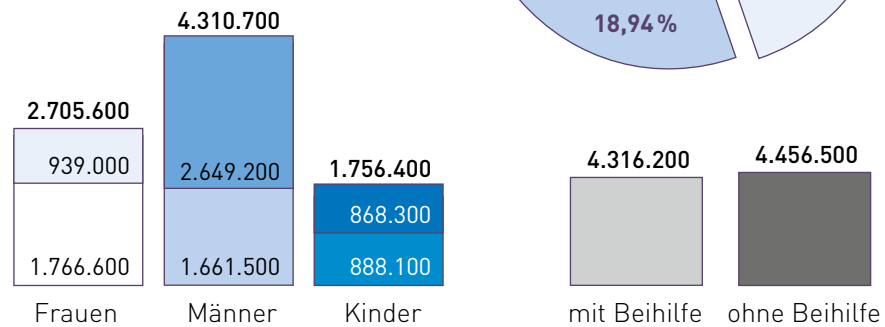
Zusammensetzung des Bestands

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2016

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



absolut



R16/1204 – Werte für 2016 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.

| | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|---|-----------|-----------|-------------|------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus | 7.120.700 | 7.173.100 | -52.400 | -0,7 |

R16/1205 – Werte für 2016 vorläufig

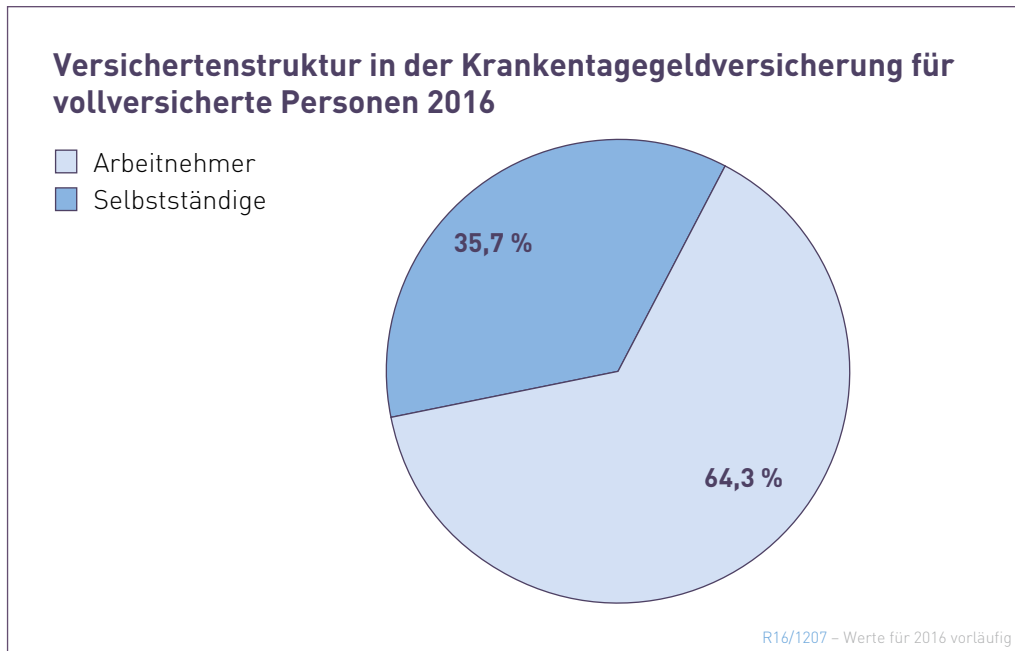
Krankentagegeld

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

| | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|---|-----------|-----------|-------------|------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| vollversicherte Personen mit Krankentagegeld | 1.813.300 | 1.858.700 | -45.400 | -2,4 |

R16/1206 – Werte für 2016 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 | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|--|---------------|---------------|----------------|--------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| mit Beihilfe | 6.500 | 6.600 | - 100 | - 1,5 |
| ohne Beihilfe | 40.800 | 39.200 | + 1.600 | + 4,1 |
| insgesamt | 47.300 | 45.800 | + 1.500 | + 3,3 |
| davon | | | | |
| Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ² | 462 | 331 | + 131 | + 39,6 |

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.

R16/1208 – Werte für 2016 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 | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|--|---------------|---------------|----------------|--------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| insgesamt | 30.300 | 29.400 | + 900 | + 3,1 |
| davon | | | | |
| aus dem modifizierten Standardtarif | 2.100 | 2.700 | - 600 | - 22,2 |
| aus der Nichtversiche- rung (seit 2009) | 12.800 | 11.200 | + 1.600 | + 14,3 |
| aus der GKV ² | 500 | 500 | 0 | 0,0 |
| Wechsel innerhalb eines Unternehmens | 13.500 | 13.500 | 0 | 0,0 |
| Wechsel zwischen den Unternehmen | 900 | 900 | 0 | 0,0 |
| sonstiger Zugang | 500 | 600 | - 100 | - 16,7 |
| Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit³ | 17.500 | 16.500 | + 1.000 | + 6,1 |

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.

R16/1209 – Werte für 2016 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 | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|---|----------------|----------------|-------------|-------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| mit Beihilfe | 8.200 | 7.800 | +400 | +5,1 |
| ohne Beihilfe | 106.800 | 106.500 | +300 | +0,3 |
| insgesamt | 115.000 | 114.300 | +700 | +0,6 |

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

R16/1210 – Werte für 2016 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 | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|------------------------------------|------------------|------------------|----------------|-------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| Frauen | 3.035.300 | 3.049.500 | -14.200 | -0,5 |
| Männer | 4.725.600 | 4.771.900 | -46.300 | -1,0 |
| Kinder | 1.614.200 | 1.592.200 | +22.000 | +1,4 |
| insgesamt | 9.375.100 | 9.413.600 | -38.500 | -0,4 |

R16/1211 – Werte für 2016 vorläufig

Zusatzversicherungen

Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, hält seit Jahren an. So erhöhte sich der Bestand auch 2016 wieder in fast allen Zusatzversicherungsarten.

| Zusatz- versicherungen ¹ | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|--|-------------------|-------------------|-----------------|--------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| Frauen | 12.132.100 | 11.941.400 | + 190.700 | + 1,6 |
| Männer | 10.303.800 | 10.163.700 | + 140.100 | + 1,4 |
| Kinder | 2.653.300 | 2.665.000 | - 11.700 | - 0,4 |
| insgesamt | 25.089.200 | 24.770.100 | +319.100 | + 1,3 |

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.

R16/1212 – Werte für 2016 vorläufig

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

| Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz | | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|---|------------------|-------------------|-------------------|------------------|--------------|
| | | | | absolut | in Prozent |
| ambulante Tarife | Frauen | 3.722.700 | 3.670.100 | + 52.600 | + 1,4 |
| | Männer | 2.901.300 | 2.865.900 | + 35.400 | + 1,2 |
| | Kinder | 1.336.000 | 1.333.800 | + 2.200 | + 0,2 |
| | insgesamt | 7.960.000 | 7.869.800 | + 90.200 | + 1,1 |
| Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus | Frauen | 2.718.100 | 2.667.300 | + 50.800 | + 1,9 |
| | Männer | 1.932.800 | 1.884.400 | + 48.400 | + 2,6 |
| | Kinder | 1.462.900 | 1.428.700 | + 34.200 | + 2,4 |
| | insgesamt | 6.113.800 | 5.980.400 | + 133.400 | + 2,2 |
| Zahntarife | Frauen | 7.845.600 | 7.533.600 | + 312.000 | + 4,1 |
| | Männer | 5.968.000 | 5.729.100 | + 238.900 | + 4,2 |
| | Kinder | 1.689.300 | 1.687.300 | + 2.000 | + 0,1 |
| | insgesamt | 15.502.900 | 14.950.000 | + 552.900 | + 3,7 |
| insgesamt¹ | Frauen | 9.503.200 | 9.353.500 | + 149.700 | + 1,6 |
| | Männer | 7.208.900 | 7.096.400 | + 112.500 | + 1,6 |
| | Kinder | 2.423.100 | 2.421.900 | + 1.200 | + 0,0 |
| | insgesamt | 19.135.200 | 18.871.800 | + 263.400 | + 1,4 |

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.

R16/1213 – Werte für 2016 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 | | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|--|------------------|------------------|------------------|-----------------|--------------|
| | | | | absolut | in Prozent |
| Krankentagegeldversicherung¹ | Frauen | 1.009.800 | 989.900 | +19.900 | +2,0 |
| | Männer | 2.580.600 | 2.587.500 | -6.900 | -0,3 |
| | Kinder | 7.200 | 6.200 | +1.000 | +16,1 |
| | insgesamt | 3.597.600 | 3.583.600 | +14.000 | +0,4 |
| Krankenhaustagegeldversicherung | Frauen | 3.110.100 | 3.133.700 | -23.600 | -0,8 |
| | Männer | 3.554.100 | 3.600.000 | -45.900 | -1,3 |
| | Kinder | 1.139.200 | 1.130.400 | +8.800 | +0,8 |
| | insgesamt | 7.803.400 | 7.864.100 | -60.700 | -0,8 |
| Pflegezusatzversicherung² | Frauen | 1.084.800 | 1.032.100 | +52.700 | +5,1 |
| | Männer | 1.345.900 | 1.304.500 | +41.400 | +3,2 |
| | Kinder | 269.100 | 247.000 | +22.100 | +8,9 |
| | insgesamt | 2.699.800 | 2.583.600 | +116.200 | +4,5 |
| davon | | | | | |
| Pflege-tagegeld- versicherung | Frauen | 1.009.500 | 957.600 | +51.900 | +5,4 |
| | Männer | 1.233.700 | 1.192.800 | +40.900 | +3,4 |
| | Kinder | 250.600 | 228.000 | +22.600 | +9,9 |
| | insgesamt | 2.493.800 | 2.378.400 | +115.400 | +4,9 |
| Pflegekosten- versicherung | Frauen | 133.400 | 131.500 | +1.900 | +1,4 |
| | Männer | 186.400 | 185.300 | +1.100 | +0,6 |
| | Kinder | 37.400 | 36.900 | +500 | +1,4 |
| | insgesamt | 357.200 | 353.700 | +3.500 | +1,0 |
| geförderte Pflegezusatzversicherung | Frauen | 417.100 | 365.500 | +51.600 | +14,1 |
| | Männer | 356.200 | 314.200 | +42.000 | +13,4 |
| | Kinder | 3.900 | 3.900 | 0 | 0,0 |
| | insgesamt | 777.200 | 683.600 | +93.600 | +13,7 |

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.

R16/1214 – Werte für 2016 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 | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|---|------------|------------|-------------|------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| Auslandsreisekrankenversicherung | 25.372.100 | 26.095.800 | - 723.700 | - 2,8 |

R16/1215 – Werte für 2016 vorläufig

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

Betriebliche Krankenversicherung

Arbeitgeber können für ihre Mitarbeiter oder für bestimmte Mitarbeiterkollektive eine betriebliche Krankenversicherung abschließen und ihnen damit einen zusätzlichen Schutz im Krankheitsfall bieten.

Betriebliche
Krankenversicherung

| Betriebliche Krankenversicherung | 2016 | 2015 | Veränderung | |
|---|---------|---------|-------------|------------|
| | | | absolut | in Prozent |
| versicherte Personen | 606.800 | 575.000 | + 31.800 | + 5,5 |
| Anzahl Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) | 4.894 | 3.848 | + 1.046 | + 27,2 |

R16/1216 – Werte für 2016 vorläufig

1.3 Erträge

Beitragseinnahmen

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

| Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten | 2016 | 2015 | Veränderung* | |
|--|---------------|-----------------|--------------|--------------|
| | in Mio. Euro | in Mio. Euro | absolut | in Prozent |
| Krankheitsvollversicherung | 26.130 | 25.846,2 | + 285 | + 1,1 |
| Pflegeversicherung | 2.185 | 2.196,1 | - 10 | - 0,5 |
| Zusatzversicherungen | 8.155 | 7.984,6 | + 170 | + 2,1 |
| davon | | | | |
| Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz | 5.425 | 5.326,1 | + 100 | + 1,9 |
| Krankentagegeldversicherung | 1.135 | 1.133,5 | 0 | 0,0 |
| Krankenhaustagegeldversicherung | 500 | 516,6 | - 15 | - 2,9 |
| Pflegezusatzversicherung | 890 | 818,0 | + 70 | + 8,6 |
| geförderte Pflegezusatzversicherung | 205 | 190,4 | + 15 | + 7,9 |
| Besondere Versicherungsformen | 780 | 795,5 | - 15 | - 1,9 |
| davon | | | | |
| Auslandsreisekrankenversicherung | 360 | 392,0 | - 30 | - 7,7 |
| Spezielle Ausschnittversicherungen | 150 | 142,7 | + 5 | + 3,5 |
| Beihilfeablöseversicherung | 255 | 250,1 | + 5 | + 2,0 |
| Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung | 15 | 10,7 | + 5 | + 46,7 |
| insgesamt | 37.250 | 36.822,4 | + 430 | + 1,2 |
| insgesamt ohne Pflegeversicherung | 35.065 | 34.626,3 | + 440 | + 1,3 |

* Werte gerundet

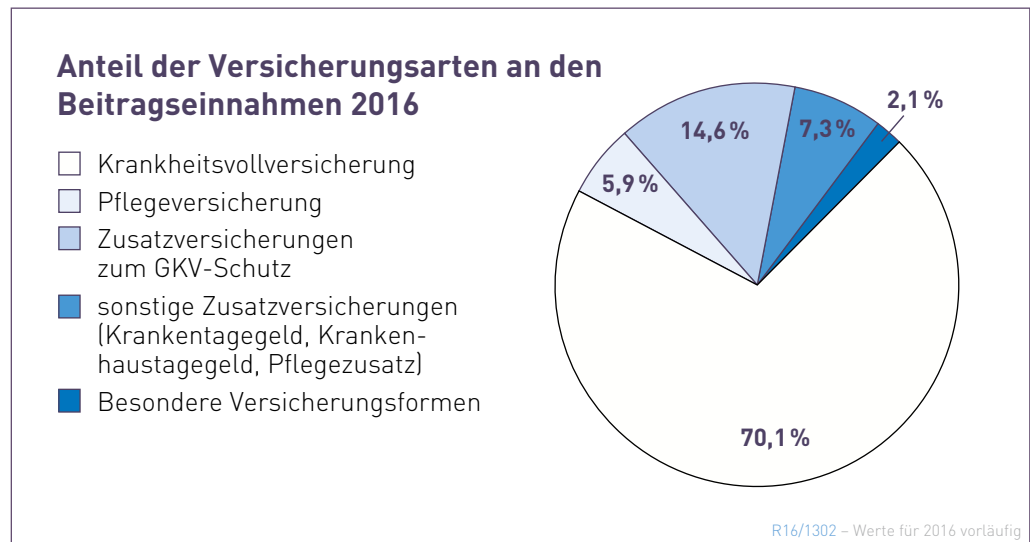
Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten

R16/1301 – Werte für 2016 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 | 2016 | 2015 | Veränderung* | |
|--|--------------|----------------|---------------|--------------|
| | in Mio. Euro | in Mio. Euro | absolut | in Prozent |
| Krankheits- vollversicherung | 1.675 | 1.952,2 | -280 | -14,3 |
| Pflegeversicherung | 5 | 1.278,2 | -1.270 | -99,4 |
| Zusatzversicherungen | 260 | 207,6 | +50 | +24,1 |
| Besondere Versicherungsformen | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| insgesamt | 1.940 | 3.438,0 | -1.500 | -43,6 |

* Werte gerundet

R16/1303 – Werte für 2016 vorläufig

1.4 Aufwendungen

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Sie betragen im Jahr 2016 insgesamt 26.535 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 106,1 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2015 betrug dieser Wert 103,6 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 2.211,3 Mio. Euro – 52,3 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Leistungen an die
Versicherten

| Leistungen an Versicherte | 2016 | 2015 | Veränderung* | |
|------------------------------|---------------|-----------------|--------------|-------------|
| | in Mio. Euro | in Mio. Euro | absolut | in Prozent |
| Krankenversicherung | 25.505 | 24.940,1 | +565 | +2,3 |
| Pflegeversicherung | 1.030 | 967,8 | +60 | +6,2 |
| insgesamt | 26.535 | 25.907,9 | +625 | +2,4 |

* Werte gerundet

R16/1401 – Werte für 2016 vorläufig

Die Kosten je Versicherten sind deutlich geringer gestiegen als im Vorjahr (2015: plus 4,1 Prozent). Die folgende Übersicht zeigt die Veränderung der Leistungen, bereinigt um den Bestandszuwachs:

Veränderung der
Versicherungsleistungen

| Veränderung der Versicherungsleistungen 2015 / 2016 je Versicherten | Veränderung in Prozent |
|---|-----------------------------------|
| ambulante Leistungen | +3,7 |
| davon | |
| Arztbehandlung | +3,4 |
| Heilpraktikerbehandlung | +5,8 |
| Arzneien und Verbandmittel | +4,2 |
| Heilmittel | +3,2 |
| Hilfsmittel | +3,7 |
| stationäre Leistungen | +2,4 |
| davon | |
| allgemeine Krankenhausleistungen | +3,8 |
| Wahlleistung Chefarzt | -1,7 |
| Wahlleistung Einbettzimmer | +2,2 |
| Wahlleistung Zweibettzimmer | +1,6 |
| Ersatz-Krankenhaustagegeld | +3,1 |
| Zahnleistungen | +1,7 |
| davon | |
| Zahnbehandlung | -1,5 |
| Zahnersatz | +3,4 |
| Kieferorthopädie | +3,9 |
| Versicherungsleistungen für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt | +3,0 |

R16/1402 – Werte für 2016 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 2016:

| Alterungs- rückstellungen | 2016 | 2015 | Veränderung* | |
|------------------------------|----------------|------------------|-----------------|--------------|
| | in Mio. Euro | in Mio. Euro | absolut | in Prozent |
| Krankenversicherung | 200.000 | 189.044,9 | + 10.955 | + 5,8 |
| Pflegeversicherung | 33.000 | 31.038,3 | + 1.960 | + 6,3 |
| insgesamt | 233.000 | 220.083,2 | + 12.915 | + 5,9 |

* Werte gerundet

R16/1403 – Werte für 2016 vorläufig

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

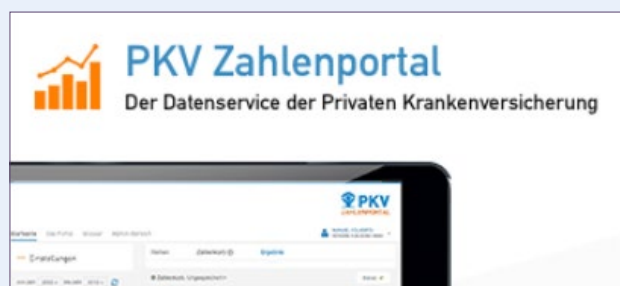
Verwaltungs- und
Abschlussaufwendungen

| Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen | 2016 | 2015 | Veränderung* | |
|---|--------------|----------------|--------------|--------------|
| | in Mio. Euro | in Mio. Euro | absolut | in Prozent |
| Abschlussaufwendungen | 2.430 | 2.386,2 | + 45 | + 1,9 |
| Verwaltungsaufwendungen | 890 | 860,4 | + 30 | + 3,5 |
| insgesamt | 3.320 | 3.246,6 | + 75 | + 2,3 |

* Werte gerundet

R16/1404 – Werte für 2016 vorläufig

Das 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

Die Private Krankenversicherung ist auch 2016 weiter gewachsen. Die Gesamtzahl an Versicherungen stieg auf 33,87 Millionen Voll- und Zusatzversicherungen. In der Zusatzversicherung hat die PKV im Jahr 2016 die 25-Millionen-Marke übersprungen. Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, setzt sich somit fort. Auch in der Vollversicherung hat sich die Lage der PKV wieder deutlich verbessert. Erstmals seit 2012 verzeichnete die PKV im zweiten Halbjahr wieder einen positiven Saldo im Nettoneuzugang – trotz schwieriger Rahmenbedingungen.

Mit 2016 endet das letzte volle Jahr der 18. Legislaturperiode, die in der Gesundheitspolitik ihren politischen Grundkonsens in einer Leistungs- und Ausgabenausweitung gefunden hat. Mit Blick auf kommende Jahrzehnte ist dies unter den bekannten demografischen Vorzeichen eine zusätzliche Hypothek für die umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme.

PKV im Gesetzgebungsprozess

Drittes Pflegestärkungsgesetz

Im Jahr 2016 fand die große Pflegereform der großen Koalition mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz ihren Abschluss. Nach der Verbesserung der Leistungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I; 2014) wurden durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II; 2015) zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt. Damit erhalten erstmals alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung – unabhängig davon, ob sie an körperlichen Einschränkungen leiden oder an einer Demenz erkrankt sind. Der Reformkreis schließt sich mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III), durch das strukturelle Verbesserungen erzielt werden sollen.

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz stärkt die Pflege vor Ort und baut die Beratung zu den Pflegeleistungen weiter aus. Damit werden Empfehlungen umgesetzt, die die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern und Kommunalen Spitzenverbänden erarbeitet hat. Außerdem werden die Kontrollmöglichkeiten verschärft, um Abrechnungsbetrug in der Pflege noch wirksamer zu bekämpfen und so Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, aber auch die Versichertengemeinschaft noch besser zu schützen.

Die Beratung in der sozialen Pflegeversicherung wird gestärkt: Kommunen erhalten das Recht, die Einrichtung von Pflegestützpunkten zu initiieren, wenn sie sich angemessen an den entstehenden Kosten beteiligen. Die Beratungsnotwendigkeit zu Fragen der Pflegeversicherung wurde in der Privaten Pflegeversicherung schon länger erkannt: Die aufsuchende Pflegeberatung durch das PKV-Tochterunternehmen compass kommt den Bedürfnissen von Versicherten und ihren Angehörigen bestmöglich entgegen, wie von allen pflegepolitischen Akteuren regelmäßig bestätigt wird.

Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

Mit dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz und der Informationspflichtenverordnung ist 2016 branchenübergreifend die alternative Streitbeilegung in Verbrauchersachen geregelt worden. Die Schlichtungsstellen müssen dabei

bestimmte Anforderungen an Fachwissen, Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Transparenz erfüllen. Bereits existierende privat organisierte, branchenspezifische Verbraucherschlichtungsstellen, zu denen auch der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung gehört, konnten sich innerhalb einer Übergangsfrist als Schlichtungsstelle im Sinne des Gesetzes anerkennen lassen. Das Gesetz sieht darüber hinaus eine Verpflichtung für die Unternehmen vor, Verbraucher darüber zu informieren. Der PKV-Ombudsmann hat als eine der ersten Schlichtungsstellen alle diese Voraussetzungen erfüllt.

Reform der Arzneimittelversorgung

Im Jahr 2016 wurden die Ergebnisse des so genannten Pharmadialogs der Öffentlichkeit vorgestellt. Der Dialog zwischen Bundesregierung und pharmazeutischer Industrie war im Koalitionsvertrag vereinbart worden. Ziel des Dialogs war die Stärkung des Pharmastandorts Deutschland für Forschung und Produktion.

Ein wichtiges Anliegen der pharmazeutischen Industrie war es, dass der zwischen GKV-Spitzenverband und Arzneimittelhersteller verhandelte Preis (Erstattungsbetrag) nicht mehr in Datenbanken und Softwaresysteme eingestellt werden sollte. Die Industrie sah die Gefahr einer Preisspirale nach unten: Behörden im Ausland würden nicht mehr – wie vor der Reform 2011 – die vom Hersteller festgelegten Preise als Referenz für die in ihren Ländern festzulegenden Preise ansehen, sondern die deutlich niedrigeren verhandelten Erstattungsbeträge. Tatsächlich hat die Bundesregierung das Anliegen der Industrie aufgegriffen und zugesagt, dass die vereinbarten Erstattungsbeträge künftig nicht mehr öffentlich gelistet werden sollen.

Ein Anliegen der Bundesregierung hingegen war es, die Arzneimittelausgaben im ersten Jahr nach der Zulassung – wenn der vom Hersteller festgesetzte Preis gilt – zu begrenzen. Da einige neue Arzneimittel schon im ersten Jahr sehr hohe Umsätze haben, wurde die Einführung einer Umsatzschwelle vereinbart, bei deren Überschreiten der Erstattungsbetrag bereits vor Ablauf der Jahresfrist gelten soll.

Im Jahresverlauf wurden beide Punkte in einem umfangreichen Gesetzgebungsvorhaben aufgegriffen, dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz. Der PKV-Verband hat mehrfach Position zu den vorgeschlagenen Maßnahmen bezogen und sich gegen vertrauliche Preise eingesetzt, da sie unter anderem zu Mehrausgaben führen und die Selbstzahler belasten würden. Das Gesetzgebungsvorhaben war zum Jahresende 2016 noch nicht abgeschlossen. Anfang 2017 zeichnete sich indes ab, dass weder die Vertraulichkeit der Erstattungsbeträge noch die Umsatzschwelle Gesetzeskraft erlangen werden.

Pflegeberufegesetz

Ein in 2016 kontrovers diskutiertes Thema war das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Ziel war es, die Pflegeberufe attraktiver zu machen und inhaltliche Qualitätsverbesserungen vorzunehmen. Im Kern sollten die bisherigen getrennt geregelten drei Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer neuen, generalistisch ausgerichteten beruflichen Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss zusammengeführt werden.

Der PKV-Verband hat die vorgesehene Neuausrichtung der Pflegeausbildung begrüßt, die Direktzahlung der Pflegeversicherung zur Mitfinanzierung der Mehrkosten der verbesserten Ausbildung allerdings zurückgewiesen, da hier eine Steuerfinanzierung angezeigt wäre. Das Vorhaben konnte bis zum Jahresende 2016 nicht abgeschlossen werden, da innerhalb der Regierungskoalition umstritten blieb, ob ein evolutionärer Wandel zu einer gemeinsamen Berufsausbildung ohne Aufgabe der beruflichen Identitäten den vorgesehenen Regelungen vorgezogen werden sollte.

Weitere gesetzliche Vorhaben

Die PKV als zweite Säule des Gesundheitssystems ist nahezu von jeder Gesetzgebung im Gesundheitsbereich betroffen, wenn auch in weniger starkem Maße als andere Akteure. Im Jahr 2016 betraf dies u. a. auch folgende Bereiche:

- Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen wurde verabschiedet, mit dem vor allem eine Neuausrichtung des Vergütungssystems für derartige Leistungen vorgenommen wurde. Dieses Vorhaben betrifft auch die Private Krankenversicherung, da sich die reguläre Vergütung im stationären Bereich zwischen GKV und PKV nicht unterscheidet. Durch das Gesetz entstehen Mehrausgaben für die PKV in Höhe von 1,8 Mio. Euro im Jahr 2017 bzw. 3 Mio. Euro ab dem Jahr 2018 jährlich.
- Auch das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption betrifft die PKV, mit dem die Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen eingeführt werden. Derartige Strafanträge dürfen künftig neben dem Verletzten auch die PKV-Unternehmen stellen. Der Verband begrüßt dies: Korruption schädigt nicht nur das Vertrauen in das Gesundheitssystem, sondern die Versicherten werden auch wirtschaftlich geschädigt, da es zu einer zweckwidrigen Verwendung von Beitragsgeldern und zu einer Einschränkung des Wettbewerbs um die beste Versorgung der Patienten führt.
- Von einer weiteren Leistungsverbesserung profitieren vor allem Schmerzpatienten: Künftig können Cannabisblüten bei besonders schweren Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose) vom Arzt verordnet und in der Apotheke erworben werden. Auch Privatversicherte profitieren von der Neuregelung. Derzeit ist nicht absehbar, in welcher Höhe Mehrausgaben auf die Branche zukommen, da dies davon abhängig ist, wie häufig Cannabisblüten verordnet werden.

Umsetzung von Gesetzen

Pflege

Das Jahr 2016 stand ganz im Zeichen der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II), durch das die Pflegebedürftigkeit zum 1. Januar 2017 neu definiert wurde. Durch die Ablösung der bisherigen drei Pflegestufen durch nunmehr fünf Pflegegrade gibt es Änderungen bei den Leistungen sowohl in der Privaten Pflegepflichtversicherung wie auch in der Pflegezusatzversicherung. Dadurch wurden umfangreiche Änderungen an den Musterbedingungen erforderlich.

Für alle bisherigen Leistungsbezieher gibt es einen Bestandsschutz, der ihnen garantieren soll, dass sich ihre Leistungen nicht verschlechtern. Außerdem erfolgte die Überführung von den Pflegestufen in die neuen Pflegegrade automatisch. Privatversicherte wurden von ihren Versicherungsunternehmen umfassend über alle Neuregelungen informiert.

Darüber hinaus erhöht das Gesetz in den meisten Bereichen auch die absolute Höhe der Leistungen: So steigt der Maximalbetrag des Pflegegeldes, den ein ambulant Pflegebedürftiger monatlich erhält, von bisher 728 Euro (Pflegestufe 3) auf 901 Euro für den Pflegegrad 5. Bei vollstationärer Versorgung steigt die maximale Leistung von 1.995 Euro für Härtefälle in der Pflegestufe 3 auf 2.005 Euro im neuen Pflegegrad 5. Versicherte, die am 31. Dezember 2016 pflegebedürftig sind oder zumindest eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz haben, müssen sich nicht neu begutachten lassen. Sie erhalten einen mindestens um eine Ebene höheren Pflegegrad als es ihrer bisherigen Pflegestufe entspricht. Sind sie in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt, erfolgt sogar eine Einordnung in den übernächsten Pflegegrad. Der so ermittelte Pflegegrad bleibt dauerhaft erhalten, es sei denn, es liegt künftig keine Pflegebedürftigkeit mehr vor, oder es wird in einer Folgebegutachtung ein höherer Pflegegrad festgestellt.

Nationale Präventionskonferenz

Das bereits im Jahr 2015 beschlossene Präventionsgesetz sieht vor, dass die PKV im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung an Programmen und Projekten im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen einen Sitz in der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) erhält. Die Höhe der Beteiligung bemisst sich an dem Betrag, den die GKV für Prävention in Lebenswelten aufbringen soll (inkl. Betrag der Pflegeversicherung 2,30 Euro je Versichertem). Der PKV-Verband beteiligt sich an Projekten und Maßnahmen im Sinne der Rahmenempfehlungen und wendet unter Einbeziehung der Stiftung Gesundheitswissen insgesamt 2,30 Euro je Versicherten auf. Damit erfüllt der Verband die gesetzlichen Anforderungen und wirkt als stimmberechtigtes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz als der zentralen Konsensplattform für den Bereich Prävention mit.

UPD auf Arabisch

Im Zuge der Neuorganisation der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) sowie angesichts der Flüchtlingslage bietet die UPD seit 2016 auch Beratungen auf Arabisch an. Ermöglicht wird dies durch den PKV-Verband. Die PKV beteiligt sich bereits seit 2011 freiwillig an der Mitfinanzierung der UPD. Mit der Erhöhung der PKV-Fördermittel auf 630.000 Euro pro Jahr wird das muttersprachliche Beratungsangebot der UPD erheblich weiterentwickelt. Ergänzend zur bisherigen fremdsprachigen Beratung auf Türkisch und Russisch wurde im April 2016 mit einer arabischen Beratung ein neuartiges Beratungsangebot geschaffen. Das arabische Beratungsangebot wird dienstags von 11 bis 13 Uhr und donnerstags von 17 bis 19 Uhr angeboten. Die PKV leistet damit auch einen Beitrag zur Integration von Flüchtlingen aus dem syrischen Bürgerkrieg.

PKV im Reformmodus

Neben der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben hat die Private Krankenversicherung 2016 auch ihre eigene Reformagenda umgesetzt und weiterentwickelt.

Tarifwechsel-Leitlinien

Wahlfreiheit und individueller Versicherungsschutz gehören zu den großen Pluspunkten der Privaten Krankenversicherung. Damit die Privatversicherten jederzeit die für sie beste Tarifoption finden und auswählen können, hat die Branche Leitlinien zum unternehmensinternen Tarifwechsel erarbeitet. Das Tarifwechselrecht gibt den Versicherten den Anspruch auf eine persönliche und bedarfsgerechte sowie kostenlose Beratung durch das Unternehmen beim Wunsch nach einem Tarifwechsel. Die Tarifwechsel-Leitlinien erläutern und konkretisieren nicht nur die geltende Rechtslage, sondern gehen auch deutlich über das gesetzliche Tarifwechselrecht hinaus. Die PKV-Unternehmen, die den Leitlinien beigetreten sind – gut 85 Prozent des Marktes nach versicherten Personen – verpflichten sich, entweder alle möglichen Tarifalternativen zu nennen oder aber eine Auswahl zu treffen, deren Methodik von einem Wirtschaftsprüfer hinsichtlich ihrer Kompatibilität mit dem Leitfaden regelmäßig überprüft wird. Außerdem erhalten die Versicherten bei Beitragsanpassungen bereits ab dem 55. Lebensjahr konkrete Tarifalternativen – also fünf Jahre früher als gesetzlich vorgesehen.

Seit dem 1. Januar 2016 werden die Leitlinien in vollem Umfang von allen teilnehmenden Unternehmen umgesetzt. Das geltende Tarifwechselrecht gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes ist davon selbstverständlich unberührt.

Gebührenordnung für Ärzte

Ein weiterer wichtiger Reformschritt ist die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die der PKV-Verband 2016 zusammen mit der Bundesärztekammer und in Abstimmung mit Vertretern der Beihilfe fortentwickelt hat. Trotz der Komplexität der Gebührenordnung mit weit über 4.000 Leistungsbeschreibungen gibt es nur noch geringen Klärungsbedarf. 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 schnelle Integration künftiger medizinischer Innovationen.

Der PKV-Verband ist sich mit der Bundesärztekammer einig, den Prozess der Entwicklung einer neuen GOÄ konstruktiv fortzusetzen und idealerweise 2017 abzuschließen. Der gemeinsame Vorschlag kann dann dem Gesetz- und Verordnungsgeber als Grundlage für den Erlass einer neuen Gebührenordnung dienen.

Verstetigung der Beitragsentwicklung

Neben Vorhaben, die der PKV-Verband selbst vorantreiben kann, gibt es auch Vorhaben, zu deren Umsetzung eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich ist. Dazu gehören Vorschläge für eine Verstetigung der Beitragsentwicklung.

Privatversicherte haben einen lebenslangen Anspruch auf hervorragende Leistungen und die Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Um das gewährleisten zu können, legen die Privaten Krankenversicherer einen Teil der Beitragsgelder verzinslich an. Bis zuletzt waren sie dabei überaus erfolgreich: So erzielte die PKV im Branchendurchschnitt 2015 für ihre Versicherten eine Verzinsung von immerhin noch 3,7 Prozent.

Weil die anhaltende Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank solche Erträge aber nicht dauerhaft ermöglicht, haben die meisten PKV-Unternehmen 2016 ihre Zinserwartungen vorsorglich zurückgeschraubt. Für die Versicherten

führt dies zu einem Anstieg der Beiträge. Denn was am Kapitalmarkt nicht zu erwirtschaften ist, muss – so ist es gesetzlich vorgeschrieben – durch eine Erhöhung der Vorsorge ausgeglichen werden. Hinzu kommen bei vielen Versicherern gestiegene Aufwendungen für medizinische Leistungen. Beide Effekte zusammen haben 2016 in einigen Tarifen zu untypisch starken Beitragserhöhungen geführt.

Umfragen bestätigen, dass die Versicherten kleine, regelmäßige Beitragsanpassungen eher akzeptieren würden als seltene, dann aber deutlich größere Sprünge. Zur Vermeidung derartiger Beitragssprünge hat der PKV-Verband Vorschläge entwickelt, die in der Zielsetzung auch von Verbraucherschützern unterstützt werden. Bislang hat der Gesetzgeber diese leider nur teilweise aufgegriffen.

Sozialfunktionalität

Für Privatversicherte, die den Beitrag für ihren PKV-Tarif reduzieren möchten, gibt es in der PKV ein differenziertes Netz von Alternativ- und Sozialtarifen für unterschiedliche Lebenslagen:

- Versicherte können ihre Beiträge durch einen Tarifwechsel deutlich reduzieren.
- Der Basistarif garantiert jedem nach dem Sozialgesetzbuch hilfebedürftigen Menschen einen Krankenvollversicherungsschutz auf GKV-Niveau ohne eigene Beitragslast.
- Der Notlagentarif schützt Menschen mit vorübergehenden Zahlungsproblemen, die gleichwohl keinen Anspruch auf Sozialleistungen oder den Standardtarif haben, vor der Überschuldung.
- Der Standardtarif ist ein besonders funktionales Angebot für langjährig Versicherte, die entsprechende Alterungsrückstellungen mitbringen und damit eine in der Regel deutliche Beitragssenkung erzielen. Sie müssen dafür nicht hilfebedürftig nach dem Sozialgesetzbuch sein. Problem: der Standardtarif ist Ende 2008 vom Gesetzgeber für Neuversicherte geschlossen worden. Er sollte auch für Versichertenzugänge seit dem 1.1.2009 wieder geöffnet werden.

Betriebliche Krankenversicherung

Die betriebliche Krankenversicherung der PKV (bKV) erfreut sich auch 2016 immer größerer Beliebtheit – und zwar bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern gleichermaßen. Die bKV ist ein gutes Instrument bei der Werbung um qualifizierte Arbeitskräfte, dessen Bedeutung angesichts des Fachkräftemangels noch stark zunehmen wird. Obendrein wird sich diese Herausforderung in Folge unserer alternden Bevölkerung weiter verschärfen. Zudem dient eine bKV auch der Gesunderhaltung der Mitarbeiter bzw. einer schnelleren Genesung im Krankheitsfall. Beides führt zu Produktivitätssteigerungen in den Unternehmen.

Das Konzept der betrieblichen Krankenversicherung ist dabei so einfach wie effektiv: Weil sich das Unternehmen verpflichtet, die bKV für seine gesamte Belegschaft oder für größere Mitarbeitergruppen „einzukaufen“, kann das anbietende Versicherungsunternehmen wegen des Gruppeneffekts günstiger kalkulieren und in der Regel auf die sonst erforderliche Gesundheitsprüfung verzichten. Die Leistungen kann der Arbeitgeber anhand von Bausteinen auswählen, die alle Spielarten der Zusatzversicherungen umfassen: vom Zahnersatz

über Ein-Bett-Zimmer im Krankenhaus bis hin zur Übernahme von Vorsorgeuntersuchungen und anderes mehr.

Es ist an der Zeit, die Ende 2013 vom Bundesfinanzministerium gestrichene steuerliche Förderung wieder einzuführen.

Ausblick

Das Gesundheitssystem ist einer der größten Wirtschaftssektoren Deutschlands. Der Anteil der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft beträgt 12 Prozent. Über 7 Millionen Menschen sind hierzulande in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt – das ist jeder sechste Arbeitsplatz in Deutschland. Rund 68.000 Menschen arbeiten im Umfeld der PKV. Durch die bestehenden ökonomischen Verflechtungen entstehen allein durch die PKV jährlich rund 8,6 Milliarden Euro Bruttowertschöpfung in Deutschland. Entlang der Wertschöpfungskette entstehen durch jeden zusätzlichen Euro an direkter Bruttowertschöpfung durch die PKV weitere 2,10 Euro in der Gesamtwirtschaft.

Jährlich fließen über 32 Milliarden Euro durch Privatversicherte ins deutsche Gesundheitssystem. Über ein Drittel davon ist der so genannte Mehrumsatz, der der medizinischen Infrastruktur zugutekommt, weil PKV-Versicherte im Vergleich zur GKV zum Teil höhere Preise bezahlen und keiner Budgetierung unterliegen. Wären sie gesetzlich versichert, würde das System jedes Jahr 12,5 Milliarden Euro verlieren – Praxen müssten schließen, Jobs gingen verloren. Diese zusätzlichen Einnahmen ermöglichen es Ärzten und Krankenhäusern, in moderne Geräte und mehr Personal zu investieren. Das kommt im Ergebnis allen zugute: privat und gesetzlich Versicherten.

Als Wettbewerber zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist die PKV zugleich ein wichtiger Vergleichsmaßstab, der es der Politik schwerer macht, Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu kürzen. Die medizinische Versorgung wird damit für alle Patienten gestärkt. Dank dieses Wettbewerbs bietet das duale deutsche System leichten Zugang zu Ärzten und Krankenhäusern, Spitzenmedizin und medizinischem Fortschritt für jeden Patienten.

Zudem wirkt die PKV in der Medizin als Innovationsmotor. Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es in der PKV keine Genehmigungsvorbehalte bei Innovationen und keine Budgetgrenzen für die Ärzte. Das erleichtert die Einführung neuer Methoden, die letztlich allen Patienten zu Gute kommen.

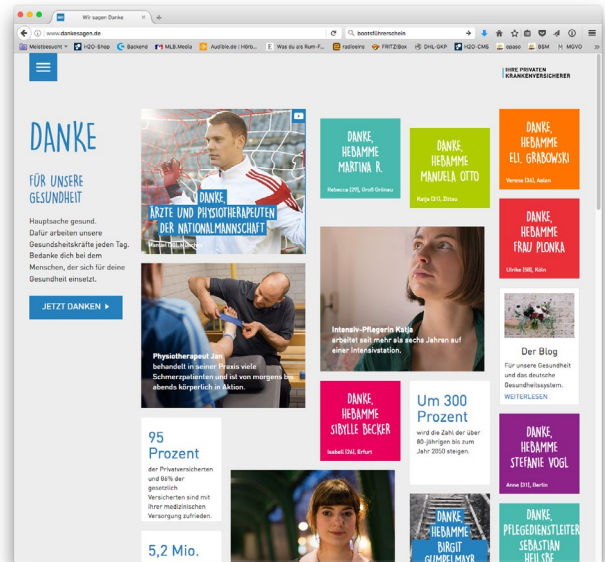
Dank ihrer Finanzierung stärkt die PKV dabei auch die Generationengerechtigkeit. Von den Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung profitieren angesichts des demografischen Wandels auch die kommenden Generationen.

Die Dualität von GKV und PKV hat sich als Garant dafür erwiesen, dass alle Bürgerinnen und Bürger einen Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Preisen bekommen und vom medizinischen Fortschritt profitieren. Alle Kriterien der Versorgungsgerechtigkeit – also des schnellen Zugangs zur medizinischen Versorgung unabhängig von der individuellen Finanzkraft – erfüllt Deutschland besser als alle europäischen Vergleichsländer mit einem einheitlichen Krankenversicherungssystem. Dennoch streben im Wahljahr 2017 nach wie vor drei Parteien unter dem Titel „Bürgerversicherung“ die Abschaffung der PKV und damit des bewährten dualen Krankenversicherungssystems an. Für eine solche

Radikalooperation des deutschen Gesundheitssystems gibt es weder eine sachliche Notwendigkeit noch eine Rechtfertigung.

2.2 Presse und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes

Das sichtbarste Projekt der Abteilung Kommunikation war im vergangenen Jahr die deutschlandweite Informationskampagne „Für unsere Gesundheit“, die der PKV-Verband fortsetzte und erweiterte. Neue Botschafter – vom Inselarzt aus Ostfriesland bis zur Hebamme aus Bayern – führen persönlich und authentisch vor Augen, warum das deutsche Gesundheitssystem eines der besten der Welt ist. Die Kampagne zeigt, dass die Private Krankenversicherung einen wesentlichen Anteil an diesem Erfolg hat. Gleichzeitig bedankt sich die PKV bei den im Gesundheitswesen beschäftigten Menschen. Diese Wertschätzung demonstriert seit Ende 2016 auch die neue Internetseite „www.dankesagen.de“. Hier können sich die Besucher persönlich bei all denen aus dem Gesundheitsbereich bedanken, die ihnen konkret geholfen haben. Selbst Fußball-Nationaltorwart Manuel Neuer hat diese Möglichkeit schon genutzt, um sich bei seinen Ärzten und Physiotherapeuten zu bedanken. Abgerundet wird die Seite durch Informationen zum deutschen Gesundheitssystem.



Zentrale Aufgaben

Ihre zentrale Aufgabe, die Öffentlichkeit aktiv über alle für die Branche relevanten Themen zu informieren, erfüllte die Abteilung Kommunikation im Jahr 2016 auf vielen unterschiedlichen Wegen. Insbesondere durch die Nutzung von Online-Kanälen wie den Kurznachrichtendienst Twitter oder der Video-Plattform YouTube und dem regelmäßigen Versand eines PKV-Newsletters wurden die Zielgruppen erreicht. Aber auch die klassischen Instrumente werden weiterhin genutzt, von der Versendung klassischer Pressemitteilungen bis hin zur Organisation von Pressekonferenzen und anderen öffentlichen Veranstaltungen. Eine wichtige Rolle für die Öffentlichkeitsarbeit spielten darüber hinaus zahlreiche direkte Informationsgespräche mit Journalisten und anderen PKV-Interessierten, die in vielen Fällen zur Veröffentlichung branchenrelevanter Themen in überregionalen Medien und Nachrichtenagenturen führten.

Parallel dazu baute die Pressestelle ihre Kommunikationskanäle vor allem im Online-Bereich weiter aus. Dabei wurde die Internetseite „www.pkv.de“ als zentrale Informationsplattform weiterentwickelt. Ihre Nutzung lag im Normalbetrieb bei etwa 40.000 Besuchern pro Monat und stieg während des Kampagnenzeitraums durch gezielte Online-Werbeaktionen deutlich an. Insgesamt besuchten im Jahr 2016 rund 712.000 Nutzer die Seite – ein Anstieg um mehr als zehn Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Auf große Nachfrage trafen die 2016 erstmals produzierten PKV-Themenhefte zur Funktionsweise der Privaten Krankenversicherung und zu den Änderungen durch die Pflegereform. Beide Hefte wurden als Beilagen in Fachmagazinen für Journalisten verbreitet sowie den Versicherungsunternehmen als Nachdrucke zur eigenen Verwendung angeboten.



Zentrale Themen der Verbandskommunikation

Ein besonders wichtiges und stark nachgefragtes Thema für die Pressearbeit des PKV-Verbandes war die Pflegereform, die zum 1. Januar 2017 in Kraft trat und gleichermaßen Auswirkungen auf die Soziale und die Private Pflegepflichtversicherung hatte. Dazu wurde frühzeitig ein umfangreiches Informationspaket erstellt, darunter ein Magazin-Sonderdruck zu wesentlichen Verbraucherfragen und eine Kurzbroschüre mit den wichtigsten Fakten. Die PKV-Internetseite informierte umfassend mit Antworten auf die meistgestellten Fragen und einem Grafik-Video. Beim öffentlichen Expertenforum „Kompetenztag Pflege“ des PKV-Verbandes in Berlin mit dem Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, diskutierte die gesundheitspolitische Fachszene über die Neuregelungen durch die Pflegereformen.

Auch die zur Jahreswende 2016/2017 zu erwartende Erhöhung vieler Versicherungsbeiträge unter anderem in Folge der lang anhaltenden Niedrigzinsphase war eine Herausforderung an die Pressearbeit des PKV-Verbandes. Frühzeitig wurde ein Informationspaket zum Thema vorbereitet. Dazu gehörten eine Verbraucherbrochure und ein Erklär-Video zur Beitragskalkulation in der PKV, eine Broschüre zu den Auswirkungen der Niedrigzinsphase auf die Branche sowie eine umfassender Frage-und-Antwort-Bereich auf der PKV-Internetseite.

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 Arbeitgebtag, der Wirtschaftstag des CDU-Wirtschaftsrats und der Deutschlandtag der Jungen Union. Der PKV-Stand mit seinem Angebot alkoholfreier Fruchtcocktails ist dabei regelmäßig eine gefragte Anlaufstelle für Politiker, Journalisten und Vertreter anderer Institutionen.

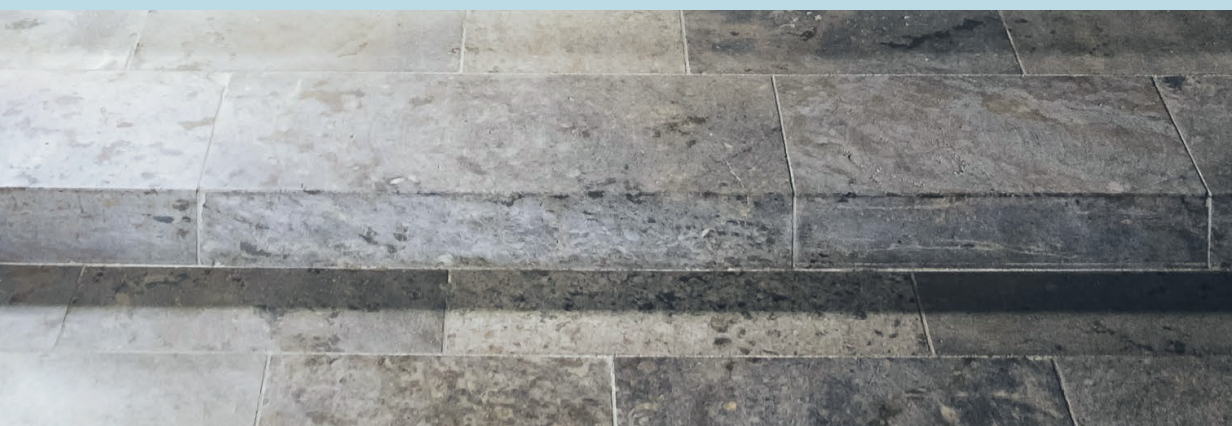
Interne Kommunikation

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 2016 bei zahlreichen aktuellen Anlässen zeitnah Informationen, Lageeinschätzungen und Argumentationshilfen des Verbandes. Die alljährliche Fachtagung mit den Pressesprechern der Mitgliedsunternehmen fand im September in Berlin statt.



3. Entwicklungen im Leistungsbereich



3.1 Gebührenordnung für Ärzte

GOÄ-Novelle

Die Verhandlungen zur gemeinsamen Abstimmung eines Entwurfs einer neuen GOÄ sind auch im Jahre 2016 mit hohem zeitlichem und persönlichem Engagement fortgeführt worden. Auch wenn der Zwischenstand zum Verhandlungsergebnis zur GOÄ-Novelle seitens des Vorstands der Bundesärztekammer (BÄK) Mitte März 2016 nicht gebilligt worden ist, hatte dies keinen Einfluss auf die konstruktive Fortsetzung der Verhandlungen. Ganz im Gegenteil: Die Verhandlungen zwischen den Partnern sind geprägt von hoher gegenseitiger Wertschätzung, Vertrauen und Respekt. Ziel ist die Fertigstellung eines gemeinsam abgestimmten Novellierungs-Entwurfs möglichst bis zum Ärztetag im Mai 2017. Der gemeinsame Vorschlag wird eine breite Akzeptanz erfahren, da eine Abstimmung des neuen Leistungsverzeichnisses mit über 130 medizinischen Fachgesellschaften und Ärzteverbänden vorgenommen worden ist. Sodann kann der gemeinsame Novellierungsentwurf dem Bundesgesundheitsminister übergeben werden. Der PKV-Verband ist zuversichtlich, dass auf der Basis des gemeinsam Erreichten in der kommenden Wahlperiode ein von PKV und BÄK konsentierter Vorschlag zur GOÄ-Novellierung von der Politik umgesetzt werden kann.

Artikel des PKV-Verbands zur GOÄ-konformen Abrechnung einer Katarakt-Operation mit Femtosekundenlaser

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hat in der Versicherungsmedizin (Heft 4/2016, S. 185 f.) einen Artikel zur GOÄ-konformen Abrechnung einer Katarakt-Operation mit Femtosekundenlaser veröffentlicht. In diesem Artikel legt der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. zunächst dar, was sich ein Laie unter einem Katarakt sowie der unterschiedlichen Operationstechniken vorzustellen hat. Außerdem nimmt er eine gebührenrechtliche Beurteilung einer Kataraktoperation mit einem Femtosekundenlaser vor. Neben den eigentlichen Kosten für eine Katarakt-Operation von durchschnittlich 850,00 Euro pro Auge werden jeweils weitere 1.500,00 Euro für den Einsatz eines Femtosekundenlasers berechnet. Im Ergebnis kommt der Artikel zu dem Schluss, dass der Einsatz des Femtosekundenlasers nicht gesondert berechnungsfähig ist, da dies bereits mit der Zielleistung aus GOÄ-Nr. 1375 abgegolten ist. Vielmehr handelt es sich um eine besondere Ausführung nach § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ, die mangels Vorliegen einer selbstständigen Leistung auch nicht als Verlangensleistung berechnungsfähig ist.

Stellungnahme des PKV-Verbands zur Abrechnung in der Handchirurgie

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist in weiten Teilen veraltet und bildet – insbesondere im Bereich der operativen Fächer – den aktuellen Stand der Medizin nicht ab. Der Verband der Privaten Krankenversicherung hat sich daher der Abrechnung in der Handchirurgie gewidmet und eine für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung als Orientierungshilfe bei der Rechnungsprüfung dienende [Kommentierung](#) erarbeitet.

Die Kommentierung ergänzt die bereits online abrufbaren Kommentierungen zur Abrechnung der tiefen Hirnstimulation, bauchchirurgischen Leistungen, Fuß-Chirurgie, schultergelenkchirurgischen Operationen sowie Interventionsleistungen an der Wirbelsäule.

Veröffentlichung
eines Artikels in der
Versicherungsmedizin
(4/2016, S. 185 f.)

Der PKV-Verband widmet
sich der Abrechnung in der
Handchirurgie

3.2 Gebührenordnung für Zahnärzte

Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen von BZÄK, PKV-Verband und Beihilfe

Das im April 2013 gegründete Gremium konnte auch in seinem vierten Geschäftsjahr positive Ergebnisse vorweisen. In einer Sitzung erarbeiteten PKV-Verband, Beihilfeträger und Bundeszahnärztekammer den 21. Beschluss zum Thema „Begründung bei Vereinbarungen“. Trotz einer harmonischen Atmosphäre und grundsätzlicher Einigkeit der beteiligten Parteien in vielen Sachverhalten, scheiterte die Verabschiedung weiterer Beschlüsse unter anderem an den erwartungsgemäß unterschiedlichen Interessen der beteiligten Parteien. Der Beschluss ist in Form eines [Online-Artikels](#) auf der Internetseite des PKV-Verbands Mitte 2016 veröffentlicht worden. Auf eine zweite Sitzung im November 2016 ist einvernehmlich unter allen Beteiligten verzichtet worden.

Besonders wichtige Urteile zur GOZ

Urteil VG Saarland (Az.: 6 K 2038/13) vom 05.04.2016

Urteil LG München I (Az.: 23 S 20117/15) vom 03.05.2016

Urteil LG Hildesheim (Az.: 7 S 124/16) vom 11.11.2016

Urteil AG Stuttgart (Az.: 9 C 1059/16) vom 28.06.2016

Urteil AG Hamburg-Altona (Az.: 318c C 226/15) vom 02.05.2016

Bei zwei schon seit Einführung der neuen GOZ 2012 strittigen Themen konnte die PKV mehrere positive Urteile erstreiten. Das Ausligieren von Bögen ist aus Sicht der PKV keine selbstständige Leistung, die gemäß § 6 Abs. 2 GOZ analog berechnet werden darf. Diese Sichtweise wurde vom Verwaltungsgericht Saarland (Az.: 6 K 2038/13) mit Urteil vom 5. April 2016, dem Landgericht München I (Az.: 23 S 20117/15) in zweiter Instanz am 3. Mai 2016 und dem Landgericht Hildesheim (Az.: 7 S 124/16) auch in zweiter Instanz am 11. November 2016 bestätigt.

Auch beim zweiten Thema „GOZ-Nr. 2197 im Zusammenhang mit den Füllungen in Adhäsivtechnik 2060, 2080, 2100, 2120“ ist die Sichtweise der PKV vom Amtsgericht Stuttgart (Az.: 9 C 1059/16) im Urteil vom 28. Juni 2016 und dem Amtsgericht Hamburg-Altona (Az.: 318c C 226/15) mit Urteil vom 02. Mai 2016 bestätigt worden. Der PKV-Verband vertritt die Ansicht, dass die Adhäsive Befestigung im Sinne der GOZ-Nr. 2197 Leistungsbestandteil der Füllungen in Adhäsivtechnik nach den GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120 ist.

Online-Artikel

Auch im Jahr 2016 ist wegen der Dringlichkeit des Themas ein [Online-Artikel](#) zu „Analogberechnungen und ‚selbstständige Leistungen‘“ veröffentlicht worden. Anlass war u. a. die deutliche Entwicklung und Zunahme im Bereich der analogen Berechnungen durch die Leistungserbringer mit oder ohne Inanspruchnahme einer Abrechnungsgesellschaft. In dem Artikel werden die gebührenrechtlichen und zahnmedizinisch-fachlichen Voraussetzungen für die Berechnung einer

Analogleistung nach § 6 Abs. 1 GOZ ausführlich erläutert. Beispiele aus der Praxis sollen dem Leser die Vorgehensweise bei den Analogberechnungen besonders verdeutlichen.

GOZ-Rechner

Das Lastenheft für einen Online-GOZ-Rechner ist fertiggestellt worden. Es liegt aktuell den Projektbeteiligten zur kritischen Prüfung sowie Kommentierung vor.

Kommentierung der GOZ

Zum 1. Januar 2012 ist die GOZ in Kraft getreten. Mit der neuen GOZ wird nun zwar eine Reihe von Auslegungsproblemen, die sich zur alten GOZ ergeben haben, gelöst. Gleichwohl wirft auch diese zahlreiche Auslegungsfragen auf. Um die Klärung dieser Fragen zu erleichtern kommentiert der PKV-Verband bereits seit 2013 einzelne besonders praxisrelevante Gebührensätze in einer auf der Internetseite des PKV-Verbandes verfügbaren Online-Kommentierung.

Die Kommentierung des Gebührenverzeichnisses wurde nun um eine Kommentierung des Allgemeinen Teils der Gebührenordnung (Paragrafenteil) erweitert. Die Kommentierung beschreibt und erläutert sämtliche Paragraphen des Allgemeinen Teils der zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GOZ-Novelle. Die ausschließlich im Internet auf unserer Webseite zur Verfügung stehenden PKV-Kommentierungen beinhalten somit nun das gesamte Gebührenverzeichnis der GOZ einschließlich des Paragrafenteils mit besonderem Augenmerk auf praxisrelevante, streitanfällige und kostenintensive Leistungen (vgl. [Online-Kommentierung](#)). Beide Kommentierungen werden fortlaufend aktualisiert.

Online-Kommentierung des
Paragrafenteils

3.3 Arzneimittel

Erstattungsbetragsverfahren nach § 130b SGB V

Seit 2011 führt der G-BA für „Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V“ eine Nutzenbewertung durch. Er beschließt über deren Zusatznutzen im Vergleich zu einer bereits vorhandenen zweckmäßigen Vergleichstherapie. Auf Grundlage des G-BA Beschlusses verhandelt der Spitzenverbandes der GKV (GKV-SV) im Benehmen mit dem PKV-Verband einen Erstattungsbetrag für die Arzneimittel. Dazu nimmt ein Vertreter des PKV-Verbandes an den Verhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmer und dem GKV-SV als Gast teil. Der vereinbarte Erstattungsbetrag gilt nach dem Gesetz ab dem 13. Monat nach Markteinführung. Können die Verhandlungsparteien sich nicht einigen, entscheidet eine Schiedsstelle über den Erstattungsbetrag.

Die Zahl der abgeschlossenen Bewertungsverfahren ist vor allem seit 2014 stark ansteigend. Dies ist unter anderem der Tatsache geschuldet, dass in Folge zunächst befristeter Beschlüsse nach Ablauf der Frist Neubewertungen durchgeführt werden oder, dass sich „orphan drugs“ (Arzneimittel, die für die Behandlung seltener Krankheiten eingesetzt werden) nach Überschreitung der Umsatzgrenze einer vollständigen Nutzenbewertung unterziehen müssen. Vorher gilt ihr Zusatznutzen wegen ihres „orphan Status“ als durch die Zulassung belegt.

| | |
|-------------|-----------|
| 2011 | 1 |
| 2012 | 30 |
| 2013 | 39 |
| 2014 | 36 |
| 2015 | 53 |
| 2016 | 72 |

R16/3301

Im Jahr 2016 wurden in Folge der G-BA Beschlüsse 34 Erstattungsbetragsvereinbarungen abgeschlossen und in 12 Fällen der Erstattungsbetrag durch die Schiedsstelle festgesetzt.

Im Internet finden Sie weitere Informationen zu:

- den [Vereinbarungen nach § 130b SGB V](#)
- den [G-BA Beschlüssen](#)

GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (GKV-AMVSG)

Mit dem im Jahre 2016 veröffentlichten Kabinettsentwurf eines GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (GKV-AMVSG) sollen die Ergebnisse des so genannten Pharmadialoges umgesetzt und Verfahren zur Nutzenbewertung und Preisbildung von Arzneimitteln in der GKV weiterentwickelt werden. Zugleich sollen neue Wirkstoffe möglichst schnell für Patienten verfügbar sein.

Bei neuen Medikamenten soll die freie Preisbildung im ersten Jahr nach Markteinführung nur noch bis zu einem Schwellenwert in Höhe von 250 Millionen Euro gelten. Liegen die Umsätze darüber, werden Rabatte fällig. Die vereinbarten Erstattungsbeträge sollen geheim bleiben. Damit soll nach Darstellung der Bundesregierung der Pharmastandort Deutschland gestärkt und Spielraum für die Preisvereinbarung geschaffen werden.

Zugleich soll das seit 2010 geltende Preismoratorium für erstattungsfähige Arzneimittel bis Ende des Jahres 2022 verlängert werden. Erhöht ein Hersteller den Abgabepreis, steht den Kostenträgern ein Preisabschlag in derselben Höhe zu. Dies betrifft jene Medikamente, für die noch kein Festbetrag festgelegt worden ist. Allerdings wird ab 2018 eine Preisanpassung entsprechend der Inflationsrate neu eingeführt.

Künftig sollen außerdem die Besonderheiten von Kinderarzneimitteln bei der Nutzenbewertung stärker berücksichtigt werden. Für Antibiotika wird zudem die Resistenzsituation bei der Nutzenbewertung mit einbezogen. Im Fall von neuen Forschungsergebnissen wird die Wartefrist für eine erneute Bewertung des Zusatznutzens verkürzt. Ärzte sollen besser über die Ergebnisse der Nutzenbewertung informiert werden.

Was Arzneimittel zur Krebsbehandlung (Zytostatika) angeht, entfällt die Ausschreibungsmöglichkeit der Krankenkassen. Bisher konnten Kassen die

Herstellung und Lieferung der kostspieligen Zytostatika mit Hilfe von Ausschreibungen an jene Apotheken mit dem günstigsten Preis vergeben. Zugleich sollen Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmafirmen ermöglicht und Verhandlungsmöglichkeiten über die sogenannte Hilfstaxe für Apotheker erweitert werden.

Um Lieferengpässe zu vermeiden, erhalten die zuständigen Bundesoberbehörden die Möglichkeit, von den Arzneimittelherstellern Informationen über die Absatzmenge und das Verschreibungsvolumen einzufordern.

Berechnung überhöhter Preise für die Abgabe onkologischer Zubereitungen durch Krankenhausapotheken

Das Landgericht Bremen hat mit Urteil vom 12. August 2016 entschieden, dass Krankenhausapotheken hinsichtlich der im Rahmen einer ambulanten Chemotherapie im Krankenhaus abgegebenen Zytostatika nicht an die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) gebunden seien. Diese Preisgrenzen, die sich für Offizin-Apotheken auf Grund der AMPreisV ergeben, seien aufgrund der Ausnahmeregelung des § 1 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 AMPreisV auf Krankenhausapotheken nicht anwendbar. Die in der AMPreisV geltenden Apothekenzuschläge stellten auch keine Obergrenze für die Krankenhausapotheke dar. Offizin-Apotheken seien hingegen an die AMPreisV gebunden. Eine Beseitigung dieser Ungleichbehandlung von Offizin-Apotheken und Krankenhausapotheken könne nicht durch Gerichte, sondern nur durch den Gesetzgeber erfolgen. Für eine rechtliche Analogie sei kein Raum. Das Urteil des Landgerichts Bremen ist noch nicht rechtskräftig. Berufung zum Oberlandesgericht Bremen wurde eingelegt, da mit der Akzeptanz des landgerichtlichen Urteils auch Mehrkosten im Vergleich zur AMPreisV von fast 11.000 Euro je Fall akzeptiert würden (ca. 25 Prozent Aufschlag auf die AMPreisV). Gegenüber den für die GKV berechnungsfähigen Sätzen werden Privatversicherte sogar – dies ergab eine Gegenäußerung des Krankenhauses – mit einem Aufschlag von ca. 75 Prozent (angeblich üblicher Faktor von 1,75) belastet.

Angesichts der Bedeutung des Themas und der drohenden massiven Schäden für die Branche – nach eigenen Berechnungen könnten Mehrausgaben im deutlich zweistelligen Mio.-Euro-Bereich auf die Unternehmen zukommen – hat der PKV-Verband dieses Problem auch in die Stellungnahme der PKV zur AM-VSG Mitte Dezember 2016 aufgenommen und den Gesetzgeber gebeten, diese Diskriminierung Privatversicherter und Beihilfeberechtigter durch eine Änderung der AMPreisV zu beseitigen. Auch die Presse hat die Abrechnungspraxis des Krankenhauses aufgegriffen und diese deutlich kritisiert. Der öffentliche Druck hat das beklagte Krankenhaus inzwischen zum vorübergehenden Einlenken motiviert. Bis zum Vorliegen einer OLG-Entscheidung werde gemäß den Konditionen öffentlicher Apotheken abgerechnet.

Dank der unverzüglichen Intervention des PKV-Verbandes hat der Fall der Diako Bremen sowohl in der Politik und auch in der (Fach-)Presse die erforderliche Aufmerksamkeit erfahren. Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich ebenfalls dafür ausgesprochen, dass sich die Vergütung in Krankenhausapotheken hergestellter onkologischer Zubereitungen ebenfalls nach der AMPreisV richten müsse. Der Gesetzgeber plant daher im Zuge des Erlasses des Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetzes diese planwidrige Regelungslücke zu schließen.

Urteil des Landgerichts
Bremen vom 12. August
2016 (Az.: 4 O 964/15)

Urteil des Landgerichts
Dresden vom 18. Mai 2016
(Az.: 8 O 275/15)

Preisbindung für Einzelimporte von Arzneimitteln

In seinem Urteil vom 18. Mai 2016 (Az.: 8 O 275/15) hat sich das Landgericht Dresden mit der Problematik der Kosten für den Import von in Deutschland nicht (mehr) vertriebenen Arzneimitteln – etwa wegen Marktrücknahme infolge des Erstattungsverfahrens nach § 130b Abs. 1 SGB V oder einer Preisfestsetzung durch die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 4 SGB V – befasst.

Der Entscheidung des Landgerichts Dresden lag der Sachverhalt zugrunde, dass ein Versicherter über einen deutschen Apotheker, der insoweit einen deutschen Großhändler eingeschaltet hat, im Wege des Einzelimports nach § 73 Abs. 3 AMG das teure Krebsmedikament „Kadcycla“, welches in Deutschland nicht zugelassen war, aus der Schweiz bezogen hat. Der Großhändler hat hinsichtlich dieser Arzneimittel gegenüber dem Apotheker die Vorgaben der AMPPreisV nicht berücksichtigt und den Preis frei festgelegt.

Das Landgericht Dresden hat der Klage eines Privaten Krankenversicherers entsprochen und entschieden, dass nicht zugelassene und im Wege des Einzelimports grenzüberschreitend bezogene Arzneimittel den Preisvorschriften der AMPPreisV unterliegen. Auch bei Importarzneimitteln könnten daher keine Phantasiepreise angesetzt werden, sondern nur der „übliche Preis“ zuzüglich der Zuschläge nach der AMPPreisV.

Gegen das Urteil hat die Apotheke Berufung eingelegt. Da es sich um eine grundsätzliche Frage handelt, könnte der Rechtsstreit sogar vor dem Bundesgerichtshof landen.

3.4 Heil- und Hilfsmittel

Osteopathie durch Physiotherapeuten

Mit Urteil vom 8. September 2015 (Az.: I-20 U 236/13) hat das Oberlandesgericht Düsseldorf einer Physiotherapiepraxis untersagt, berufs- oder gewerbsmäßig die Ausübung der Osteopathie anzukündigen und/oder die Osteopathie auszuüben, sofern keine ärztliche Approbation oder eine Zulassung nach § 1 Heilpraktikergesetz vorliegen. Dies gilt auch dann, wenn der Physiotherapeut nur auf ärztliche Anordnung tätig wird und die Leistung durch eine besonders ausgebildete Mitarbeiterin ohne Heilpraktiker-Zulassung erbracht wird.

Das Oberlandesgericht hat seine Entscheidung insbesondere damit begründet, dass es sich bei der Osteopathie um eine komplexe Heilkunde handle, um Leiden, Körper-schäden oder Krankheiten zu lindern. Um diesem Zweck zu erreichen, werden unterschiedliche alternativmedizinische Behandlungs- und Krankheitstechniken angewendet. Dementsprechend werde die Heilkunde jedenfalls dann ausgeübt, wenn medizinische oder ärztliche Fachkenntnisse zwingend erforderlich sind. Andernfalls bestehe für den Patienten die Gefahr, dass durch eine unqualifizierte Behandlung gesundheitliche Schäden verursacht werden. Dafür spreche auch die intensive Ausbildung, die für die Tätigkeit als Osteopathie notwendig ist. Dies sei ein Beleg dafür, dass medizinische Fachkenntnisse zwingend zum Wohle der Patienten vorausgesetzt werden müssen.

Osteopathie-Urteil des
Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 8. September 2015
(Az.: I-20 U 236/13)

Sinn und Zweck der Ausbildung sei es daher, Schäden von der Allgemeinheit und dem Patienten abzuwenden.

In seinem Urteil hat das Oberlandesgericht zudem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Verbot nicht gilt, wenn zwar der Anbieter selbst keine Erlaubnis besitzt, aber der für die Behandlung eingesetzte Mitarbeiter im Besitz einer Heilpraktikererlaubnis ist. Eine Erlaubnis zur Ausübung der Physiotherapie gemäß § 1 Abs. 1 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie berechtigt dahingegen nicht, osteopathische Behandlungen selbstständig vornehmen zu dürfen. Begründet wurde dies damit, dass Osteopathie nicht Bestandteil des Ausbildungs- und Prüfungscurriculums für Physiotherapeuten ist. Auch eine Behandlung auf ärztliche Anordnung im Delegationsverfahren sei nicht möglich. Zwar obliegt es dem Arzt die grundsätzliche Eignung der osteopathischen Behandlung festzustellen und es besteht nicht die Gefahr, dass Patienten von einem Arztbesuch abgehalten werden, dennoch stelle die tatsächliche Behandlung einen Eingriff dar, dessen fachgerechte Ausführung eben einer entsprechenden Ausbildung bedarf.

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass der Physiotherapeut nur behandeln darf wenn,

- a) eine vollumfängliche Heilpraktikerzulassung besteht,
- b) eine eingeschränkte Heilpraktikerzulassung auf dem Gebiet der Osteopathie besteht,
- c) ein Mitarbeiter in einer physiotherapeutischen Praxis, die nach a) oder b) genannten Kriterien erfüllt.

3.5 Basis- und Standardtarif

Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 wurden sämtliche Musterbedingungswerke angepasst. Der Anpassungsbedarfs ergab sich zum einen aus dem Gesetz zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen („VAG-Novelle“) sowie dem Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechtes. Im Zuge dessen wurden aber auch eine Reihe leistungsrechtlicher Änderungen umgesetzt, um die Vergleichbarkeit der Leistungen des Basistarifs mit den Pflichtleistungen des Dritten Kapitels des SGB V zu erhalten. Im Standardtarif wurden tarifliche vorgesehene Höchstbeträge auf ein mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen vergleichbares Vergütungsniveau angehoben.

Zur Vermeidung von Versorgungsproblemen erhalten im Basistarif versicherte Personen nunmehr auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit sowie nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI vorliegt. Die häusliche Krankenpflege umfasst dabei auch die ambulante Palliativversorgung. Ein gleichzeitiger Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ist in diesen Fällen ausnahmsweise nicht erforderlich. Der Anspruch besteht für bis zu vier Wochen, bei ambulanter Palliativversorgung auch darüber hinaus. In Verbindung mit dieser Regelung wird zudem der Anspruch auf Haushaltshilfe für die genannten Situationen erweitert,

Verbesserte Leistungen
im Basistarif und im
Standardtarif

Überleitungspflege im
Basistarif

um die hauswirtschaftliche Versorgung und die Betreuung von Kindern sicherzustellen. Der Anspruch besteht für bis zu vier Wochen und verlängert sich auf bis zu 26 Wochen, wenn Kinder unter 12 Jahren oder Kinder, die behindert und auf Hilfe angewiesen sind, versorgt werden müssen.

Mit dem neu eingefügten Tarifabschnitt A. 8. des Basistarifs können versicherte Personen Leistungen der stationären Kurzzeitpflege in einer Pflegeeinrichtung aus der Krankenversicherung beanspruchen, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt und ambulante Krankenpflege für den Verbleib im häuslichen Umfeld nicht ausreicht. Die Aufwendungen sind begrenzt auf acht Wochen je Kalenderjahr und einen Gesamtbetrag von 1.612 Euro.

Außerdem wurden die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Heilmittel (Krankengymnastik, Massagen, Logopädie etc.) im Verzeichnis des Basistarifs dynamisiert und auf aktuelle, vergleichbare Vergütungssätze der Gesetzlichen Krankenversicherungen angehoben.

Im Standardtarif wurden insbesondere die maximal erstattungsfähigen Aufwendungen je Hörgerät von 512 Euro auf 850 Euro für einen Versorgungszeitraum von drei Kalenderjahren dynamisiert. Darüber hinaus wurden Leistungen für Material und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung für Zahnersatz im Leistungsverzeichnis inhaltlich aktualisiert und die Erstattungsbeträge angehoben.

3.6 Stationäre Leistungen

Verhandlungen auf Bundes- und Landesebene

Der Verband der Privaten Krankenversicherung und seine Landesausschüsse waren zur Wahrnehmung ihrer Selbstverwaltungsaufgaben auf Bundes- und Landesebene im Jahr 2016 wieder an vielen Stellen vertreten. Begleitet wurden u. a. die 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 Landesbasisfallwerte 2017 wurden in zehn Bundesländern vor dem 1. Februar 2017 genehmigt. Es konnte dort vergleichsweise frühzeitig Klarheit über die Abrechnungsgröße erzielt werden. Andernorts kommen die Vertragspartner nicht umhin, die Schiedsstelle einzuschalten.

Die für sämtliche Bundesländer vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Landesbasisfallwerte des Jahres 2016 können [im Internet abgerufen werden](#).

Bundesbasisfallwert 2017

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat auftragsgemäß die Berechnung des einheitlichen BBFW und des einheitlichen Basisfallwertkorridors vorgenommen. Grundlage der Berechnungsergebnisse sind die bis Mitte

eines Jahres von den Landeskrankenhausesgesellschaften übermittelten Parameter der aktuellen Landesbasisfallwerte (LBFW, Ausgabenvolumen, Summe der effektiven Bewertungsrelationen). Die Berechnungsergebnisse bieten die Basis für die diesbezügliche Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene. Der Veränderungswert 2017 in Höhe von 2,5 Prozent war noch erhöhend zu berücksichtigen.

Der ausgehandelte BFFW 2017 beträgt 3.376,11 Euro.

Die Korridor Grenzen für die Annäherung der Landesbasisfallwerte an den BFFW liegen bei 3.460,51 Euro (+2,5%: obere Grenze) und 3.341,67 Euro (-1,02%: untere Grenze).

Veränderungswert/Orientierungswert für Krankenhäuser

Die Vereinbarung des Veränderungswertes durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene erfolgt nach Maßgabe des §§ 9 Abs. 1b, 10 Abs. 6 KHEntgG. Der vom Statistischen Bundesamt bekannt gegebene Orientierungswert für 2017 liegt mit

1,54 Prozent unterhalb der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, die für 2017 2,5 Prozent beträgt. Gemäß § 10 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG entspricht in diesem Fall der Veränderungswert 2017 der Veränderungsrate von 2,5 Prozent.

DRG-System 2017

In die Fortentwicklung des DRG-Systems 2017 flossen die Abrechnungsdaten von 242 Krankenhäusern ein. Enthalten sind dabei nur die Daten von zehn Universitätskliniken statt 13 Universitätskliniken wie in den Vorjahren.

Das System enthält künftig:

- 1.255 DRGs (+35)
- davon im FP-Katalog Hauptabteilung 1.208 DRGs (+ 35)
- davon nicht bewertet (Anlage 3a) 42 DRGs (+/-0)
- davon 5 rein teilstationäre DRGs (+/-0), von denen weiterhin 2 bewertet sind (+/-0)
- explizite Ein-Belegungstag-DRGs gibt es 24 (+1) und implizite 366 (+13)

Merkliche Verbesserungen gibt es im DRG-System 2017 bei der Abbildung und der Vergütung der Behandlung von Kindern. Durch verschiedene Systemanpassungen, zum Beispiel neue „reine“ Kinder-DRGs, spezifische OPS-Kodes, mehr Zusatzentgelte für Medikamente mit Kinderdosisklassen, Neugruppierungen bei den Neugeborenen und insbesondere eine eigene DRG für gesunde Neugeborene, erfolgt in diesem Bereich ein Casemixanstieg, der einen Zugewinn von 76 Mio. Euro bedeutet.

Bemerkenswert bei der Fortentwicklung für 2017 ist der in § 17b Absatz 1 Satz 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) enthaltene Auftrag an die Selbstverwaltungspartner, mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung mit Wirkung für 2017 zu ergreifen. Diese Vorgabe ist Reaktion auf die Entwicklung tendenziell sinkender Sachkosten im stationären Bereich. Allerdings werden durch entsprechende Korrekturen dem Krankenhausbereich keine Mittel

entzogen, sondern es ändern sich lediglich die relativen Bewertungen einzelner Entgelte. Personalintensivere Leistungen werden z. B. aufgewertet. Die Selbstverwaltungspartner haben sich im Berichtsjahr auf der Grundlage eines entsprechenden Konzepts des InEK auf eine Vereinbarung zur Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen verständigt.

§ 17b Abs. 1 Satz 5 Hs. 2 KHG gibt als weitere Neuerung vor, dass die Bewertungsrelationen von Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen abzustufen sind. Hierzu haben sich die Selbstverwaltungspartner im Berichtsjahr auf eine Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen geeinigt. Diese sieht vor, dass bei operativen Eingriffen an der Wirbelsäule und bei operativen Hüftgelenksleistungen eine Absenkung der Bewertungsrelationen vorgenommen wird und bezüglich konservativer Wirbelsäulenbehandlungen eine Abstufung erfolgt, sofern ein Krankenhaus oberhalb des statistischen Zentralwertes der Fallzahlen der entsprechenden DRG-Fallpauschalen liegt. Auch durch diese Korrekturen werden dem Krankenhausbereich keine finanziellen Mittel entzogen.

Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Für das pauschalierende Entgeltsystem PEPP 2017 gibt das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG, siehe unten) grundlegende Änderungen vor. Angesichts dieser Entwicklung hat das InEK für 2017 die bisherige PEPP-Klassifikation eher zurückhaltend weiterentwickelt. Stabilität und Kontinuität sollen den Einrichtungen den Umstieg auf die Neuerungen erleichtern.

Für die Kalkulation des PEPP-Systems 2017 wurden zunächst von 113 Einrichtungen Daten von 284.991 vollstationären und 45.487 teilstationären Fällen zugesagt. Nach Rücknahme von Zusagen, Fallzusammenführungen und ohne Berücksichtigung rein vorstationärer Fälle, Begleitpersonen und unvollständig kalkulierter Überlieger verblieb eine Kalkulationsmenge von 227.063 vollstationären und 34.996 teilstationären Fällen aus 105 Einrichtungen. Gegenüber dem Vorjahr konnten 12 Prozent mehr Kalkulationsdaten verarbeitet werden.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Der Deutsche Bundestag hat am 10. November 2016 das PsychVVG beschlossen. Das Gesetz zielt zum einen auf eine Verbesserung der Versorgung der Patienten im Psych-Bereich ab. So wird unter anderem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen, festzulegen. Zudem soll die sektorenübergreifende Versorgung insbesondere dadurch gestärkt werden, dass stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen im häuslichen Umfeld („home treatment“) unter möglichem Einbezug ambulanter Leistungserbringer erbracht werden können. Zum anderen erfolgt durch das PsychVVG eine Neuausrichtung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Das Entgeltsystem wird als Budgetsystem ausgestaltet. Im Rahmen einer individuellen Budgetverhandlung können etwaige in den Kliniken vorhandene regionale oder strukturelle Besonderheiten in der

Leistungserbringung berücksichtigt werden. Die Möglichkeit zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems auf freiwilliger Basis wird um ein Jahr verlängert. Entsprechend den im Gesetz enthaltenen Aufgaben für die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden diese nähere Details im kommenden Jahr vereinbaren.

Umsatzsteuerliche Fragen im Krankenhausbereich

Das Bundesministerium der Finanzen (BMF) hat mit Schreiben vom 28. September 2016 an die obersten Finanzbehörden der Länder (III CR – S 7170/11/10004) zum sachlichen Anwendungsbereich des Urteils des Bundesfinanzhofs (BFH) vom 24. September 2014 (V R 19/11) und zu weiteren steuerrechtlichen Aspekten in diesem Kontext Stellung genommen. Der BFH hatte in besagtem Urteil entschieden, dass die Verabreichung von Zytostatika im Rahmen einer ambulant in einem Krankenhaus durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung, die dort individuell für den einzelnen Patienten in einer Apotheke dieses Krankenhauses hergestellt werden, als ein mit der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundener Umsatz gemäß § 4 Nr. 16 Buchstabe b Umsatzsteuergesetz (UStG) steuerfrei ist. Das BMF führt in seinem Schreiben hierzu aus, dass die Grundsätze des BFH sowohl auf Zubereitungen Anwendung finden, die im Rahmen einer Krebstherapie verwendet werden, als auch auf andere Arzneimittel, die wie Zytostatika-Zubereitungen individuell für den Patienten hergestellt werden. Umsatzsteuerpflichtig seien demgegenüber die Abgabe von nicht patientenindividuellen Zubereitungen und von Fertigarzneimitteln sowie die Abgabe von nicht in der Krankenhausapotheke selbst hergestellten patientenindividuellen Zubereitungen. Eine Behandlung in dem Gebäude, in dem sich auch die Krankenhausapotheke befinde, sei nicht erforderlich. Für die Steuerbefreiung sei die Abgabe von patientenindividuell hergestellten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke eines Krankenhauses zur Behandlung eines Patienten in einem anderen Krankenhaus desselben Unternehmers an einem anderen Standort unschädlich. Die Ausführungen des BMF unter Ziffer V zum zeitlichen Anwendungsbereich betreffen nur das Besteuerungsverfahren, d.h. das Verhältnis zwischen Krankenhaus und zuständigem Finanzamt. Die Regelung wirkt sich nicht auf das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Patient bzw. Versicherungsunternehmen aus. Das bedeutet, dass etwaige zivilrechtliche Erstattungsansprüche bezüglich der ohne Rechtsgrund gezahlten Umsatzsteuer nicht berührt werden.

Mit einem weiteren Schreiben an die obersten Finanzbehörden der Länder vom 6. Oktober 2016 (III C 3 – S 7170/10/10004) hat sich das BMF zu den Voraussetzungen, unter denen Privatkliniken steuerfreie Leistungen erbringen können, geäußert. Hintergrund dieses Schreibens sind die beiden Urteile des BFH vom 23. Oktober 2014 (V R 20/14) und vom 18. März 2015 (XI R 38/13), wonach § 4 Nr. 14 Buchst. b S. 2 Doppelbuchst. aa UStG, der die Steuerfreiheit durch die Anknüpfung an § 108 SGB V unter einen sozialversicherungsrechtlichen Bedarfsvorbehalt stellt, nicht im Einklang mit den zwingend umzusetzenden Vorgaben des Unionsrechts in Gestalt des Art. 132 Abs. 1 Buchst. b [Mehrwertsteuersystemrichtlinie](#) steht. Danach befreien die Mitgliedstaaten Krankenhausbehandlungen von privaten Krankenhäusern, die unter Bedingungen durchgeführt werden, die mit den Bedingungen in Einrichtungen des öffentlichen Rechts in sozialer Hinsicht vergleichbar sind, von der Umsatzsteuer. Auf diese inhaltlich unbedingte und hinreichend genaue Bestimmung könne sich ein Privatklinikträger bei Vorliegen der Voraussetzungen zur Erlangung der Steuerfreiheit berufen, so der BGH.

Nach Auffassung des BMF sind solche in sozialer Hinsicht vergleichbaren Bedingungen als erfüllt anzusehen, wenn zum einen das Leistungsangebot der Privatklinik den Leistungen öffentlicher Krankenhäuser entspricht und zum anderen eine Kostenübernahme in erheblichem Umfang durch Krankenkassen oder andere Einrichtungen der sozialen Sicherheit erfolgt. Letzteres solle dann der Fall sein, wenn – in Nachbildung des § 67 Abgabenordnung – im vorangegangenen Kalenderjahr mindestens 40 Prozent der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfallen seien, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt als für allgemeine Krankenhausleistungen nach KHEntgG oder Bundespflegesatzverordnung berechnet wurde oder im vorangegangenen Kalenderjahr mindestens 40 Prozent der Leistungen den in § 4 Nr. 15 Buchst. b UStG genannten Personen zugutegekommen sind. Hierbei seien angemessene Entgelte für Wahlleistungen in die Berechnung der 40 Prozent-Grenze nicht mit einzubeziehen.

Die vom BMF vorgegebenen Abgrenzungskriterien werfen Fragen auf und stehen nicht im Einklang mit der Bewertung des BFH. Dieser hat deutlich gemacht, dass es im Kontext der Umsatzsteuer wegen der unterschiedlichen Finanzierungsformen von öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken gerade ohne Bedeutung ist, ob die Privatklinik höhere Entgelte als ein zugelassenes Krankenhaus verlangt. Auch ist nach Auffassung des BFH die Steuerbefreiung nicht regelmäßig auszuschließen, wenn die Privatklinikkosten von den Einrichtungen der sozialen Sicherheit nicht erstattet werden. Überdies sind auch PKV-Unternehmen in ihrer Eigenschaft als substitutive Krankenversicherer sowie die Träger der Beihilfe als Einrichtungen der sozialen Sicherheit anzusehen, weshalb es umsatzsteuerlich unbeachtlich ist, ob und in welchem Umfang gesetzliche Krankenkassen Kosten erstattet haben (so auch Finanzgericht Köln, Urteil vom 13. April 2016, 9 K 3310/11). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass auch nach Veröffentlichung des BMF-Schreibens die Abgrenzungsdiskussionen bezüglich der in sozialer Hinsicht vergleichbaren Bedingungen im Sinne des Unionsrechts fortgeführt werden und die Problematik weiterhin an die Finanzgerichte herangetragen werden wird. Der PKV-Verband setzt sich weiterhin nachdrücklich für eine umsatzsteuerfreie Leistungserbringung von Privatkliniken ein, um im Interesse der Patienten eine unnötige Verteuerung von medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen zu verhindern.

Wahlärztliche Leistungen

Im Nachgang zur Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 16. Oktober 2014 (Az.: III ZR 85/14) hat dieser sowie auch andere Gerichte wahlärztliche Leistungen als wichtiges Element der PKV erneut gestärkt. Bereits mit o. g. Urteil hatte der Bundesgerichtshof festgestellt, dass vom Krankenhausträger nicht fest angestellte Honorarärzte, die im Krankenhaus Operationen durchführen, ihre operative Tätigkeit gegenüber (Privat-)Patienten nicht als Wahlleistung im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG erbringen und gesondert abrechnen können.

Nunmehr hatte sich auch der für Haftungsrecht zuständige VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs mit wahlärztlichen Leistungen zu beschäftigen. Mit Urteil vom 19. Juli 2016 (Az.: VI ZR 75/15) hat er entschieden, dass dem Patienten ein Schadensersatzanspruch zusteht, wenn entgegen einer getroffenen Wahlleistungsvereinbarung eine Operation nicht vom Wahlarzt, sondern vom stellvertretenden Oberarzt durchgeführt wird. In dem zu entscheidenden Fall hatte ein Patient nach einer von dem Oberarzt fehlerfrei durchgeführten Operation erhebliche Beeinträchtigungen erlitten. Zwar konnte nachgewiesen werden,

dass die Operation nicht anders verlaufen wäre, wenn der Chefarzt selbst operiert hätte. Den Einwand des sog. „rechtmäßigen Alternativverhaltens“ aufgrund der fehlerfreien Operation lies der Bundesgerichtshof jedoch nicht gelten. Nach seiner Ansicht war der Eingriff wegen der fehlenden Einwilligung von vornherein rechtswidrig. Erkläre der Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts, er wolle sich nur von einem bestimmten Arzt operieren lassen, dürfe kein anderer Arzt den Eingriff vornehmen.

Unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 16. Oktober 2014 sind zudem mehrere unterinstanzliche Urteile ergangen. Insbesondere hat das Landgericht Stade mit Urteil vom 20. Mai 2015 (Az.: 4 S 45/14) die Reichweite der Wahlarztkette in Bezug auf Leistungen externer Ärzte eingeschränkt. Streitgegenständlich waren hier Sachkosten im Kontext stationärer radiologischer Leistungen, die von externen Radiologen gegenüber einem gesetzlich Versicherten mit privater Zusatzversicherung abgerechnet wurden. Das Landgericht Stade hat bestätigt, dass der Versicherer die Erstattung der in der Rechnung enthaltenen Sachkosten zu Recht mit dem Argument verweigert hat, diese Kosten seien aufgrund dauerhafter Beauftragung im Rahmen von Outsourcing angefallen, weshalb es sich nicht um wahlärztliche Leistungen, sondern um allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG handele.

Auch das Landgericht Stuttgart hat mit Urteil vom 4. Mai 2016 (Az.: 13 S 123/15) die unwirksame Erweiterung einer Wahlarztkette festgestellt. Der Entscheidung lag eine Wahlleistungsvereinbarung zugrunde, bei der im Vergleich zum Wortlaut des § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG die Regelung zur Wahlarztkette dahingehend modifiziert wurde, dass die Beschränkung auf „angestellte oder beamtete“ Ärzte des Krankenhauses weggelassen wurde, wodurch der Kreis der potenziell in die Wahlarztkette einbezogenen Ärzte erweitert wurde.

Es ist sehr zu begrüßen, dass der Bundesgerichtshof den für die PKV schädlichen Ausweitungstendenzen der Krankenseite Grenzen gesetzt hat. Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs stärkt das Produkt „Chefarztbehandlung“, das sowohl in der Krankheitskostenvollversicherung als auch in den stationären Zusatzversicherungen unverzichtbarer Baustein der Tarifgestaltung ist, mit dem sich die PKV – auch in der öffentlichen Wahrnehmung – deutlich von der GKV abgrenzt.

Qualitätspartnerschaften mit ausgewählten Krankenhäusern

Der PKV-Verband hat 2012 ein Partnerschafts-Programm gestartet, in dessen Rahmen er einen Qualitätsstandard definiert hat, der für die Patienten eine hervorragende Versorgung und Unterbringung im Krankenhaus sicherstellen soll. Der PKV-Verband hat hierfür derzeit mit ca. 190 Kliniken Qualitätspartnerschaften abgeschlossen. Die Qualitätspartner genügen in medizinischer Hinsicht gehobenen Ansprüchen und bieten den Patienten ein hochwertiges Angebot im Bereich der Wahlleistung Unterkunft an. Außerdem rechnen die Kliniken nach den Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes ab und nehmen am Verfahren zum elektronischen Datenaustausch teil. Zum Nachweis der besonderen medizinischen Qualität werden die Qualitätsdaten der Krankenhäuser nach der Systematik der gesetzlichen externen Qualitätssicherung herangezogen. Ergänzend



kann auch auf weitere etablierte Systeme der Qualitätsmessung zurückgegriffen werden.

Zuschläge für Ein- und Zweibettzimmer

Die folgenden Tabellen stellen die Auswertung der Ein- und Zweibettzimmerzuschläge im Vergleich der Jahre 2015 und 2016 dar.

| Einbettzimmerzuschläge nach Ländern | 2016 in Euro | 2015 in Euro | Veränderung in Prozent |
|--|---------------------|---------------------|-------------------------------|
| bundesweit | 98,44 | 95,97 | +2,57 |
| Baden-Württemberg | 98,33 | 95,71 | +2,74 |
| Bayern | 101,24 | 97,82 | +3,50 |
| Berlin | 124,46 | 121,70 | +2,27 |
| Brandenburg | 80,99 | 76,04 | +6,51 |
| Bremen | 93,73 | 96,49 | -2,86 |
| Hamburg | 118,82 | 107,10 | +10,94 |
| Hessen | 99,94 | 95,86 | +4,26 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 91,03 | 88,85 | +2,45 |
| Niedersachsen | 93,24 | 92,08 | +1,26 |
| Nordrhein-Westfalen | 103,72 | 101,37 | +2,32 |
| Rheinland-Pfalz | 95,48 | 94,47 | +1,07 |
| Saarland | 93,17 | 93,41 | -0,26 |
| Sachsen | 73,35 | 74,03 | -0,92 |
| Sachsen-Anhalt | 73,30 | 71,01 | +3,22 |
| Schleswig-Holstein | 89,71 | 87,25 | +2,82 |
| Thüringen | 93,12 | 95,99 | -2,99 |

R16/3402

| Zweibettzimmerzuschläge nach Ländern | 2016 in Euro | 2015 in Euro | Veränderung in Prozent |
|--------------------------------------|--------------|--------------|------------------------|
| bundesweit | 50,71 | 49,17 | + 3,13 |
| Baden-Württemberg | 49,83 | 48,43 | + 2,89 |
| Bayern | 51,84 | 49,13 | + 5,52 |
| Berlin | 50,84 | 48,82 | + 4,14 |
| Brandenburg | 41,96 | 40,63 | + 3,27 |
| Bremen | 46,63 | 49,65 | - 6,08 |
| Hamburg | 60,72 | 53,84 | + 12,78 |
| Hessen | 49,28 | 47,36 | + 4,05 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 37,79 | 35,64 | + 6,03 |
| Niedersachsen | 48,44 | 47,41 | + 2,17 |
| Nordrhein-Westfalen | 56,31 | 54,56 | + 3,21 |
| Rheinland-Pfalz | 50,53 | 50,47 | + 0,12 |
| Saarland | 44,31 | 44,63 | - 0,72 |
| Sachsen | 37,04 | 36,42 | + 1,70 |
| Sachsen-Anhalt | 32,59 | 32,12 | + 1,46 |
| Schleswig-Holstein | 49,38 | 47,38 | + 4,22 |
| Thüringen | 46,66 | 47,59 | - 1,95 |

R16/3403

3.7 Pflege

Private Pflegepflichtversicherung

Das Jahr 2016 war insbesondere geprägt durch die umfangreichen Vorbereitungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der weiteren Verbesserungen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und Pflegekräfte zum 1. Januar 2017 und stellte alle Beteiligten vor Herausforderungen. Neben der Anpassung der Versicherungsbedingungen, der Neukalkulation der Pflegepflichtversicherung sowie der ergänzenden Pflegeversicherung wurden auch die leistungsrechtlichen Auslegungshinweise überarbeitet. Darüber hinaus musste auch eine Überarbeitung der Pflegedatenbank sowie des Pflegeportals www.pflegeberatung.de erfolgen. Aufgrund der guten Vernetzung während der Vorbereitung und der Begleitung der Prozesse zwischen PKV-Verband, Mitgliedsunternehmen sowie den Tochterunternehmen MEDICPROOF und compass konnte dieses Vorhaben gemeinsam umgesetzt werden. Detailliertere Informationen sind den folgenden Ausführungen zu entnehmen.

Umsetzung Pflegestärkungsgesetze I bis III

Mit den Pflegestärkungsgesetzen wurde eine umfassende und grundlegende Reform der Pflegeversicherung vorgenommen. Eingeleitet wurde diese Reform bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Fortgesetzt wurde sie mit insgesamt drei Pflegestärkungsgesetzen. Zum 1. Januar 2017 traten damit die größten Änderungen der gesetzlichen Pflegeversicherung seit deren Einführung in Kraft. Mit den Neuerungen wird insbesondere ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der eine Gleichbehandlung von körperlich, geistig und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen bei der Begutachtung und den Leistungen vorsieht.

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Das PSG II trat in zwei Stufen in Kraft. Zum 1. Januar 2016 erfolgten leistungsrechtliche Änderungen u. a. im Bereich der Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Ergänzend wurden mit dem PSG II die Voraussetzungen zur Vorbereitung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschaffen. Insbesondere die Umstellung der Pflegesätze der stationären Pflegeeinrichtungen von Pflegestufen auf Pflegegrade sowie die Anpassung der Vergütungen der ambulanten Pflegeeinrichtungen konnte dadurch rechtzeitig erfolgen.

Seit dem 1. Januar 2017 gilt ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff. Dieser bedingt auch die Einführung eines anderen Begutachtungsinstrumentes, mit dem nicht mehr der Hilfebedarf bei bestimmten Verrichtungen gemessen wird, sondern der Grad der Selbständigkeit. Die bisherigen drei Pflegestufen wurden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Zudem wurden die einzelnen Leistungen der Pflegeversicherung mit neuen Leistungshöhen an die Pflegegrade angepasst. Dabei wurde Pflegegrad 1 nur mit ausgewählten Leistungen hinterlegt.

Bisherige Leistungsbezieher der Pflegepflichtversicherung wurden zum Stichtag 1. Januar 2017 auf das neue System mittels einer gesetzlich vorgeschriebenen Überleitungstabelle in Abhängigkeit von der Pflegestufe einem Pflegegrad zugeordnet. Zur Vermeidung von Verschlechterungen durch die Überleitung wurde ein entsprechender Besitzstandsschutz geschaffen.

Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Mit dem PSG III, dessen Regelungen ebenfalls seit dem 1. Januar 2017 Anwendung finden, sollen insbesondere die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege durch Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu den thematischen Schwerpunkten (Sicherstellung der Versorgung, Beratung, niedrigschwellige Angebote) erfolgen, durch entsprechende Maßnahmen soll darüber hinaus der Abrechnungsbetrug in der Pflege bekämpft und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Sozialhilferecht eingeführt werden.

Beteiligung am Gesetzgebungsverfahren

Durch das Bundesministerium für Gesundheit wurde am 26. April 2016 der Referentenentwurf des PSG III vorgelegt. Die Anhörung der Verbände durch das Bundesministerium für Gesundheit fand hierzu unter Beteiligung der PKV am 30. Mai 2016 statt. Eine Stellungnahme wurde hierzu abgegeben. Der Beschluss des Bundeskabinetts zum Gesetzentwurf der Bundesregierung erfolgte am 28. Juni 2016. Die öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit fand am 17. Oktober 2016 statt. Auch hierzu wurde eine Stellungnahme abgegeben. An der Anhörung nahm auch Dr. Ralf Suhr vom Zentrum für Qualität in der Pflege teil, der als Einzelsachverständiger eingeladen war. Hinsichtlich der Beteiligung am Gesetzgebungsverfahren zum PSG II wird auf die Ausführungen im Rechenschaftsbericht 2014 (Seite 68 f.) sowie den Rechenschaftsbericht 2015 (Seite 65 f.) verwiesen.

Sonderanpassungsrecht nach § 143 SGB XI

Eine Anpassung der MB/PPV an gesetzliche Änderungen erfolgte aufgrund des Sonderanpassungsrechtes nach § 143 SGB XI (siehe auch RB 2015, Seite 70 ff.) zum 1. Januar 2017. Auf Basis des Pflegestärkungsgesetzes II und weiterer Gesetzesänderungen wurden 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.

Die Übermittlung der finalen Fassung der MB/PPV hat sich aufgrund diverser Auswirkungen von Gesetzgebungsverfahren immer wieder verzögert, so dass erst im September – nach einigen Vorab-Versionen – eine Übermittlung an die Versicherungsunternehmen nach Bestätigung durch den Treuhänder erfolgen konnte. Durch das PSG III wurde jedoch eine erneute Änderung der MB/PPV 2017 erforderlich, die aber nicht mehr im Jahr 2016 vorgenommen werden konnte. Die geänderten und mit dem Treuhänder abgestimmten MB/PPV 2017 wurden den Versicherungsunternehmen daher im April 2017 zur Verfügung gestellt.

Zugleich erfolgte auch eine Anpassung der Beiträge an die erweiterten Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung. § 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 VVG ergänzt.

Das Sonderanpassungsrecht des § 143 SGB XI betrifft auch die ergänzende Pflegeversicherung (siehe auch RB 2015, Seite 71). Während die Umstellung der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV) von Pflegestufen auf Pflegegrade zum Erhalt der Förderfähigkeit zum 1. Januar 2017 erfolgen musste, kann eine Anpassung der Verträge der nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (EPV) noch bis zum Jahresende 2017 erfolgen. Der PKV-Verband hat rechtzeitig seinen Mitgliedsunternehmen für beide Versicherungsarten entsprechend angepasste Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Verfügung gestellt. Zudem wurde eine FAQ-Liste zum Sonderanpassungsrecht nach § 143 SGB XI in der GEPV und der EPV mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) abgestimmt.

Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden ebenfalls an die Systematik der Pflegegrade angepasst. 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 Anpassung der Auslegungshinweise wurden neben den Ausführungen der Pflegestärkungsgesetze auch Änderungen aufgrund weiterer Gesetzgebungsverfahren (z. B. des Bundesteilhabegesetzes oder des Transplantationsregistergesetzes) einbezogen.

Aufgrund des PSG II haben sich auch die Regelungen zur Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen geändert. Nach Abstimmung zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband wurde das neu gefasste „Gemeinsame Rundschreiben zur Rentenversicherung nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen“ in der Fassung vom 1. August 2016 verabschiedet.

Musterbedingungen
MB/PPV 2017

Musterbedingungen
EPV und GEPV

Auslegungshinweise

Rentenversicherung der
Pflegepersonen

compass private pflegeberatung

Zur Bewältigung der verstärkten Nachfrage nach Pflegeberatung im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden durch die compass private pflegeberatung GmbH, einem Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., bereits frühzeitig entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Insbesondere die Anpassung der personellen Ressourcen für die telefonische wie auch die Pflegeberatung vor Ort stand hierbei im Vordergrund. Ergänzt wurde dies durch umfangreiche bundesweit einheitliche Schulungen durch entsprechend qualifizierte Multiplikatoren und die Aktualisierung der Informationsmedien.

MEDICPROOF

Die Feststellung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen von Privatversicherten nach dem neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff erfolgt weiterhin einheitlich durch Gutachter des medizinischen Dienstes der PKV, der MEDICPROOF GmbH. Auch hierbei handelt es sich um ein Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung. Umfangreiche Vorbereitungen (wie z.B. die Schulung der Gutachter, die Überarbeitung der Software oder die Entwicklung eines neuen Formates der Gutachten) unter Beachtung der neuen Begutachtungsrichtlinie des GKV-Spitzenverbandes, welche zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, wurden durchgeführt.

Kommunikation

Am 15. Dezember 2015 waren die privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer ersten Informationsveranstaltung des PKV-Verbandes über die Auswirkungen des PSG II auf das Leistungsrecht, die Begutachtung und die Kalkulation informiert worden. Am 13. April 2016 fand eine weitere Informationsveranstaltung statt, die sich schwerpunktmäßig mit der Begutachtung auf Basis des Neuen Begutachtungs-Assessment befasste.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 kam es zu weitreichenden Veränderungen bei der Begutachtung und im Leistungsrecht. Im Laufe des Jahres 2016 – insbesondere zum Ende des Jahres – war dies vermehrt Gegenstand der Presseberichterstattung. Zur Vermeidung von Unsicherheiten bei den Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung wurden diese vorab über die wesentlichen Änderungen informiert. Der Entwurf eines entsprechenden Informationsschreibens wurde im Juli 2016 den Versicherungsunternehmen als Musterbeispiel zur Verfügung gestellt.

Weitergehende Informationen wurden als Bestandteil eines speziellen Kommunikations-konzeptes der PKV (mit Basisinformationen zur Beitragsanpassung, einer FAQ-Liste und Informationen zum neuen Begutachtungsverfahren) den Mitgliedsunternehmen des Verbandes übermittelt. Zur Information der Versicherungsnehmer über die aus der Umsetzung des PSG II resultierende Beitragsanpassung wurde ein entsprechendes Muster-Schreiben zur Beitragsanpassung den Versicherungsunternehmen entwickelt. Spezielle Informationsmedien dienten darüber hinaus der Pressearbeit.

Durch MEDICPROOF wurden Videos mit den Titeln „Wie kommt mein Pflegegrad zustande?“ und „Bereit für die Begutachtung“ und weitere Informationsmaterialien entwickelt. Sie stehen im Internet unter www.medicproof.de zur Verfügung. Auch die verbraucherbezogenen Informationen der compass private pflegeberatung unter www.compass-pflegeberatung.de sind an die Neuregelungen

angepasst worden. Gleiches gilt für die Inhalte des gemeinsamen Pflegeportals unter www.pflegeberatung.de. Unter anderem sind aus der dort aufrufbaren Datenbank der Pflegeeinrichtungen die an die Pflegegrade angepassten Vergütungssätze, einschließlich der ab 2017 gültigen einheitlichen Eigenanteile in der vollstationären Pflege ersichtlich.

Ergänzend wurde den Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes ein Muster-schreiben zur Erfüllung der Informationspflichten nach §§ 140 Abs. 2 Satz 2, 141 SGB XI zur Verfügung gestellt. Es enthält Informationen zur Überleitung der bisherigen Leistungsbezieher der Pflegeversicherung von einer Pflegestufe auf einen Pflegegrad und den damit verbundenen Bestandsschutz.

Begleitgremium nach § 18c SGB XI

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geleitete Begleitgremium nach § 18c SGB XI hat den gesamten Umstellungsprozess unter Beteiligung der PKV seit Januar 2016 begleitet. In den regelmäßigen Sitzungen ging es um Themen wie Kommunikation, Schulung der Gutachter, Pflegeberatung und die Umstellung der Vergütungen der Pflegeeinrichtungen auf Pflegegrade. Das Gremium besteht auch nach der Umstellung fort und wird die Auswirkungen der Reform auch fachlich und wissenschaftlich begleiten.

Qualitätssicherung und Pflegeversorgung

Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (Prüfdienst der PKV)

Der Prüfdienst der PKV hat seit seiner Gründung am 1. April 2010 über 14.000 Prüfungen in allen Bundesländern durchgeführt. 2016 wurden durch den Prüfdienst der PKV rund 2.900 Qualitätsprüfungen bei Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt, das sind 3 Prozent mehr als im Vorjahr. Die gesetzliche Quote von 10 Prozent der Qualitätsprüfungen wurde damit auch im Jahr 2016 erfüllt.

Zur Sicherstellung einer möglichst einheitlichen Arbeitsweise im Bereich der Durchführung von Qualitätsprüfungen und zur Vermeidung von Doppelprüfungen erfolgen in nahezu allen Bundesländern regelmäßige gemeinsame Beratungen. Darüber hinaus beteiligte sich der Prüfdienst der PKV auch an der Umsetzung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (QS-Ri QP). Gemeinsam mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) wurden so genannte „Witness-Audits“ und externe Audits durchgeführt und ausgewertet. 13 Witnessaudits wurden durch die MDKen beim Prüfdienst der PKV und 18 Witness-Audits durch den Prüfdienst der PKV bei verschiedenen MDKen durchgeführt.

Zur Bewältigung der gestiegenen Prüflast und des erweiterten Prüfungsumfanges (u. a. Abrechnungsprüfungen) wurden 10 weitere Prüferinnen und Prüfer eingestellt, so dass nunmehr insgesamt 137 Prüferinnen und Prüfer zur Verfügung stehen. Die Steuerung der operativen Abläufe erfolgt weiterhin über 17 Mitarbeiter in der Kölner Zentrale.

Die Gültigkeit des Zertifikates nach DIN EN ISO 9001:2008 des TÜV Rheinland wurde im Rahmen eines Überwachungsaudits ohne Abweichung bestätigt. Damit wurden die normkonforme Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und die Management-Kompetenz erneut nachgewiesen.

Qualitätsprüfungen

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

Personelle Ausstattung des Prüfdienstes der PKV

Aufrechterhaltung des Zertifikates des TÜV Rheinland

Zufriedenheitsbefragungen

Die ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen, bei denen eine Qualitätsprüfung durch den Prüfdienst der PKV durchgeführt wurde, wurden systematisch zur Zufriedenheit nach der Prüfung befragt. Bei einer Rücklaufquote von 31 Prozent wurde zu 98 Prozent ein Zufriedenheitsgrad von zufrieden bzw. überwiegend zufrieden erreicht.

Auch die Landesverbände der Pflegekassen wurden als Auftraggeber der Qualitätsprüfungen systematisch zur Zufriedenheit mit den Prüfberichten befragt. Die Auswertung ergab bei einer Rücklaufquote von 57 Prozent einen Zufriedenheitsgrad von 91 Prozent von zufrieden bzw. überwiegend zufrieden.

Neue Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (und ihre insgesamt 6 Anlagen) wurden für die ambulante und stationäre Pflege unter Beteiligung des Prüfdienstes der PKV überarbeitet und am 4. Oktober 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt. Hintergrund für die Überarbeitung der QPR war das Pflegegestärkungsgesetz II.

Insbesondere die Ergänzung der Qualitätsprüfungen um Abrechnungsprüfungen stellte dabei eine umfassende Veränderung des Prüfumfanges im Rahmen der Qualitätsprüfungen dar. Zur Sicherstellung der Prüffähigkeit im ambulanten Bereich wurden innerhalb kürzester Zeit alle Prüferinnen und Prüfer zu den Inhalten, Vorgaben und Abläufen der Abrechnungsprüfung geschult. Zudem erfolgte auch eine umfangreiche Weiterentwicklung der vom Prüfdienst der PKV genutzten Prüfungssoftware. Trotz dieser Herausforderungen konnten alle Prüfaufträge erledigt werden.

Kompetenztag Pflege

Am 10. November 2016 veranstaltete der Verband einen „Kompetenztag Pflege“ in Berlin. Der Parlamentarische Staatssekretär und Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, stellte dabei eindrücklich die Herausforderungen in der Pflege und die Lösungsansätze der Bundesregierung dar. Größte Herausforderung der Zukunft ist danach die Personalausstattung. Zur Pflegefinanzierung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sprach anschließend PKV-Geschäftsführer Politik Dr. Timm Genett. Der Leiter des Institutes für Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule in Köln, Prof. Dr. Ingo Froböse, berichtete von den Chancen, die die Prävention durch Bewegungsförderung bietet. Die PKV fördert diesen Ansatz, indem sie die BZgA Kampagne „Älter werden in Balance“ finanziert. Über die Herausforderungen bei der Pflege von Menschen mit HIV berichtete die Vorstandsvorsitzende der Deutschen Aidsstiftung, Prof. Dr. Elisabeth Pott. Die PKV ist Gründungstifter der Deutschen Aidsstiftung. Den Abschluss bildete ein Blick auf die Pflegeforschung im Kontext der IT-Anwendung in der Pflege durch den Vorstandsvorsitzenden des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), Dr. Ralf Suhr. Das ZQP ist eine von der PKV gegründete Stiftung und hat sich mittlerweile zu einem nationalen Kompetenzzentrum der qualitätsbezogenen Pflegeforschung entwickelt (www.zqp.de).

Qualitätsausschuss

Am 31. März 2016 ist der neue „Qualitätsausschuss Pflege“ nach § 113b SGB XI gebildet worden. Die PKV hat von ihrem gesetzlichen Beteiligungsrecht Gebrauch gemacht und hat in diesem für die Qualitätsentwicklung außerordentlich bedeutsamen Gremium Sitz und Stimme. Der Ausschuss wird seit dem 1. August 2016 durch eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle unterstützt, die durch einen eingetragenen Verein getragen wird. Vereinsmitglieder sind die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Die

Finanzierung von Qualitätsausschuss und Geschäftsstelle erfolgt zu 90 Prozent durch die GKV und zu 10 Prozent durch die PKV.

Der Qualitätsausschuss hat nach europaweiten Ausschreibungsverfahren inzwischen wissenschaftliche Aufträge zur „Entwicklung der Instrumente zur Qualitätsprüfung und -darstellung stationär“ und zur „Entwicklung der Instrumente zur Qualitätsprüfung und -darstellung ambulant“ sowie zur „Entwicklung der Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in neuen Wohnformen“ auf den Weg gebracht. Weitere Aufgaben umfassen die Erarbeitung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche gemäß § 37 Abs. 5 SGB XI sowie der Erarbeitung der Nutzungsbedingungen der Qualitätsdaten für Dritte gemäß § 115 Abs. 1c SGB XI.

In die Zuständigkeit des Qualitätsausschusses fällt auch die „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen“ (§ 113c SGB XI). Auch hierzu ist mit Unterstützung der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses ein Vergabeverfahren vorbereitet und durchgeführt worden. Bis zum 30. Juni 2020 sollen die Ergebnisse vorgelegt werden

Personalbemessungs-
verfahren

Gemeinsam für Menschen mit Demenz

Die PKV unterstützt auch die 2012 von der Bundesregierung ins Leben gerufene „Allianz für Menschen für Demenz“. Im Jahr 2016 erfolgte dies u. a. über das Pflegeportal www.pflegeberatung.de aus Anlass der Woche der Demenz 2016.

Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

Mit dem Ziel einer Neustrukturierung der Dokumentationspraxis in der ambulanten und stationären Langzeitpflege wird seit Januar 2015 das Projekt zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung besonders gefördert (www.ein-step.de). Die PKV begleitet den Umsetzungsprozess auf Bundesebene im Lenkungsgremium sowie in den auf Landesebene eingerichteten Kooperationsgremien. Darüber hinaus werden die Pflegeeinrichtungen im Rahmen der vom PKV-Prüfdienst durchgeführten Qualitätsprüfungen zu diesem Thema beraten.

Formular Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband erfolgte unter Berücksichtigung der Neuregelungen, insbesondere zu den Pflegegraden, eine Überarbeitung des bestehenden einheitlichen Formulars zur Durchführung und Dokumentation des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Eine Veröffentlichung ist auf dem Pflegeportal www.pflegeberatung.de sowie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes erfolgt.

Vereinbarung nach § 45c Abs. 8 und Empfehlungen nach § 45c Abs. 7 SGB XI

Die Vereinbarung über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen nach § 45c Abs. 8 SGB XI zwischen dem PKV-Verband, dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt wurde an die neuen gesetzlichen Regelungen, u. a. unter Berücksichtigung der neuen Übertragungsmöglichkeiten der Mittel sowie des eigenständigen Budgets für die Förderung regionaler Netzwerke, angepasst.

Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI vom 24. Juli 2002 sowie zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI in der Fassung vom 5. Dezember 2016 wurden ebenfalls an die neuen gesetzlichen Regelungen angepasst. Insbesondere erfolgte eine Ergänzung zur Förderung der regionalen Netzwerke durch die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen. Hierfür stehen nach § 45c Abs. 1 Satz 3 SGB XI Fördermittel der sozialen Pflegeversicherung und privaten Pflegepflichtversicherung in Höhe von 10 Mio. Euro pro Kalenderjahr ab dem Jahr 2017 zur Verfügung.

Finanzielle Beteiligung

Am Fördervolumen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und des Ehrenamts entsprechend § 45c Abs. 1 Satz 2 SGB XI sowie zur Förderung der Selbsthilfe entsprechend § 45d SGB XI beteiligte sich die PKV mit 10 %. Durch die PKV wurden im Jahr 2016 bundesweit 1,806 Mio. Euro (Vorjahr: 1,677 Mio. Euro) zur Förderung bereitgestellt.

Sechster Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung

Die Bundesregierung hat im Herbst 2016 ihren [sechsten Pflegebericht nach § 10 SGB XI](#) übergeben. Er erhält umfangreiche Informationen auch zur privaten Pflegepflichtversicherung, zur Qualitätssicherung der Pflege durch den Prüfdienst der PKV und zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Privaten MEDICPROOF.

Weitere Gesetzgebungsverfahren mit Pflegebezug

Pflegeberufereformgesetz

Der Referentenentwurf für das Pflegeberufereformgesetz wurde bereits am 26. November 2015 vorlegt. Mit dem Gesetz soll eine neue Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsbild geschaffen werden, welche 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.

Am 30. Mai 2016 erfolgte zum Pflegeberufereformgesetz, dessen Kabinettsbeschluss seit dem 13. Januar 2016 vorlag (Drucksache 18/7823), eine Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. In der schriftlichen Stellungnahme zur Anhörung wurde, wie bereits im Rahmen der Stellungnahme des PKV-Verbandes zum Referentenentwurf des Gesetzes, unter anderem die Kritik an der geplanten Zuschussfinanzierung von Ausbildungskosten durch die PPV in Höhe von ca. 10 Millionen Euro pro Jahr wiederholt und dies mit dem vorhandenen Widerspruch zum bestehenden Teilleistungssystem der Pflegeversicherung begründet.

Die Diskussion zu diesem Gesetzgebungsverfahren wird allerdings von der Frage bestimmt, ob und wie eine einheitliche (generalistische) Ausbildung der bisherigen drei Pflegeberufe (Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege) erfolgen sollte. Hier gibt es nach wie vor noch erheblichen Diskussionsbedarf. Auch in der Koalition hat sich die Reform der Pflegeberufe inzwischen zu einem

Dauerstreit entwickelt. Inwieweit das Gesetzgebungsverfahren noch vor Ablauf der Wahlperiode zum Abschluss gebracht werden kann, bleibt abzuwarten.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters (BT-Drucksache 18/8209) wurden Änderungsanträge mit Bezug zur Pflegeversicherung vorgelegt. Zur Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 1. Juni 2016 wurde daher eine schriftliche Stellungnahme verfasst. Insbesondere wurde die schnelle und pragmatische Behebung der erkannten Regelungslücke in Bezug auf die Kurzzeitpflege beim PSG II mit den Änderungsanträgen befürwortet.

Am 26. April 2016 wurde durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz) vorgelegt. Die Anhörung der Verbände durch das Ministerium erfolgte hierzu am 24. Mai 2016. Auf eine schriftliche Stellungnahme wurde nach Prüfung des Entwurfes verzichtet, da kein direkter Bezug zur Pflegepflichtversicherung besteht. Das Inkrafttreten erster Änderungen ist für den 1. Januar 2018 und weiterer Regelungen zum 1. Januar 2020 geplant.

Der Gesetzentwurf zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz – BTHG) wurde durch das Bundeskabinett am 27. Juni 2016 beschlossen. Im Ausschuss für Arbeit und Soziales wurde der Gesetzentwurf am 30. November 2016 abschließend beraten.

Gesetz zur Errichtung des
Transplantationsregisters

Bundesteilhabegesetz –
BTHG



4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen



4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen

Arzneimittelrabatte nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel (AMRabG)

Nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel (AMRabG) haben die pharmazeutischen Unternehmen 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. Ein Teil der pharmazeutischen Unternehmen verweigerte die Zahlung der Abschläge nach dem AMRabG. Zur Klärung der rechtlichen Einwände und zur Durchsetzung der Rabattansprüche hat der PKV-Verband eine Vielzahl von Gerichtsverfahren koordiniert. Aufgrund der Verfahren konnten zwischenzeitlich Nachzahlungen in einem Umfang von knapp 100 Mio. Euro zugunsten der abschlagsberechtigten Stelle nach dem AMRabG bewirkt werden. In diesem Zusammenhang ist auch das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 12. November 2015 – Az. I ZR 167/14 – zu sehen. Der BGH hat erneut die Verfassungsmäßigkeit des AMRabG bestätigt. Zur Auslegung des AMRabG hat er darüber hinaus das Einzugsverfahren durch die ZESAR GmbH gestärkt. Bei der Geltendmachung durch die ZESAR GmbH handele es sich um eine Zahlungspflicht „auf erstes Anfordern“, der allein entgegengehalten werden könne, die Sammelrechnung der Zentralen Stelle und die mit ihnen übermittelten Datensätze genüßten nicht den gesetzlichen Anforderungen. Weitere inhaltliche Einwände gegen die Datensätze könnten lediglich im nachgelagerten Treuhänderverfahren verfolgt werden. Im Einzelrechtsstreit der abschlagsberechtigten Stelle gegen das pharmazeutische Unternehmen sei nachzuweisen, dass die jeweilige Abschlagsforderung zuvor durch die ZESAR GmbH geltend gemacht worden sei.

GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz

Wesentliche Neuregelungen zur Preisbildung bei Arzneimitteln enthält das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AMVSG). Neben den Regelungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen Änderungen des AMRabG. Als zusätzliche Aufgabe wird auf ZESAR der Einzug von Ausgleichsansprüchen übertragen, die entstehen, wenn der tatsächliche Abgabepreis über dem zum Zeitpunkt der Abgabe geltenden Erstattungsbetrag liegt. Darüber hinaus wird die Durchführung des Treuhänderverfahrens zeitlich begrenzt. Es ist innerhalb eines Jahres ab Geltendmachung des Anspruchs durch die ZESAR GmbH durchzuführen (§ 3 S. 1 AMRabG).

4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft

Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG)

Der [Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung](#) ist eine Schlichtungsstelle im Sinne des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes vom 25. Februar 2016 (VSBG). Die Regelungen des VSBG finden auf den Ombudsmann seit dem 1. August 2016 Anwendung. Rechtzeitig zu diesem Stichtag wurde das Statut des Ombudsmanns neu gefasst. Die Ausgestaltung des Ombudsmann-Verfahrens

wurde ebenfalls rechtzeitig zum Stichtag an die Anforderungen des VSBG angepasst. Der Ombudsmann ist aufgeführt in der amtlichen Liste der anerkannten Streitschlichtungsstellen.

IDD-Richtlinie – Umsetzung

Auf europäischer Ebene wurde das Gesetzgebungsverfahren über die Richtlinie (EU) 2016/97 des Europäischen Parlaments und des Rates über Versicherungsvertrieb (Insurance Distribution Directive – IDD) abgeschlossen. Die Richtlinie ist bis zum 23. Februar 2018 in deutsches Recht umzusetzen. Hierzu hat die Bundesregierung am 18. Januar 2017 einen Gesetzentwurf vorgelegt, der sich zurzeit in den parlamentarischen Beratungen befindet. Der Entwurf sieht Änderungen am Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Gewerbeordnung (GewO) vor. Der Verband hat sich in das parlamentarische Verfahren eingebracht und erarbeitet Umsetzungshinweise. Die Private Krankenversicherung wird im Grundsatz den europäischen Anforderungen an die Nicht-Lebensversicherung unterworfen. Im Rahmen der nationalen Umsetzung entstehen PKV-spezifische Fragestellungen insbesondere im Zusammenhang mit dem neuartigen Durchleitungsgebot, das die Vermittlung von Tarifen mit Abschlussprovision durch Honorarberater betrifft.

Krankentagegeld für privatversicherte Selbstständige während der Mutterschutzfristen

Im Rahmen des Verfahrens über das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurde eine Veränderung des Versicherungsvertragsrechts und flankierender Regelungen der Krankenaufsichtsverordnung (KVAV) beschlossen. Mit der Änderung soll die Absicherung selbstständig tätiger Frauen während der Mutterschutzzeiten verbessert werden. Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung werden mit Wirkung ab dem 5. April 2017 verpflichtet, während der Mutterschutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz das vereinbarte Krankentagegeld zu leisten. Die Regelung ist nicht abdingbar. Es gilt für diese neue Leistung eine Wartezeit von acht Monaten (§ 197 VVG n.F.). Aufgrund der Gesetzesänderung ist eine Anpassung der MB/KT erforderlich, um die neuartige Versicherungsleistung in den Musterbedingungen abzubilden.

Europäische Datenschutzgrundverordnung

Am 25. Mai 2018 wird die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten (Datenschutzgrundverordnung) unmittelbar geltendes Recht in der Bundesrepublik Deutschland sein. Die Verordnung bringt eine umfassende Neukodifikation des europäischen Datenschutzrechts. Insbesondere die für die Private Krankenversicherung relevante Verarbeitung von sogenannten Gesundheitsdaten wird neu geregelt. Es bleibt allerdings dabei, dass die Einwilligung des Betroffenen die Befugnis zur Datenverarbeitung begründet. Die Anforderungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung sind von den Mitgliedsunternehmen umzusetzen. Für eine Reihe von Sachverhalten enthält die Datenschutzgrundverordnung Öffnungsklauseln zugunsten des nationalen Gesetzgebers. Hiervon wird in der Bundesrepublik Deutschland

Gebrauch gemacht werden. Die Bundesregierung hat den Gesetzentwurf zur Anpassung des Datenschutzrechts an die Verordnung und zur Umsetzung der Richtlinie als Begleitgesetzgebung vorgelegt. Das parlamentarische Verfahren über den Gesetzentwurf wird noch vor der parlamentarischen Sommerpause 2017 abgeschlossen sein. Von besonderer Bedeutung sind aus Sicht der Privaten Krankenversicherung insoweit die Ausgestaltung der Erlaubnistatbestände für die statistische Verarbeitung von Gesundheitsdaten als Voraussetzung für die Kalkulation der Beiträge zur Privaten Krankenversicherung sowie die Möglichkeit der automatisierten Einzelfallentscheidung im Rahmen der Leistungsbearbeitung. Hierzu ist ein besonderer Erlaubnistatbestand im deutschen Umsetzungsgesetz vorgesehen, der die automatisierte, kostengünstige und schnelle Verarbeitung von Rechnungsdaten über Heilbehandlungen erlaubt.

Herabsetzungsrecht nach § 4 Abs. 4 MB/KT 2009

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 6. Juli 2016 – Az. IV ZR 44/15 – über die schon seit längerem diskutierte Wirksamkeit des Herabsetzungsrechts nach § 4 Abs. 4 MB/KT 2009 entschieden. Nach der Musterbedingung kann der Versicherer das Krankentagegeld und entsprechend den Beitrag herabsenken, wenn er nach Vertragsabschluss Kenntnis davon erlangt, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist. Entgegen der Vorinstanz und auch einzelner Stimmen in der Literatur hält der BGH die Regelung für keine unangemessene Benachteiligung des Versicherten. Die Musterbedingung sei allerdings nicht ausreichend transparent und daher unwirksam. Der PKV-Verband hat hierzu eine veränderte, eindeutige und transparente Neuregelung in den MB/KT geschaffen, die im Wege der Klauselersetzung gemäß § 164 VVG i.V.m. § 203 Abs. 4 VVG auch in bestehende Krankentagegeldtarife eingeführt werden kann.

Beihilfe

Im Berichtszeitraum haben sich einige Änderungen in den Beihilfavorschriften des Bundes und der Länder und den zugrunde liegenden Gesetzen ergeben.

Hinsichtlich der Beihilfe des Bundes wurden mit der Siebten Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (BBhV) vom 25. Oktober 2016 insbesondere die Neuregelungen im Bereich der Pflege aufgrund des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) umgesetzt. Außerdem wurden bisher in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur BBhV enthaltene Festlegungen zur Erhöhung der Rechtssicherheit überführt.

Auf der Grundlage des § 45 Absatz 5 BBhV wurde zum 1. Oktober 2016 zwischen dem Bund, vertreten durch das Bundesministerium des Innern, und der Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH (KKR BB-B gGmbH) eine Vereinbarung zur Beteiligung der Beihilfe an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen geschlossen. Die Kostenbeteiligung umfasst die Abrechnung der Registerpauschale nach § 65 c Absatz 4 SGB V und der Meldevergütung nach § 65 c Absatz 6 SGB V. Danach erhält die KKR BB-B gGmbH einmalig für jede ab dem 1. Oktober 2016 erfolgte und registrierte Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor eine Krebsregisterpauschale in Höhe von 125 Euro entsprechend des Beihilfebemessungssatzes der beihilfeberechtigten oder

berücksichtigungsfähigen Person. Meldungen zu nicht-melanotischen Hautkrebsarten und ihrer Frühstadien sind davon nicht betroffen.

4.3 Aufsicht, Solvabilität, Rechnungslegung

Solvency II

Die privaten Krankenversicherer, die unter Solvency II fallen, sind am 1. Januar 2016 gut in das neue EU-Aufsichtsregime für Versicherungsunternehmen gestartet.

Solvency II ist ein Bewertungssystem zu stichtagsbezogenen Marktwerten, das ohne auf zeitliche Stabilität zu achten möglichst exakt die ökonomische Risikosituation eines Versicherungsunternehmens erfasst. Insbesondere Marktwertänderungen werden voraussichtlich zu schwankungsanfälligen Solvabilitätsquoten führen.

Bei allen Krankenversicherern zeigte sich zum Stichtag 1. Januar 2016 eine Überdeckung des SCR (Solvency Capital Requirements – der Solvenzkapitalanforderung). Die mit den gebuchten Bruttobeitragseinnahmen gewichtete mittlere Bedeckungsquote der Branche lag zum Stichtag 1. Januar 2016 bei 528%. (Quelle [BaFin](#)). Die privaten Krankenversicherer werden bis zum 22. Mai 2017 erstmalig einen Solvency and Financial Condition Report (SFCR) veröffentlichen.

4.4 Steuern

Im Hinblick auf die Steuerthemen wird zunächst auf die Berichterstattung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft verwiesen. Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung ist auf das Urteil des Bundesfinanzhofs (BFH) vom 6. April 2016 (Az. I R 61/14) zur Anrechnung ausländischer Quellensteuern bei § 34c Abs. 1 Satz 4 EStG hinzuweisen. Der PKV-Verband hatte das zugrundeliegende Verfahren eines Krankenversicherers als Musterverfahren unterstützt. Der BFH hat im Ergebnis die Auffassung der Privaten Krankenversicherung bestätigt. Danach sind die Aufwendungen aus der Verpflichtung zur Bildung einer Alterungsrückstellung und die darauf entfallenen Zuführungen von rechnungsmäßigen und außerrechnungsmäßigen Zinsen und die Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattungen bei der Ermittlung der ausländischen Einkünfte nicht als Betriebsausgaben oder Betriebsvermögensminderung zur berücksichtigen. Sie mindern daher nicht die anrechenbaren ausländischen Quellensteuern. Das Urteil wurde im Bundessteuerblatt (BStBl. II, 2017, S. 48 ff.) veröffentlicht. Damit ist dokumentiert, dass es die Finanzverwaltung über den entschiedenen Fall hinaus beachtet.

4.5 Internationale Zusammenarbeit

Rechtsgrundlagen für Produktzulassungs- und Produktprüfungsprozesse

Im Zusammenhang mit der Insurance Distribution Directive (IDD, ehemals IMD2) wurden auf europäischer Ebene auch Rechtsgrundlagen für Produktzulassungs- und Produktprüfungsprozesse sowie für delegierte Rechtsakte geschaffen. Diese sollen die Unternehmen dazu anhalten, bei Produktdesign sowie Vertriebssteuerung verstärkt Verbraucherinteressen zu berücksichtigen. Zur Erreichung dieses Ziels hatte die Europäische Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen und die betriebliche Altersversorgung (EIOPA) Leitlinienentwürfe konsultiert. Nunmehr bedurfte es der Anpassung der bereits vorab konsultierten Leitlinien an die IDD.

Der PKV-Verband begleitete das Vorhaben kritisch und fokussiert sich dabei auf Regelungen, deren Anwendung PKV-Spezifika betreffen könnten. Im engen Austausch mit zuständigen Entscheidungsträgern auf nationaler und internationaler Ebene konnten die beabsichtigten Ziele erreicht werden.

Grünbuch über Finanzdienstleistungen

Die Europäische Kommission konsultierte das Grünbuch über „Finanzdienstleistungen für Privatkunden: Bessere Produkte, größere Auswahl und mehr Möglichkeit für Verbraucher und Unternehmen“ öffentlich. Gegenstand der Konsultation war 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. Für die Versicherungswirtschaft ist das Grünbuch von Bedeutung, da die Branche inhaltlich von vielen Themen betroffen ist. Der PKV-Verband hat sich daher mit einer Stellungnahme an der Konsultation beteiligt. In einer ersten Zusammenfassung der maßgeblichen Konsultationsbeiträge greift die Kommission die Kernforderungen der PKV auf.

eHealth

Die Digitalisierung gehört zu den zehn Prioritäten von Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker. Dementsprechend wurden im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienstleistungen verschiedene Arbeitskreise seitens der Kommission installiert, in denen auch der PKV-Verband mitwirken konnte.

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 ist der PKV-Verband auch in weiteren Arbeitskreisen und regelmäßigen Sitzungen vertreten, die von Insurance Europe geleitet werden.



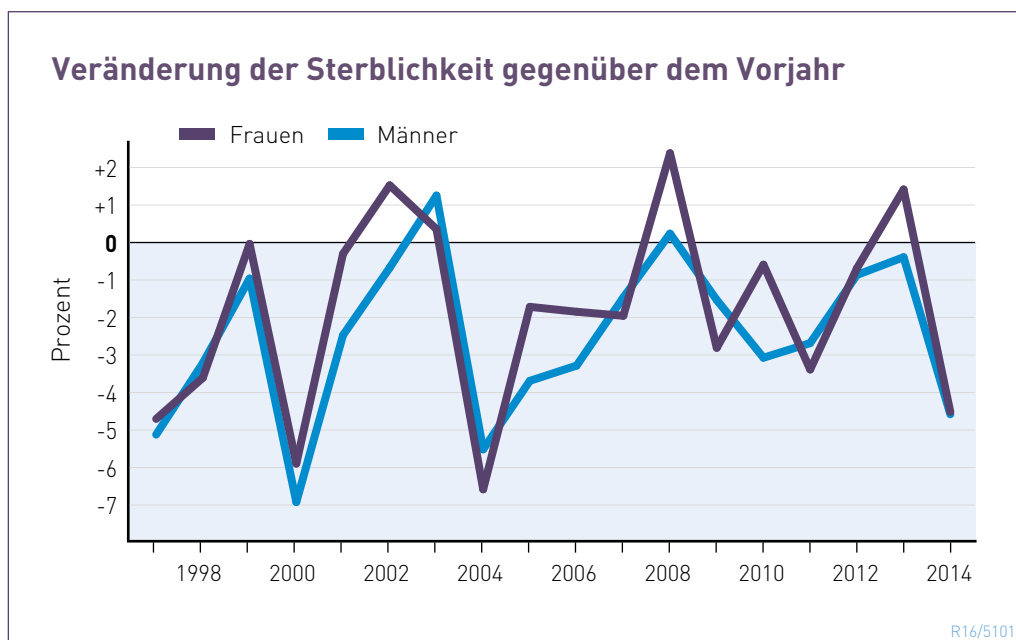
5. Aktuarielle Schwerpunkte



5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2017“

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-2016 basiert auf den Statistiken der Jahre 1996 bis 2013 und enthält eine Projektion auf das Jahr 2020. Die Untersuchung der Sterblichkeitsdaten des Jahres 2014 führte zu dem Ergebnis, dass die Sterblichkeit sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen abgenommen hat. Der Trend für die Extrapolation wurde aber weiter leicht reduziert. Zusätzlich war nun die Projektion auf das Jahr 2021 vorzunehmen, um die neue Sterbetafel PKV-2017 zu erstellen. Diese Tafel wurde für die Beitragsanpassungen ab 1. Januar 2017 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-2016 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.

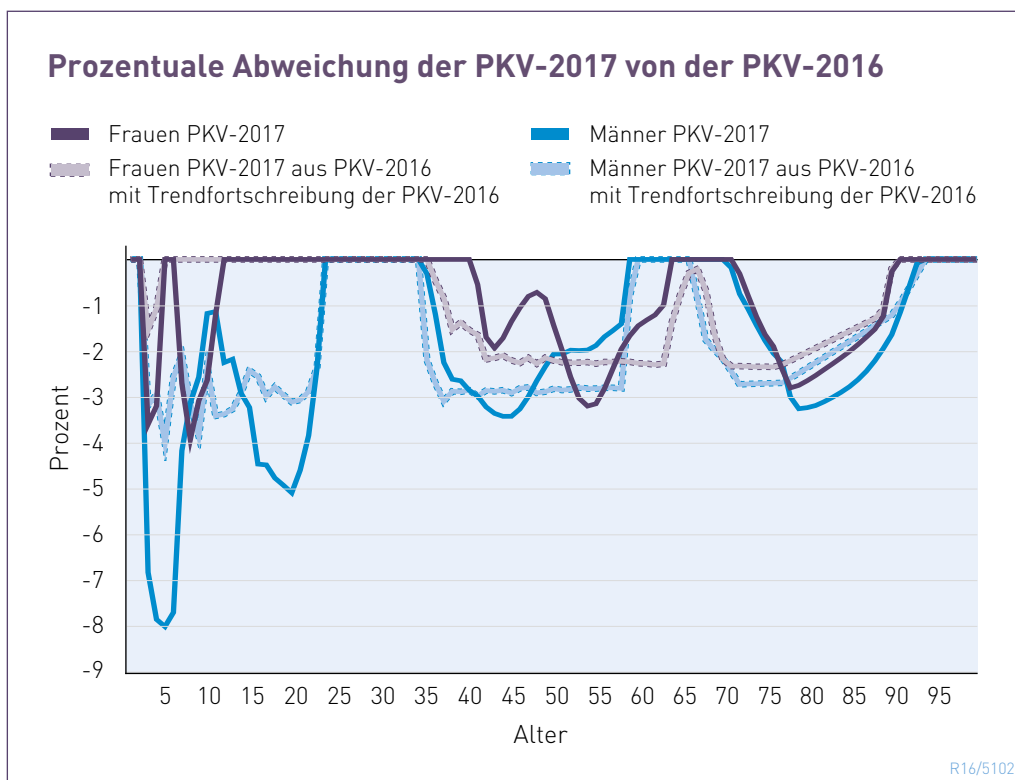
Auch für die Ermittlung der Sterbetafel PKV-2017 wurde das Verfahren unverändert durchgeführt. Es besteht aus folgenden Schritten:

- Erhebung der Ausgangsdaten
- Ermittlung der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten
- Ausgleich über die Alter nach Whittaker-Henderson
- Ausgleich über die Jahre 1996 bis 2014 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 2014. 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 2021. 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-2016) beschränkt, da Sterblichkeitsverschlechterungen auch in einzelnen Altern aus Sicherheitsgründen nicht zugelassen werden.

Der marginal reduzierte Trend in der Berechnung der PKV-2017 gegenüber der PKV-2016 führt bei der Projektion auf das Jahr 2021 im Erwachsenenbereich in vielen Altersbereichen zu geringeren Veränderungen, als wenn die Tafel PKV-2016 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-2017 bzw. der weiter extrapolierten Tafel PKV-2016 von der Tafel PKV-2016. Trotz dieses reduzierten Trends liegen die neuen Werte in einigen Altern über denen der Tafel PKV-2016. 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-2015, -2016 und -2017 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-2015 | PKV-2016 | PKV-2017 | Bevölkerung* | PKV-2015 | PKV-2016 | PKV-2017 |
| 0 | 82,80 | 87,66 | 87,71 | 87,81 | 77,72 | 84,42 | 84,49 | 84,64 |
| 10 | 73,14 | 77,75 | 77,81 | 77,90 | 68,10 | 74,52 | 74,59 | 74,74 |
| 20 | 63,22 | 67,84 | 67,90 | 67,99 | 58,24 | 64,65 | 64,71 | 64,86 |
| 30 | 53,36 | 57,96 | 58,02 | 58,12 | 48,55 | 54,87 | 54,94 | 55,08 |
| 40 | 43,57 | 48,07 | 48,13 | 48,23 | 38,92 | 45,03 | 45,10 | 45,24 |
| 50 | 34,04 | 38,33 | 38,38 | 38,47 | 29,65 | 35,35 | 35,41 | 35,54 |
| 60 | 25,03 | 28,89 | 28,93 | 29,02 | 21,28 | 26,13 | 26,19 | 26,31 |
| 70 | 16,61 | 19,85 | 19,89 | 19,98 | 13,87 | 17,49 | 17,55 | 17,68 |
| 80 | 9,17 | 11,49 | 11,51 | 11,58 | 7,68 | 9,84 | 9,88 | 9,99 |
| 90 | 4,21 | 5,39 | 5,39 | 5,39 | 3,66 | 4,62 | 4,62 | 4,65 |
| 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)

R16/5103

Modellrechnungen haben ergeben, dass die geringe Änderung der Sterbetafel von PKV-2016 auf PKV-2017 auch nur einen sehr geringen Einfluss auf die Beiträge hat.

5.2 Sonderanpassungsrecht in der Pflegeversicherung

Als der Gesetzgeber im September 2015 mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) den über 20 Jahre alten Pflegebedürftigkeitsbegriff modifizierte, entstand für die Private Krankenversicherung eine Herausforderung. Nicht nur, dass ab dem 1. Januar 2017 ein völlig neues Begutachtungssystem gültig wurde, zusätzlich ist eine Änderung der Versicherungsbedingungen für alle die Tarife notwendig, deren Leistungsversprechen auf der Pflegefalldefinition des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) beruht. Dies betrifft also neben der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) auch die ergänzende Pflegekrankenversicherung (EPV) sowie die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV).

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Bislang war eine körperliche, geistige oder seelische Krankheit oder Behinderung, die dauerhaft einen Hilfebedarf bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem oder höherem Maße induzierte, Voraussetzung für die Anerkennung als Pflegebedürftiger im Sinne des Gesetzes und die Einordnung in eine der drei Pflegestufen. Dies führte in der Praxis dazu, dass bei der vor dem Leistungsfall vorzunehmenden Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Medicproof GmbH (für die Versicherten der Privaten Pflegeversicherung – PPV) oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (für die Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung – SPV) die Frage nach Art und Umfang der zu erbringenden Pflegeleistung im Vordergrund stand.

Die neue Pflegebedürftigkeitsdefinition stellt die Frage nach der Selbstständigkeit der Person in den Vordergrund der Begutachtung. Es soll das Leistungsbild – positiv wie negativ – dargestellt werden. Dabei orientiert man sich allein an den Funktionseinschränkungen und Ressourcen der Person. Es ist unerheblich, ob die jeweilige Aktivität überhaupt anfällt oder wie die Faktoren Häufigkeit, Zeitbedarf und evtl. vorhandene Erschwernisfaktoren in der jeweiligen konkreten Situation aussehen.

Der Begutachtungsprozess umfasst sechs Module, die mithilfe von 64 Merkmalen überprüft werden. Dabei erfolgt die Bewertung durch Punktevergaben. Höhere Punkte bedeuten höheren Hilfebedarf. Die Merkmale und Module werden gewichtet zusammengefasst und ergeben damit eine Gesamtbewertung. Abhängig vom Ergebnis erfolgt damit die neue Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit. Um den Hilfebedarf differenziert abzubilden, hat man sich für die Einrichtung von fünf Pflegegraden entschieden.

Der Übergang vom alten auf das neue System sollte nicht dazu führen, dass alle Personen, die zum Übergangszeitpunkt Leistungsempfänger sind, neu begutachtet werden müssen. Deswegen wurde eine Übergangsregelung geschaffen, nach der die Pflegebedürftigen der bisherigen drei Pflegestufen den neuen fünf Pflegegraden zugeordnet werden. Leistungsempfänger zum Übergangszeitpunkt haben eine umfassende Leistungsgarantie. Der einmal festgelegte Pflegegrad kann nur dann nach unten verändert werden, wenn die Pflegebedürftigkeit vollständig wegfällt (z. B. nach Genesung von Unfallschäden). Die Leistungsgarantie gilt für den Pflegegrad dauerhaft. In der Pflegezusatzversicherung ist der vertraglich vereinbarte Euro-Leistungsbetrag so lange garantiert, wie der pflegebedürftige Versicherte im aktuellen Tarif versichert ist.

Sonderanpassungsrecht für die Tarife der Privaten Krankenversicherung

Die SPV wurde per Gesetz zum 1. Januar 2017 entsprechend geändert. Für die auf privatrechtlichen Verträgen beruhenden Versicherungen der PKV wurde über § 143 SGB XI eine besondere Regelung geschaffen, die eine Anpassung sowohl der Versicherungsbedingungen als auch der Beiträge an die neuen Bedingungen erlaubt. Als Hilfestellung zur Umsetzung dieser Regelung in den Unternehmen hat eine gemeinsame Arbeitsgruppe des PKV-Verbandes und des Ausschusses Krankenversicherung der DAV den rechtlichen und aktuariellen Rahmen näher beleuchtet. Die Kernergebnisse werden hier kurz erläutert.

Das Sonderanpassungsrecht gilt für alle Pflegeversicherungstarife ohne Kündigungsrecht des Versicherers, bei denen das Leistungsversprechen auf dem SGB XI beruht und die Prämie nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist. (Damit gilt das Sonderanpassungsrecht nicht für die Tarife der Lebensversicherung selbst). Für die PPV (aufgrund der Symmetrie zu den Leistungen der SPV) und die GEPV (aufgrund der Regelungen zur Förderfähigkeit) ist die Anpassung zwingend vorzunehmen. Bei den Tarifen der EPV hat der Versicherer zwar ein theoretisches Wahlrecht. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Tarife umgestellt werden, da ohne Umstellung die Ergänzungsfunktion zur SPV bzw. PPV gefährdet ist. Ferner wird es in Zukunft sicherlich unverhältnismäßig aufwändig, eine Begutachtung vorzunehmen, die dem alten Leistungsbegriff entspricht.

Festlegung des neuen Leistungsversprechens

Das PPV-Leistungsversprechen ergibt sich unmittelbar aus dem Gesetz. Bei EPV und GEPV sind weitergehende Überlegungen notwendig. In den bisherigen Tarifen wurde häufig in der höchsten Pflegestufe das vereinbarte Tagegeld gezahlt. Lag eine geringere Pflegebedürftigkeit vor, so wurde der Betrag prozentual abgestuft. Bei der mit juristischem und mathematischem Treuhänder abzustimmenden Umstellung sind die Belange der Versicherten zu wahren. Damit sind Umstellungen nicht möglich, die den Kunden über Gebühr belasten (sowohl im Beitrag als auch im Leistungsversprechen). Das Ergebnis der Arbeitsgruppe entstand unter Beteiligung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Man hat eine Obergrenze (individuell nachteilsfreie Umstellung analog zur gesetzlichen Überleitungstabelle) und eine Untergrenze (kollektiv nachteilsfreie Umstellung mittels Leistungsbarwertäquivalenz) festgelegt. Der damit gesteckte Rahmen wird den Belangen der Versicherten gerecht, lässt den Unternehmen aber auch den notwendigen Spielraum für eine tarifindividuell adäquate Umstellung. Dies ist notwendig, da je nach Bestandsgröße, Leistungsempfängeranteil und bisherigem Leistungsversprechen durchaus unterschiedliche Umstellungsverfahren möglich, im Zweifel sogar notwendig sind, damit die Umstellung für den Versicherten optimal ist.

Die Tarifvielfalt gerade in der ergänzenden Pflegeversicherung kennt einige spezielle Tarifkonstruktionen und -bedingungen. So wurde festgestellt, dass auch Pflegebaustein- bzw. Pflegemodultarife unter bestimmten Umständen über die Methode der Leistungsbarwertäquivalenz angepasst werden können. Auch Beitragsbefreiungsregelungen sind kalkulatorisch als Leistungen abzubilden und fallen somit unter die dargestellten Regelungen.

Ermittlung der neuen Rechnungsgrundlagen

Hat man das Leistungsversprechen für die Tarife festgelegt, so müssen die Rechnungsgrundlagen ermittelt werden. Das Sonderanpassungsrecht rechtfertigt die Änderung von allen Rechnungsgrundlagen, die mit der Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusammenhängen. Das sind i. d. R. die Kopfschäden und evtl. die Kosten. Wenn die Auslösenden Faktoren keine Überprüfung anzeigen, wird es nicht möglich sein, andere Rechnungsgrundlagen zu aktualisieren (z. B. den Rechnungszins oder die einkalkulierte Sterbewahrscheinlichkeit).

Bei der Ermittlung der neuen Kopfschäden sind nur die Leistungsveränderungen aus der Umstellung zu berücksichtigen. Neue Erkenntnisse oder der Trend seit der letzten Anpassung unterliegen weiterhin der Beobachtung durch die Auslösenden Faktoren.

Kalkulieren muss man jedoch die neuen Leistungsempfänger. Aufgrund der Konstruktion ist damit zu rechnen, dass es Versicherte gibt, die nach altem Recht ohne Stufenergebnis begutachtet worden wären und nach neuer Regelung jedoch einen (wahrscheinlich niedrigen) Pflegegrad erhalten. Dieser Kreis von Leistungsempfängern ist schadenerhöhend zu berücksichtigen.

Die vom Gesetzgeber eingebrachte Leistungsgarantie ist ebenfalls zu bewerten. Dabei erscheint es sachgerecht, diese Aufwände über einen tarif-, alters- und geschlechtsunabhängigen Teilkopfschaden zu finanzieren. Somit wird ein ungegerechtfertigter Aufbau von Alterungsrückstellungen bei Personen, die diese Leistungen nie in Anspruch nehmen können, vermieden. Trotzdem wird die kollektive

Verpflichtung, die durch den Gesetzgeber festgelegten Vergünstigungen zu tragen, damit sachgerecht erfüllt.

Mit dem Ergebnisbericht der Arbeitsgruppe von PKV und DAV liegt der Aktuarin und dem Aktuar in der Krankenversicherung eine Handreichung vor, die es ermöglicht, den Umstellungsprozess in der PPV und den Tarifen der EPV und der GEPV auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu durchlaufen. Dabei kommt es zu einem fairen Interessensausgleich zwischen Versicherten und Unternehmen, ohne dass die unternehmensindividuelle Note bei der Tarifgestaltung abhandenkommt. Gleichzeitig profitieren die Versicherten von dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, ohne dass die Unternehmen bis zur Feststellung der Äquivalenzstörung auf risikogerechte Beiträge verzichten müssen.

5.3 Beitragsanpassungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung

In der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht ein großes Änderungsrisiko hinsichtlich der Pflegekosten. Deshalb müssen die Versicherungsunternehmen jährlich überprüfen, ob die Beiträge der Versicherten noch den gegebenen Verhältnissen entsprechen. Da die PPV nach der Leistungsbeschreibung ein Einheitstarif der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der PKV ist, erfolgt auch die Beobachtung gemeinsam. Um die Rechnungsgrundlagen jährlich zu überprüfen, melden die einzelnen Unternehmen die erforderlichen Daten gemäß Poolvertrag der PPV an den PKV-Verband, der unter anderem die Beitragskalkulation für den Tarif durchführt. Die erforderlichen und die rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen müssen für alle Beobachtungseinheiten (Nichtbeihilfeberechtigte und Beihilfeberechtigte) getrennt gegenübergestellt werden. Zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Beitragsanpassung dient der sogenannte Auslösende Faktor. Ein Verfahren zur Berechnung des Auslösenden Faktors wird in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) beschrieben, wobei aber auch äquivalente Verfahren zulässig sind. Die Vorgehensweise zur Berechnung der Auslösenden Faktoren für die PPV wird in den entsprechenden Technischen Rechnungsgrundlagen festgelegt.

In der PPV sprach der Auslösende Faktor in keiner Tarifstufe an. Aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) wurde in der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Dabei wurden die bisherigen Pflegestufen durch Pflegegrade ersetzt. Nähere aktuarielle Informationen zur Umstellung der Tarife in der Pflege finden Sie in Kapitel 5.2. Um das neue Leistungsversprechen in der PPV auch in den Beiträgen sachgerecht abzubilden, wurde vom Sonderanpassungsrecht gemäß § 143 SGB XI Gebrauch gemacht. Die Einzelheiten der Beitragsanpassung zum 1. Januar 2017 werden im Folgenden beschrieben.

Beitragsanpassung in der Privaten Pflegepflichtversicherung zum 1. Januar 2017

Struktur der Privaten Pflegeversicherung

Die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung werden geschlechtsunabhängig kalkuliert und getrennt für Nichtbeihilfeberechtigte (PVN) und für Beihilfeberechtigte (PVB) berechnet. Der Beitrag in der Privaten Pflegepflichtversicherung

ist auf 100 Prozent und bei seit Beginn der PPV dort versicherten Ehegatten in PVN auf 75 Prozent und in PVB auf 75 Prozent von 40 Prozent des Höchstbeitrags in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) begrenzt. Für Hilfebedürftige, die zusätzlich im Basistarif versichert sind, vermindert sich der Beitrag auf 50 Prozent des gesetzlichen Höchstbeitrags der jeweiligen Tarifstufe. Wichtiger Unterschied zur Sozialen Pflegeversicherung ist, dass in der Privaten Pflegepflichtversicherung Alterungsrückstellungen gebildet werden, die im Alter beitragsenkend angerechnet werden. Der Höchstbeitrag in der SPV beträgt im Jahr 2017 110,92 Euro.

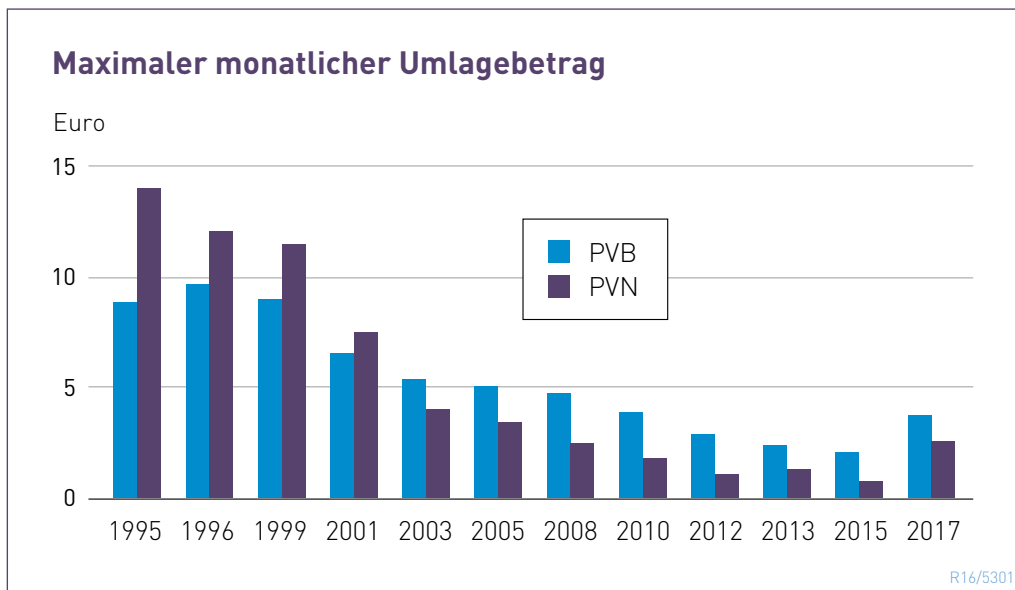
Kalkulationsgrundlagen

Da die Beitragsanpassung auf Basis des Sonderanpassungsrechts vorgenommen wurde, blieben die Kopfschäden zunächst unverändert bestehen. Um die Mehrleistungen aus dem PSG II berechnen zu können, wurden zwei Nebenrechnungen vorgenommen. Zunächst wurden Kopfschadenbestimmungen vorgenommen, bei denen das neue Leistungsversprechen unberücksichtigt blieb. Diese Kopfschadenreihen entsprachen also dem aktuellen Wissensstand ohne Gesetzesänderung. In einem zweiten Schritt wurden die entsprechenden Reihen einschließlich der Gesetzesänderung ermittelt. Die Differenzen der einzelnen Kopfschäden stellten also die Auswirkung der Gesetzänderung auf die Kopfschäden zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kalkulation dar. Diese Differenzkopfschäden wurden nun additiv mit den bislang gültigen Reihen verbunden. Aufgrund dieser Vorgehensweise wurden die Auswirkungen der Gesetzesänderung unbeeinflusst von den natürlichen Änderungen im Zeitablauf separiert. Damit wurde diese Umsetzung dem vom Gesetzgeber gewünschten besonderen Charakter einer Sonderanpassung gerecht.

Bedingt durch die Sonderanpassung und dadurch, dass die Auslösenden Faktoren nicht angesprochen hatten, verblieben alle anderen Rechnungsgrundlagen (Zins, Ausscheidewahrscheinlichkeiten, Kostensätze) unverändert.

Auch bei dieser Beitragsanpassung wurden Mittel aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen (RfB) zur Reduzierung der Umlagen eingesetzt. Mit dieser Umlage werden die Geschlechtsunabhängigkeit des Beitrags und die Beitragskappungen finanziert. Diese bestehen unter anderem darin, dass mitversicherte Kinder keinen eigenen Beitrag zahlen und dass nach einer bestimmten Bestandszugehörigkeit der Höchstbeitrag in der SPV nicht überschritten werden darf.

In der Umlage wurde ein weiteres Element berücksichtigt: die Umlage für die Leistungsgarantie. Für die Versicherten, die zum Umstellungszeitpunkt bereits Leistungsempfänger waren, hat der Gesetzgeber eine umfangreiche Leistungsgarantie verankert. Diese Leistungsgarantie wird nicht über die Kopfschäden finanziert, sondern über eine gesonderte Umlagekomponente. Zum einen läuft dieser Leistungsteil aus, da die Leistungsgarantie nicht vererbbar ist. Somit ist eine Berücksichtigung bei der Alterungsrückstellung für neue Kunden nicht sachgerecht. Zum anderen ist das Alter der Leistungsbezieher in der Pflege recht hoch. Für diese Personen greift häufig die Höchstbeitragskappung. Somit würden die Erhöhungen aufgrund der Leistungsgarantie der Kappung unterliegen und damit per Gesetz ohnehin über die Umlage gedeckt.



Deswegen stiegen im Ergebnis bei der Beitragsanpassung die Umlagebeträge. In der oben abgebildeten Grafik ist die Bestandsumlage dargestellt, welche sich seit 2012 von der Umlage für das Neugeschäft unterscheidet. Die erhöhte Umlage für das Neugeschäft ergibt sich daraus, dass neue Versicherte nicht vom Bestand subventioniert und auch RfB-Mittel für diese Personen nicht eingesetzt werden dürfen.

Infolge der Leistungsausweitung stiegen die Bestandsbeiträge deutlich an. Von allen Unternehmen wurden umfangreiche nicht-poolrelevante RfB-Mittel eingesetzt, um Spitzenkappungen vornehmen zu können. Infolgedessen wird in der Regel die absolute Steigerung des SPV-Höchstbeitrags seit der letzten Anpassung nicht überschritten.

Für Kinder und ausgewählte Alter sind in der nachfolgenden Tabelle die ab 1. Januar 2017 gültigen monatlichen geschlechtsunabhängigen Brutto-Neugeschäftsprämien in der PPV getrennt nach PVN und PVB aufgeführt, jeweils bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes.

Monatliche geschlechtsunabhängige Brutto-Neugeschäftsprämien (in Euro), gültig ab 1.1.2017

| Alter | PVN | PVB |
|---------------|--------|--------|
| Kinder 0 – 18 | 18,93 | 10,68 |
| 20 | 19,37 | 10,83 |
| 25 | 21,85 | 11,67 |
| 30 | 24,89 | 12,67 |
| 35 | 28,65 | 13,92 |
| 40 | 33,41 | 15,50 |
| 45 | 39,53 | 17,57 |
| 50 | 47,51 | 20,30 |
| 55 | 58,10 | 23,92 |
| 60 | 72,50 | 28,88 |
| 65 | 92,92 | 35,89 |
| 70 | 122,88 | 46,24 |
| 75 | 168,83 | 62,30 |
| 80 | 239,32 | 87,42 |
| 85 | 346,29 | 126,20 |
| 90 | 507,10 | 183,55 |
| 95 | 719,95 | 254,64 |
| 100 | 914,12 | 320,90 |

R16/5302

5.4 Beitragsanpassungen im Standard- und Basistarif

Da in der Privaten Krankenversicherung ein großes Änderungsrisiko hinsichtlich der Krankheitskosten besteht, müssen die Versicherungsunternehmen regelmäßig überprüfen, ob die Beiträge der Versicherten noch den gegebenen Verhältnissen entsprechen. Eine Beitragsanpassung stellt eine einseitige Vertragsänderung dar, die in § 155 Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt wird. Danach müssen die Versicherer mindestens einmal jährlich für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif für jede Beobachtungseinheit die erforderlichen mit den kalkulierten (rechnungsmäßigen) Versicherungsleistungen vergleichen. Diese Gegenüberstellung muss dem mathematischen Treuhänder und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegt werden. Falls die erforderlichen und die rechnungsmäßigen Leistungen einer Beobachtungseinheit eines Tarifs um einen in den Versicherungsbedingungen festgelegten Prozentsatz, maximal 10 Prozent, voneinander abweichen, müssen die Prämien dieser Beobachtungseinheit überprüft

werden. Ist diese Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen, sind die Beiträge mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders anzupassen. Außerdem sind für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif für die erwachsenen Beobachtungseinheiten jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten zu vergleichen. Ergibt hier die dem Treuhänder und der BaFin vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, hat das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

Diese jährliche Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen sowie Sterbewahrscheinlichkeiten findet auch im Standard- und Basistarif statt. Da diese Tarife per Gesetz Einheitstarife der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sind, erfolgt auch die Beobachtung gemeinsam. Um die Rechnungsgrundlagen jährlich zu überprüfen, melden die einzelnen Unternehmen die erforderlichen Daten, das heißt die beobachteten 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 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) beschrieben, wobei auch äquivalente Verfahren zulässig sind. Ebenfalls in der KVAV wird das Verfahren zur Gegenüberstellung der kalkulierten mit den zuletzt veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten, das heißt die Berechnung des Auslösenden Faktors Sterblichkeit, beschrieben. Die Vorgehensweise zur Berechnung der Auslösenden Faktoren für den Standardtarif bzw. den Basistarif wird in den entsprechenden Technischen Rechnungsgrundlagen festgelegt.

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

Im Standardtarif für Beihilfeberechtigte STB (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach der Auslösende Faktor "Leistung" in den Beobachtungseinheiten Männer und Frauen an. Deshalb wurden zum 1. Juli 2016 in diesen 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 Frauen an. Deshalb wurde dort zum 1. Juli 2016 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 der Auslösende Faktor „Leistung“ in der Beobachtungseinheit Männer an. Der Auslösende Faktor „Sterblichkeit“ lag ebenfalls für die Beobachtungseinheit Männer absolut über der Grenze von 5 Prozent. Deshalb wurde zum 1. Juli 2016 in dieser Beobachtungseinheit eine Beitragsanpassung 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 der Auslösende Faktor „Leistung“ in den Beobachtungseinheiten Frauen sowie Kinder und Jugendliche an. Der Auslösende Faktor „Sterblichkeit“ lag nur für die Beobachtungseinheit Männer absolut über der Grenze von 5 Prozent. Deshalb wurden zum 1. Juli 2016 in allen Beobachtungseinheiten Beitragsanpassungen durchgeführt.

In der geschlechtsunabhängig kalkulierten Version des Basistarifs BTB-Unisex (für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach in keiner der Beobachtungseinheiten der Auslösende Faktor „Leistung“ an. Auch der Auslösende Faktor „Sterblichkeit“ lag nicht über der Grenze von absolut 5 Prozent, so dass hier zum 1. Juli 2016 keine 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 keiner der Beobachtungseinheiten der Auslösende Faktor „Leistung“ an. Allerdings lag der Auslösende Faktor „Sterblichkeit“ für die Beobachtungseinheit Erwachsene absolut über der Grenze von 5 Prozent, was eine Beitragsanpassung zum 1. Juli 2016 notwendig machte.

Die Beiträge wurden gemäß den in § 10 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 2016 (STB Männer und Frauen, STN Frauen)

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge im Standardtarif für Beihilfeberechtigte bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2016 mit Projektion auf das Jahr 2020. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) des Jahres 2013 abgeleitet.

Für die Kalkulation der Beiträge im Standardtarif für Nicht-Beihilfeberechtigte bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2017 mit Projektion auf das Jahr 2021 die Grundlage. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) des Jahres 2014 abgeleitet.

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

Die 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.

Für den STN wurden die rechnungsmäßigen Kopfschäden ebenfalls zum einen aus dem Tarif selbst und zum anderen aus den Daten der Stütztarife hergeleitet, wobei die PKV-Kopfschadenstatistik der Nicht-Beihilfe-Tarife die Grundlage der Stütztarife bildete. Die Kalkulation der Kopfschäden der Stütztarife wurde für die Leistungsarten Arzneien und Verbandmittel, Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung, übrige ambulante Leistungen und allgemeine Krankenhausleistungen durchgeführt. Die so ermittelten Kopfschäden wurden mittels geeigneter Korrekturfaktoren an das Leistungsniveau des Standardtarifs angepasst.

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 eliminiert und anschließend auf beide Geschlechter verteilt.

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 des Jahres 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 daher im Jahr 2016 618,68 Euro.

Für ausgewählte Alter sind in der nachfolgenden Tabelle die ab 1. Juli 2016 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Frauen und Männer (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) bei Ansatz des beispielhaften Verbands-Kostensatzes des Standardtarifs für Beihilfeberechtigte (50 und 30 Prozent Erstattung) den zuletzt gültigen Prämien sowie dem Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2016 gegenübergestellt.

| STB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------|--------------------|--|
| 50 Prozent Erstattung | | | | | | | |
| Alter | Frauen | | | Männer | | | Entspr. Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2016 |
| | Brutto-Neugeschäftsbeiträge | | | Brutto-Neugeschäftsbeiträge | | | |
| | ab 1.7.2016 | ab 1.7.2015 | Veränderung | ab 1.7.2016 | ab 1.7.2015 | Veränderung | |
| | in Euro | in Euro | in Prozent | in Euro | in Euro | in Prozent | in Euro |
| 21 | 144,89 | 137,38 | +5,47 | 135,28 | 124,53 | +8,63 | 309,34 |
| 25 | 154,51 | 146,64 | +5,37 | 146,91 | 135,07 | +8,77 | 309,34 |
| 30 | 162,88 | 154,57 | +5,38 | 158,02 | 145,32 | +8,74 | 309,34 |
| 35 | 166,61 | 157,87 | +5,54 | 165,56 | 151,98 | +8,94 | 309,34 |
| 40 | 172,74 | 163,46 | +5,68 | 176,06 | 161,29 | +9,16 | 309,34 |
| 45 | 183,56 | 173,36 | +5,88 | 191,26 | 174,91 | +9,35 | 309,34 |
| 50 | 195,72 | 184,91 | +5,85 | 209,30 | 191,11 | +9,52 | 309,34 |
| 55 | 208,86 | 197,66 | +5,67 | 229,75 | 209,62 | +9,60 | 309,34 |
| 60 | 202,99 | 192,61 | +5,39 | 229,87 | 209,83 | +9,55 | 309,34 |
| 65 | 217,58 | 207,26 | +4,98 | 253,49 | 232,04 | +9,24 | 309,34 |
| 70 | 234,09 | 223,53 | +4,72 | 278,89 | 256,31 | +8,81 | 309,34 |
| 75 | 253,13 | 239,80 | +5,56 | 301,73 | 279,00 | +8,15 | 309,34 |
| 80 | 272,05 | 255,70 | +6,39 | 318,81 | 298,37 | +6,85 | 309,34 |
| 85 | 289,07 | 271,45 | +6,49 | 330,49 | 312,82 | +5,65 | 309,34 |
| 90 | 301,78 | 285,15 | +5,83 | 338,45 | 320,90 | +5,47 | 309,34 |
| 95 | 309,91 | 295,27 | +4,96 | 345,12 | 327,10 | +5,51 | 309,34 |
| 100 | 310,86 | 296,49 | +4,85 | 350,80 | 330,50 | +6,14 | 309,34 |

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.

R16/5401

STB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag 30 Prozent Erstattung

| Alter | Frauen Brutto-Neugeschäfts- beiträge | | | Männer Brutto-Neugeschäfts- beiträge | | | Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2016 in Euro |
|-------|--|---------------------|--------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|---|
| | ab | ab | Verände- rung in Prozent | ab | ab | Verände- rung in Prozent | |
| | 1.7.2016 in Euro | 1.7.2015 in Euro | | 1.7.2016 in Euro | 1.7.2015 in Euro | | |
| 21 | 86,93 | 82,42 | +5,47 | 81,17 | 74,71 | +8,65 | 185,60 |
| 25 | 92,71 | 87,99 | +5,36 | 88,14 | 81,05 | +8,75 | 185,60 |
| 30 | 97,72 | 92,74 | +5,37 | 94,81 | 87,20 | +8,73 | 185,60 |
| 35 | 99,97 | 94,72 | +5,54 | 99,34 | 91,18 | +8,95 | 185,60 |
| 40 | 103,64 | 98,08 | +5,67 | 105,63 | 96,78 | +9,14 | 185,60 |
| 45 | 110,13 | 104,02 | +5,87 | 114,75 | 104,95 | +9,34 | 185,60 |
| 50 | 117,44 | 110,95 | +5,85 | 125,58 | 114,66 | +9,52 | 185,60 |
| 55 | 125,31 | 118,59 | +5,67 | 137,84 | 125,76 | +9,61 | 185,60 |
| 60 | 121,80 | 115,57 | +5,39 | 137,92 | 125,90 | +9,55 | 185,60 |
| 65 | 130,55 | 124,36 | +4,98 | 152,09 | 139,23 | +9,24 | 185,60 |
| 70 | 140,45 | 134,12 | +4,72 | 167,33 | 153,79 | +8,80 | 185,60 |
| 75 | 151,88 | 143,88 | +5,56 | 181,04 | 167,40 | +8,15 | 185,60 |
| 80 | 163,23 | 153,42 | +6,39 | 191,28 | 179,02 | +6,85 | 185,60 |
| 85 | 173,44 | 162,87 | +6,49 | 198,29 | 187,69 | +5,65 | 185,60 |
| 90 | 181,07 | 171,09 | +5,83 | 203,07 | 192,54 | +5,47 | 185,60 |
| 95 | 185,94 | 177,16 | +4,96 | 207,07 | 196,26 | +5,51 | 185,60 |
| 100 | 186,52 | 177,89 | +4,85 | 210,48 | 198,30 | +6,14 | 185,60 |

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.

R16/5402

Die ab 1. Juli 2016 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Frauen (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) des Standardtarifs für Nicht-Beihilfeberechtigte sind in der nachfolgenden Tabelle für ausgewählte Alter aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbands-Kostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Die zuletzt gültigen Prämien sowie der Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2016 sind zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

| STN: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag | | | | |
|---|---|--------------------|--------------------|--|
| Alter | Frauen Brutto-Neugeschäftsbeiträge | | | Entspr. Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2016 |
| | ab 1.7.2016 | ab 1.7.2010 | Veränderung | |
| | in Euro | in Euro | in Prozent | |
| 21 | 307,69 | 249,69 | +23,23 | 618,68 |
| 25 | 329,55 | 276,58 | +19,15 | 618,68 |
| 30 | 359,26 | 307,60 | +16,79 | 618,68 |
| 35 | 389,79 | 335,86 | +16,06 | 618,68 |
| 40 | 421,84 | 364,39 | +15,77 | 618,68 |
| 45 | 456,40 | 394,70 | +15,63 | 618,68 |
| 50 | 491,77 | 425,93 | +15,46 | 618,68 |
| 55 | 525,88 | 457,82 | +14,87 | 618,68 |
| 60 | 510,20 | 447,58 | +13,99 | 618,68 |
| 65 | 544,76 | 483,04 | +12,78 | 618,68 |
| 70 | 579,34 | 521,88 | +11,01 | 618,68 |
| 75 | 613,18 | 564,41 | +8,64 | 618,68 |
| 80 | 642,82 | 606,89 | +5,92 | 618,68 |
| 85 | 666,03 | 626,79 | +6,26 | 618,68 |
| 90 | 673,28 | 627,69 | +7,26 | 618,68 |
| 95 | 673,29 | 627,69 | +7,26 | 618,68 |
| 100 | 673,29 | 627,69 | +7,26 | 618,68 |

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.

R16/5403

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

Beitragsanpassungen im Basistarif zum 1. Juli 2016 (BTN, BTN-Unisex Erwachsene, BTB Männer)

Eine Grundlage der Kalkulationen der Beiträge des Basistarifs bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2017 mit Projektion auf das Jahr 2021, allerdings für Erwachsene ohne Begrenzung auf die Vorgängertafel PKV-2016. 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 2014 abgeleitet. Gemäß § 5 Abs. 2 KVAV dürfen bei der Gewährung von Versicherung im Basistarif außer den Sterbewahrscheinlichkeiten und dem Abgang zur Gesetzlichen Krankenversicherung keine weiteren Abgangswahrscheinlichkeiten berücksichtigt werden.

Die Basis für die Berechnung der rechnungsmäßigen Kopfschäden in den beiden Tarifstufen für Nicht-Beihilfeberechtigte BTN und BTN-Unisex bildeten die Beobachtungswerte der Personen ohne Vorerkrankungen aus dem Tarif. In diesen Daten sind die Leistungen für ein Krankentagegeld bereits enthalten. Im BTB lagen der Berechnung der tariflichen Kopfschäden die rechnungsmäßigen Kopfschäden des BTN zu Grunde. Die Kalkulation wurde bei einem Erstattungssatz von 100 Prozent durchgeführt, wobei die Kopfschäden des BTN mittels geeigneter Faktoren angepasst wurden. Dies war notwendig, um den in den Kopfschäden des BTN enthaltenen Anteil für das Krankentagegeld zu eliminieren, die Kopfschäden auf die Leistungsbereiche nicht-stationär und stationär aufzuteilen und sie in das Beihilfeleistungsniveau zu überführen. Die Trennung auf die beiden Leistungsbereiche ist 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 BTB hier auch unterschiedliche ergänzend prozentuale Erstattungen vorsehen muss.

Um für die Kalkulation der Beiträge der Tarifstufe BTN-Unisex geschlechtsunabhängige Rechnungsgrundlagen zu erhalten, wurden die geschlechtsabhängigen Rechnungsgrundlagen Sterblichkeit, Storno und Kopfschaden mit der Geschlechterverteilung des Basistarifs gewichtet.

Außerdem wurde die gesetzliche Bestimmung, Mehraufwendungen für Vorerkrankungen auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen (§ 154 Abs. 1 VAG), umgesetzt. Aus den Beobachtungswerten der Personen mit Vorerkrankungen des Tarifs wurden die entsprechenden geschlechts- und altersunabhängigen Zuschläge hergeleitet.

Gemäß § 152 Abs. 1 VAG muss den Versicherten im Basistarif die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte in Höhe von 300, 600, 900 und 1.200 Euro zu vereinbaren. Die in den üblichen PKV-Tarifen enthaltene Risikosteuerung durch die Vereinbarung von Selbsthalten, welche zur separaten Kalkulation der Beiträge der Selbstbehaltstufen 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 Selbstbehaltstufen 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 Selbstbehaltstufe 0 Euro, durchgeführt. Um die Beiträge für die vom Gesetz vorgeschriebenen Selbstbehaltstufen in Abhängigkeit von den kalkulierten Bruttoprämien zu erhalten, wurden aus den tarifeigenen Daten der Personen, die die Selbstbehaltstufe 300 Euro versichert haben, 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 § 152 Abs. 3 VAG darf der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag ergab sich für das Jahr 2016 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 2016 betrug der Höchstbeitrag der GKV 665,29 Euro, der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz 1,1 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 § 154 Abs. 1 VAG ein Zuschlag in die Bruttobeiträge aller Vollversicherungstarife einzurechnen, welcher sowohl für den Beihilfebereich als auch für den Nicht-Beihilfebereich mit 0,6 Prozent ermittelt wurde.

In den nachfolgenden Tabellen sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2016 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Männer (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für die Tarifstufe BTB (30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) und der ab 1. Januar 2016 gültige Höchstbeitrag der GKV aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Zum Vergleich sind die zuletzt gültigen Prämien ebenfalls abgebildet.

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

| Alter | Männer | | | Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2016 in Euro |
|-------|-----------------------------|------------------------|---------------------------|--|
| | Brutto-Neugeschäftsbeiträge | | | |
| | ab 1.7.2016 in Euro | ab 1.7.2015 in Euro | Veränderung in Prozent | |
| 21 | 175,54 | 191,32 | -8,25 | 199,59 |
| 25 | 187,10 | 196,64 | -4,85 | 199,59 |
| 30 | 201,91 | 201,54 | +0,18 | 199,59 |
| 35 | 215,38 | 203,95 | +5,60 | 199,59 |
| 40 | 228,23 | 207,78 | +9,84 | 199,59 |
| 45 | 239,76 | 214,06 | +12,01 | 199,59 |
| 50 | 248,52 | 221,79 | +12,05 | 199,59 |
| 55 | 254,39 | 230,98 | +10,14 | 199,59 |
| 60 | 236,10 | 220,02 | +7,31 | 199,59 |
| 65 | 242,51 | 232,55 | +4,28 | 199,59 |
| 70 | 249,92 | 248,03 | +0,76 | 199,59 |
| 75 | 258,67 | 264,55 | -2,22 | 199,59 |
| 80 | 266,25 | 280,15 | -4,96 | 199,59 |
| 85 | 269,78 | 292,85 | -7,88 | 199,59 |
| 90 | 273,59 | 300,69 | -9,01 | 199,59 |
| 95 | 277,14 | 306,94 | -9,71 | 199,59 |
| 100 | 279,62 | 309,72 | -9,72 | 199,59 |

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.

R16/5404

BTB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

50 Prozent Erstattung

Männer

| Alter | Brutto-Neugeschäftsbeiträge | | | Entspr. Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2016 in Euro |
|-------|-----------------------------|------------------------|---------------------------|--|
| | ab 1.7.2016 in Euro | ab 1.7.2015 in Euro | Veränderung in Prozent | |
| 21 | 292,56 | 318,88 | - 8,25 | 332,65 |
| 25 | 311,84 | 327,73 | - 4,85 | 332,65 |
| 30 | 336,51 | 335,91 | + 0,18 | 332,65 |
| 35 | 358,96 | 339,92 | + 5,60 | 332,65 |
| 40 | 380,38 | 346,29 | + 9,84 | 332,65 |
| 45 | 399,60 | 356,76 | + 12,01 | 332,65 |
| 50 | 414,22 | 369,67 | + 12,05 | 332,65 |
| 55 | 423,97 | 384,96 | + 10,13 | 332,65 |
| 60 | 393,50 | 366,69 | + 7,31 | 332,65 |
| 65 | 404,19 | 387,58 | + 4,29 | 332,65 |
| 70 | 416,53 | 413,38 | + 0,76 | 332,65 |
| 75 | 431,12 | 440,92 | - 2,22 | 332,65 |
| 80 | 443,74 | 466,92 | - 4,96 | 332,65 |
| 85 | 449,64 | 488,08 | - 7,88 | 332,65 |
| 90 | 455,98 | 501,14 | - 9,01 | 332,65 |
| 95 | 461,91 | 511,57 | - 9,71 | 332,65 |
| 100 | 466,04 | 516,20 | - 9,72 | 332,65 |

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.

R16/5405

Für ausgewählte Alter sind in der nachfolgenden Tabelle die ab 1. Juli 2016 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für die niedrigste Selbstbehaltsstufe (einschl. des gesetzlichen Zuschlags für Frauen und Männer in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes des Basistarifs für Nicht-Beihilfeberechtigte den zuletzt gültigen Prämien sowie dem Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2016 gegenübergestellt.

BTN: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

| Alter | Frauen Brutto-Neugeschäftsbeiträge | | | Männer Brutto-Neugeschäftsbeiträge | | | Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2016 in Euro |
|-------|---------------------------------------|----------------|------------------|---------------------------------------|----------------|------------------|---|
| | ab 1.7.2016 | ab 1.7.2013 | Verände- rung | ab 1.7.2016 | ab 1.7.2015 | Verände- rung | |
| | in Euro | in Euro | in Prozent | in Euro | in Euro | in Prozent | |
| 21 | 546,71 | 696,50 | -21,51 | 583,22 | 696,87 | -16,31 | 665,29 |
| 25 | 561,53 | 715,78 | -21,55 | 612,73 | 716,11 | -14,44 | 665,29 |
| 30 | 581,89 | 737,75 | -21,13 | 653,51 | 740,05 | -11,69 | 665,29 |
| 35 | 605,46 | 757,98 | -20,12 | 696,32 | 763,29 | -8,77 | 665,29 |
| 40 | 632,10 | 779,05 | -18,86 | 741,79 | 789,29 | -6,02 | 665,29 |
| 45 | 657,81 | 802,18 | -18,00 | 787,41 | 821,47 | -4,15 | 665,29 |
| 50 | 680,67 | 826,33 | -17,63 | 828,82 | 860,08 | -3,63 | 665,29 |
| 55 | 700,18 | 850,95 | -17,72 | 863,37 | 902,53 | -4,34 | 665,29 |
| 60 | 657,48 | 798,63 | -17,67 | 816,29 | 862,71 | -5,38 | 665,29 |
| 65 | 686,91 | 828,31 | -17,07 | 852,10 | 908,98 | -6,26 | 665,29 |
| 70 | 724,59 | 863,60 | -16,10 | 889,45 | 965,15 | -7,84 | 665,29 |
| 75 | 763,37 | 906,64 | -15,80 | 927,11 | 1.024,68 | -9,52 | 665,29 |
| 80 | 788,04 | 950,51 | -17,09 | 953,92 | 1.072,97 | -11,10 | 665,29 |
| 85 | 794,13 | 975,36 | -18,58 | 961,22 | 1.105,81 | -13,08 | 665,29 |
| 90 | 794,13 | 985,28 | -19,40 | 961,23 | 1.126,25 | -14,65 | 665,29 |
| 95 | 794,13 | 991,16 | -19,88 | 961,23 | 1.132,64 | -15,13 | 665,29 |
| 100 | 794,13 | 997,22 | -20,37 | 961,23 | 1.133,79 | -15,22 | 665,29 |

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.

R16/5406

Die ab 1. Juli 2016 gültigen Brutto-Neugeschäftsprämien in der Tarifstufe BTN für Kinder und Jugendliche für die niedrigste Selbstbehaltstufe, bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes, sind im Vergleich zu den zuletzt gültigen Prämien in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

BTN: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

| Alter | Brutto-Neugeschäftsbeiträge | | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------|-------------|---------|
| | ab 1.7.2016 | ab 1.7.2014 | Veränderung | |
| | in Euro | in Euro | in Prozent | |
| Kinder | 0 - 15 | 267,33 | 215,09 | + 24,29 |
| Jugendliche (weibl.) | 16 - 20 | 283,51 | 248,91 | + 13,90 |
| Jugendliche (männl.) | 16 - 20 | 221,35 | 219,08 | + 1,04 |

R16/5407

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

In der nachfolgenden Tabelle sind für ausgewählte Alter die ab 1. Juli 2016 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent für Erwachsene bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für die Tarifstufe BTN-Unisex und der ab 1. Januar 2016 gültige Höchstbeitrag der GKV aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Zum Vergleich sind die zuletzt gültigen Prämien ebenfalls abgebildet.

| BTN-Unisex: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------|--------------------|--|
| Alter | Brutto-Neugeschäftsbeiträge | | | Entspr. Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2016 |
| | ab 1.7.2016 | ab 1.7.2015 | Veränderung | |
| | in Euro | in Euro | in Prozent | in Euro |
| 21 | 592,10 | 754,59 | -21,53 | 665,29 |
| 25 | 618,86 | 774,81 | -20,13 | 665,29 |
| 30 | 654,67 | 797,92 | -17,95 | 665,29 |
| 35 | 692,46 | 817,94 | -15,34 | 665,29 |
| 40 | 732,56 | 839,69 | -12,76 | 665,29 |
| 45 | 772,22 | 867,04 | -10,94 | 665,29 |
| 50 | 807,17 | 900,45 | -10,36 | 665,29 |
| 55 | 836,74 | 936,99 | -10,70 | 665,29 |
| 60 | 785,02 | 887,81 | -11,58 | 665,29 |
| 65 | 814,91 | 926,58 | -12,05 | 665,29 |
| 70 | 846,65 | 972,84 | -12,97 | 665,29 |
| 75 | 877,03 | 1.023,44 | -14,31 | 665,29 |
| 80 | 895,16 | 1.062,36 | -15,74 | 665,29 |
| 85 | 899,38 | 1.096,42 | -17,97 | 665,29 |
| 90 | 899,38 | 1.117,08 | -19,49 | 665,29 |
| 95 | 899,38 | 1.122,59 | -19,88 | 665,29 |
| 100 | 899,39 | 1.123,86 | -19,97 | 665,29 |

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.

R16/5208

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 § 149 VAG nur in der Höhe angespart, die sich aus der Differenz zwischen Höchstbeitrag und Brutto-Neugeschäftsprämie ohne den Zuschlag ergibt.



6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)



Die Schwerpunkte in der Arbeit des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) liegen in den Bereichen Gesundheitssystemforschung und Versorgungsforschung. Die Studien des WIP bereichern die wissenschaftliche Diskussion und bilden ein Gegengewicht zu der Forschung anderer Institute, die oftmals nur die gesetzliche Krankenversicherung im Blick haben. Im Bereich Versorgungsforschung macht das WIP wertvolle Datenquellen für die wissenschaftliche Analyse und auch für die interne Arbeit des PKV-Verbandes nutzbar und erstellt detaillierte Analysen zu verschiedenen Leistungsbereichen. Daneben sind auch ausländische Krankenversicherungssysteme Gegenstand des Themenspektrums.

Das WIP führte auch im Jahr 2016 eine Rechnungsdatenaufbereitung und Rechnungsdatenanalyse für die Bereiche privatärztliche Abrechnung (GOÄ, GOZ), Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel durch. 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 Leistungsgeschehen in diesem Bereich interessierten geworden. Die teilnehmenden PKV-Unternehmen erhalten jährlich eine unternehmensspezifische Auswertung ihrer Arzneimitteldaten. Diese Auswertung ermöglicht ein Monitoring des Leistungsmanagements, zeigt realisierte und mögliche Einsparpotenziale auf und leistet Hilfestellung im Versorgungs- und Qualitätsmanagement. In diesem Jahr lag der Schwerpunkt der Unternehmensberichte auf die Versorgung mit Biosimilars und bei generikafähigen Wirkstoffen. Aktuell wird diese Servicefunktion auch auf die Bereiche Heilmittel und Hilfsmittel ausgebaut. Unternehmen, die Daten bereitstellen konnten, erhielten bereits entsprechende Auswertungen.

Im Zuge der GOÄ-Novellierung erweitert das WIP derzeit den Bereich der GOÄ-Rechnungsdatenauswertung. Hier 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 bereits regelmäßig mit eigenen Analysen in die GOÄ-Novellierung eingebracht.

Die Expertise des WIP wird in zunehmendem Maße auch für Vorträge und Diskussionsrunden in Wissenschaft und Gesundheitspolitik angefragt. Zu erwähnen ist hier beispielhaft die Teilnahme am Fachgespräch der Grünen/Bündnis 90 zur Entwicklung der Krankenversicherung der Beamten. Im Rahmen dieser politischen Diskussionsrunde verwies Dr. Wild, Institutsleiter des WIP, auf die vielfältigen Probleme einer Einbeziehung von Beamten in die GKV.

Die Forschungsergebnisse des WIP werden auf der Internetseite www.wip-pkv.de veröffentlicht. Derzeit stehen 81 Studien zum Download bereit. Im institutseigenen Newsletter wird regelmäßig auf die neuen Studien des WIP hingewiesen. Ziel ist es – neben dem wissenschaftlichen Austausch – die Ergebnisse auch einem möglichst breiten Publikum bekannt zu machen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Forschungsergebnisse des WIP aus dem Jahr 2016 vorgestellt:

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014

Seit 2006 ermittelt das WIP den Mehrumsatz der Privatversicherten. Der Mehrumsatz ergibt sich aus einem Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich Versicherte und quantifiziert die Summe, die dem Gesundheitssystem durch die Existenz der PKV zur Verfügung steht. Für 2014 konnte ein Mehrumsatz von 12,45 Mrd. Euro ermittelt werden. Der in absoluten Zahlen größte Mehrumsatz konnte im ambulant-ärztlichen Bereich ermittelt werden.

Die Studie zeigt auch, dass es den PKV-Unternehmen im Beobachtungszeitraum (2006-2014) gelungen ist, das Ausgabenwachstum in den letzten Jahren niedriger zu halten als in der GKV. Die Leistungsausgaben stiegen im Beobachtungszeitraum in der GKV stärker als in der PKV.

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird die Beitragsentwicklung in der PKV und in der GKV regelmäßig diskutiert. In der vorliegenden Studie wurde die Beitragsbelastung in PKV und GKV anhand der Entwicklung der Beitragseinnahmen je Versicherte verglichen. Entgegen der teilweise in der Öffentlichkeit geäußerten Auffassung, sind die Beitragseinnahmen in der GKV im Zeitraum von 2007 bis 2015 bzw. prognostiziert bis 2017 stärker gestiegen als in der PKV. Die Studie verweist auch darauf, dass die Beitragsentwicklung bei beiden Kostenträgern vor dem Hintergrund einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung zu sehen ist. Ein Großteil der Ausgabensteigerungen ist zudem dem medizinisch-technischen Fortschritt zuzurechnen, der für die Patienten zu vielfach verbesserten Möglichkeiten in der Diagnostik und Therapie führt.

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

Die WIP-Studie verweist auf die positiven volkswirtschaftlichen Wirkungen eines Kapitaldeckungsverfahrens. Die PKV-Alterungsrückstellungen wirken zum Teil antizyklisch zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und damit als eine Art automatischer Stabilisator. Zudem ermöglicht Kapitalakkumulation Investitionen und damit einen höheren Wachstumspfad und eine höhere Arbeitsproduktivität. Davon profitieren auch die umlagenfinanzierten Sozialsysteme. Im Jahr 2015 trug die PKV mit einem Anteil von 5,1 Prozent am Nettosparvolumen Deutschlands bei. Absolut liegen die Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen seit 2006 regelmäßig bei mindestens 10 Mrd. Euro oder mehr pro Jahr. Damit haben sich die Alterungsrückstellungen insgesamt in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt – von 103,4 Mrd. in 2005 auf 220,1 Mrd. Euro in 2015.

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

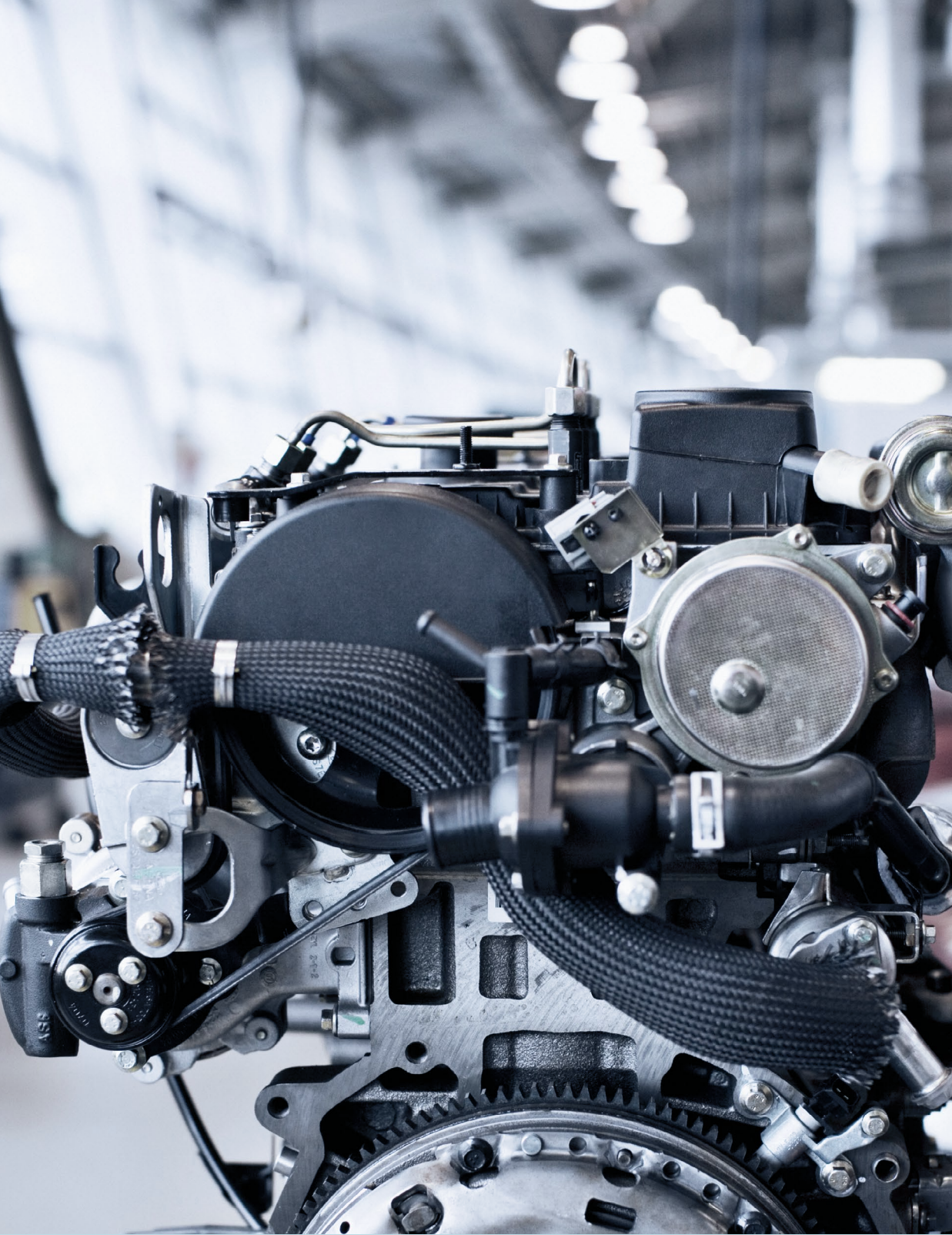
Mit dieser Studie setzt das WIP die seit 2008 jährlich vorgenommene Analyse der Arzneimittelversorgung der Privatversicherten fort. Dargestellt werden Daten des Jahres 2014 zu den umsatzstärksten Medikamenten, den nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, den Parallel- und Reimporten, den Generika und den neuen Medikamenten. Auch für das Jahr 2014 werden den Daten der PKV

die Daten der GKV gegenübergestellt. Der Vergleich der beiden Kostenträger, die in unterschiedlichen Rahmenbedingungen und mit deutlich abweichenden Regulierungsinstrumenten agieren, ist sowohl aus dem Blickwinkel der Versorgungsforschung, aber auch aus gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Sicht von besonderem Interesse. So lassen sich zwischen der PKV und der GKV u. a. auf dem generikafähigen Markt sowie bei neuen Medikamenten deutliche Unterschiede in der Verordnungspraxis feststellen.

In einer Sonderauswertung wurden auf der Basis einer Analyse von Reimportquoten die Preisunterschiede bei neuen Medikamenten zwischen Deutschland und anderen EU-Ländern untersucht.

Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 – Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV

Der Mehrumsatz der Privatversicherten im Heilmittelbereich belief sich im Jahr 2014 auf 953 Mio. Euro. Das sind 17 Mio. Euro oder 1,8 Prozent mehr als im Vorjahr. Rein rechnerisch profitiert damit jede Heilmittelpraxis im Umfang von durchschnittlich 14.300 Euro jährlich von der PKV. Im Jahr 2013 waren es noch 13.300 Euro. Das WIP stellt fest, dass sich der Mehrumsatz vor allem durch die Systemunterschiede zwischen PKV und GKV erklären lassen, die in der Heilmittelversorgung besonders deutlich zum Tragen kommen. Leistungsausschlüsse und -einschränkungen, Richtgrößen sowie die Möglichkeit eines Regresses führen in der GKV zur Rationierung der Heilmittelversorgung und drücken damit die Ausgaben.



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: 03.05.2017)

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**
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. **Michael Baulig** (seit 22.06.2016)
Vorstandssprecher der uniVersa Krankenversi- cherung a.G., Nürnberg
9. **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
10. **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
11. **Dr. Christoph Helmich**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
12. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Kranken- versicherung AG, Coburg
13. **Dr. Ralf Kantak**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
14. **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 VVaG, Frankfurt am Main
15. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
16. **Dr. Jochen Petin** (seit 22.06.2016)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
17. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
18. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
19. **Dr. Roland Schäfer**
Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversiche- rungs-AG, München
20. **Dr. Rainer Wilmlink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversiche- rungs-AG, Münster

... kooptierten Mitgliedern

21. **Frank-Henning Florian**
Vorsitzender des Vorstandes der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
22. **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

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**
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
3. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
4. **Ralph Brouwers**
Bereichsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln,
5. **Dr. Jan Esser**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
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**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
10. **Ulrich Lamy**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
11. **Andreas Lauth** (seit 22.06.2016)
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, München
12. **Dr. Ralph Maaßen**
Bereichsleiter Mathematik und Ertragssteuerung der AXA Krankenversicherung AG, Köln
13. **Norbert Mattar**
Bereichsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
14. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
15. **Dr. Jochen Petin** (seit 22.06.2016)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
16. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
17. **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
18. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
19. **Dr. Rainer Wilmink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
20. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

1.2 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. Rainer Wilmink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
4. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Hans-Herbert Rospleszcz** (bis 22.06.2016)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht

1. **Dr. Birgit König – Vorsitzende**
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
2. **Daniel Bahr**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
3. **Michael Baulig**
Vorstandssprecher der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
4. **Annabritta Biederbick** (seit 21.09.2016)
Hauptabteilungsleiterin des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
5. **Dr. Karl-Josef Bieth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
6. **Klaus-Dieter Dombke**
Bereichsleiter der AXA Krankenversicherung AG, Köln
7. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
8. **Andreas Kolb**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
9. **Dr. Achim Kramer** (seit 22.06.2016)
Abteilungsleiter der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
10. **Dr. Marcus Kremer**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
11. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
12. **Silke Lautenschläger**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
14. **Dr. Jochen Petin** (seit 22.06.2016)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
15. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal

16. **Benno Schmeing** (seit 07.12.2016)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
17. **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
18. **Roberto Svenda**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim
19. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
20. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Ralf Kantak** (bis 07.12.2016)
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
- **Karl-Josef Maiwald** (bis 31.08.2016)
Abteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
- **Hans-Herbert Rospleszcz** (bis 22.06.2016)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln

c) Ausschuss für Pflegeversicherung

1. **Dr. Clemens Muth – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
2. **Dr. Karl-Josef Bieth – stellvertr. Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
3. **Annabritta Biederbick** (seit 21.09.2016)
Hauptabteilungsleiterin des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
4. **Dr. Jan Esser**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
5. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Dr. Marcus Kremer**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
7. **Michael Kurtenbach**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
8. **Ulrich Lamy**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal

9. **Grit Läuter-Lüttig**
Hauptabteilungsleiterin der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
10. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
11. **Dr. Jochen Petin** (seit 22.06.2016)
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
12. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
13. **Hans-Josef Schmitz**
Bereichsleiter der AXA Krankenversicherung AG, Köln
14. **Roberto Svenda**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim
10. **Dr. Bettina Haase-Uhländer**
Gruppenleiterin der Abteilung Krankenversicherung, Vertrag und Leistung – Recht der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund
11. **Bernhard Kalis**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
12. **Dr. Volker Marko**
Abteilungsleiter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
13. **Christine Michl**
Prokuristin der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
14. **Dieter Schlegel**
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

- **Karl-Josef Maiwald** (bis 31.08.2016)
Abteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
- **Hans-Herbert Rospleszcz** (bis 22.06.2016)
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Ursula Gramulla** (bis 22.06.2016)
Prokuristin der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Markus Ossyra** (bis 22.06.2016)
Ass. iur. der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg

d) Rechtsausschuss der PKV

1. **Dr. Peter Görg – Vorsitzender**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
2. **Dr. Horst Ayasse**
Prokurist der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
3. **Christian Barton**
Prokurist der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
4. **Harald Becker** (seit 22.06.2016)
Abteilungsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
5. **Jürgen Berressem**
Prokurist der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
6. **Dr. Jörg Etzkorn** (seit 22.06.2016)
Prokurist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Christina Feldhaus**
Prokuristin der AXA Krankenversicherung AG, Köln
8. **Walter Gerhard**
Handlungsbevollmächtigter der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
9. **Thomas Görge**
Abteilungsleiter der Central Krankenversicherung AG, Köln

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Michael Kurtenbach – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
2. **Dr. Werner van Almsick** (seit 22.06.2016)
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
3. **Daniel Bahr**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
4. **Christian Barton**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
5. **Michael Baulig**
Vorstandssprecher der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
6. **Johannes Grale**
Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversicherungs-AG, Hannover
7. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
8. **Dr. Ralf Kantak**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
9. **Matthias Kreibich**
Sprecher des Vorstandes der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VaG, Frankfurt am Main

10. **Tillmann Lukosch**
Vorstandsmitglied der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
11. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
12. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
13. **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
14. **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
15. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
16. **Udo Theilenberg**
Bereichsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
17. **Kai Völker**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
18. **Prof. Dr. Markus Warg**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
19. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
20. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
3. **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
4. **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
5. **Frank Kettner**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
6. **Manuela Kiechle**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
7. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
8. **Stephan Schinnenburg** (seit 22.06.2016)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
9. **Paul Stein**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
10. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
11. **Klaus Tisson**
Vorstandsmitglied 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. **Dr. Thomas Wiesemann**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
13. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

f) Haushaltsausschuss

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

g) Vertriebsausschuss der PKV

1. **Dr. Andreas Eurich – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
2. **Eric Bussert**
Vorstandsmitglied der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Timo Holland** (bis 31.12.2016)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
- **Thomas Langhein** (bis 22.06.2016)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

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 Krankenversicherung AG, Köln
4. **Dr. Ralf Kantak**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
5. **Ole Kielmann** (seit 08.03.2017)
Abteilungsleiter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
6. **Andreas Kolb**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
7. **Raik Mildner**
Vorstandsmitglied der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
8. **Stephan Oetzel**
Chief Risk Officer der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
9. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
10. **Alf N. Schlegel**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
11. **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
12. **Frank Sievert**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
13. **Knut Söderberg**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
14. **Holger Tietz**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim
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 Barmenia 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**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
9. **Silke Lautenschläger**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
10. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
11. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur 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

- **Mareike Steinmann-Baptist** (bis 03.03.2017)
Abteilungsleiterin der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

i) Ausschuss „Zukunft des Gesundheitswesens“

1. **Dr. Walter Botermann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
2. **Michael Baulig**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
3. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

j) Rechnungsprüfer

Johannes Grale (seit 22.06.2016)
Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversicherungs-AG, Hannover

Georg Hake
Vorsitzender des Aufsichtsrates 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

- **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
- **Thomas Flemming**
Vorsitzender des Vorstandes der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
- **Dr. Wolfgang Weiler**
Vorstandssprecher der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg

b) Präsidialausschuss Unternehmenssteuerung und Regulierung

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

- **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
- **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
- **Ulrich Leitermann**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

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

c) Ausschuss Finanzregulierung

- **Dr. Peter Görg**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
- **Sarah Rössler**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Prof. Dr. Markus Warg**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

d) Ausschuss Kapitalanlagen

- **Dr. Werner van Almsick**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
- **Martin Berger**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Harald Ingo Eppler**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Rolf Florian**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
- **Ludger Grothues**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
- **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
- **Dr. Wolfgang Weiler**
Vorsitzender des Vorstandes der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg

e) Ausschuss Rechnungslegung

- **Martin Berger**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
- **Thomas Heigl**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamten Versicherung AG, München
- **Dr. Christoph Jurecka**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Sarah Rössler**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg

f) VVaG-Ausschuss

- **Dr. Karsten Eichmann**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
- **Christina Feldhaus**
Prokuristin der AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Thomas Flemming**
Vorsitzender des Vorstandes der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
- **Dr. Peter Görg**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz

- **Dr. Ralf Kantak**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
- **Dr. Mathias Kleuker**
Vorsitzender des Vorstandes der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
- **Ulrich Leitermann**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
- **Dr. Herbert Schneidemann**
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamten Versicherung AG, München
- **Dr. Wolfgang Weiler**
Vorstandssprecher der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Daniel Thomas**
stellvertr. Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Holger Tietz**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim
- **Kai Völker**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
- **Prof. Dr. Markus Warg**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg

g) Ausschuss Vertrieb

- **Peter Bochnia**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
- **Oliver Brüb**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Jens Werner Hasselbächer**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg
- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
- **Joachim Müller**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
- **Dirk von der Wroge**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover

h) Ausschuss Betriebstechnik, Digitalisierung und IT

- **Dr. Andrea van Aubel**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Mathias Bühring-Uhle**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

I.4 Geschäftsführung

(Stand: Mai 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

- **RA Nurettin Fenercioglu, LL.M.**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Betriebswirt (FH) Markus Hessel**
(IT, Projektmanagement „Prozesse“)
- **Dipl.-Kfm. Michael Kreher**
(Revision)
- **Frank Schlerfer**
(Pflege Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen – QPP)
- **RA Constantin Wilde, LL.M.**
(Leistung stationär)
- **Dipl.-Betriebswirtin Jutta Wilms**
(Leistung Wahlleistung)

Referatsleiter

- **Ass. iur. Dirk Cramer**
(Revision)
- **Ass. iur. Christoph Cremer**
(Revision)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Gebeyehu Kenea Gobena**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Kfm. Joachim Hölbe**
(Zentrale Dienste)

- **Dipl.-Math. Doreen Jahnke**
(Mathematik/Statistik)
- **RA'in Konstanze Kirbach, LL.M.**
(Recht)
- **Dipl.-Wirtschaftsinf. Stefan Klein**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Math. Jürgen Mnich**
(Zentrale Dienste)
- **Dr. Marc-Pierre Möll**
(Politik)
- **Gerald Mörsberger, M. A.**
(Zentrale Dienste Datenbanken)
- **Oliver Müller**
(Zentrale Dienste)
- **Malte Poltermann, B.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Kfm. Sascha Raitchel**
(Recht)
- **Dipl.-Volkswirt Wilhelm Roos**
(Leistung stationär)
- **Rolf Rummler**
(Zentrale Dienste)
- **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)
- **Harald Wild**
(Zentrale Dienste)

Referenten

- **Dipl.-Kfm. Michael Backes**
(Revision)
- **Christina Beinke, M.A.**
(Kommunikation)
- **Bastian Biermann, M. A.**
(Recht)
- **Dirk Böttcher**
(Zentrale Dienste)
- **Rudolf Boldt**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Stefan Brachmüller**
(Ombudsmann)
- **Stephan Caspary**
(Kommunikation)
- **Michael Damaschke**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Math. Patricia Derksen**
(Mathematik/Statistik)
- **Jannes Elfggen, MPP**
(Politik)
- **Alexander Engel, M.A.**
(Revision)
- **Ass. iur. Thyra von Erichsen**
(Leistung stationär)

- **Petra Ewenz**
(IT, Projektmanagement „Prozesse“)
- **Dipl.-Sozialwiss. Verena Finkenstädt**
(Politik)
- **Natalie Förster**
(Zentrale Dienste)
- **Florian Genn, M.Sc.**
(Mathematik/Statistik)
- **Dipl.-Russ. Sabine Heche**
(Kommunikation)
- **Dominik Heck, M.A.**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Kffr. (FH) Melanie Höffner**
(Interne Revision)
- **Apothekerin Susanne Hübner**
(Leistung ambulant)
- **Anna Klawitter**
(Revision)
- **Dipl.-Pflegerin Andrea Kleiner-Zander**
(Pflege QPP)
- **RA Paul Kurscheidt**
(Pflege QPP)
- **Anna Lepka, M.Sc.**
(Revision)
- **Dirk Lullies, M. A.**
(Kommunikation)
- **Ass. iur. Michelle Mahlke**
(Ombudsmann)
- **Matthieu Meillerais, M.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Kffr. Anne-Katrin Merkelbach**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Kffr. (FH) Claudia Moncada**
(Zentrale Dienste)
- **Maik Moritz**
(Mathematik/Statistik)
- **Jessica Neufeld, B.Sc.**
(Revision)
- **Harry Neumann, B. A.**
(Pflege QPP)
- **Ass. iur. Isabella Osterbrink**
(Recht)
- **Ass. iur. Tina Paas**
(Recht)
- **Dr. Thomas Philipp**
(Leistung stationär)
- **Kirsten von Reth**
(Pflege QPP)
- **Dipl.-Volkswirtin Claudia Reuter**
(Leistung stationär)
- **Heike Ruthenberg**
(Kommunikation)
- **Daniel Schaffer, M.A.**
(Politik)
- **Dipl.-Psychologin Dorothee Schalles**
(Zentrale Dienste)
- **RA'in Beate Schlimbach**
(Leistung Wahlleistung)
- **RA Jürgen Schmidt**
(Leistung Wahlleistung)

- **Marco Schmidt**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Betriebswirtin Verena Schönbein**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Stefanie Schoenen**
(Leistung)
- **Dipl.-Math. Marco Schorr**
(Mathematik/Statistik)
- **Olaf Schulze**
(Leistung ambulant)
- **Dipl.-Pflegerwiss. Barbara Schütt**
(Pflege QPP)
- **Sabine Seuß, M.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Nina Seyfried**
(Ombudsman)
- **Dr. med. Hannah Stelberg**
(Leistung ambulant)
- **RA'in Sandy Stephan**
(Ombudsman)
- **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 Pflege)
- **Sébastien Vion, LL.M.**
(Revision)
- **Ass. iur. Judith Vollmer**
(Ombudsman)
- **Ass. iur. Markus Vomweg**
(Leistung stationär)
- **Ass. iur. Angela Vosberg**
(Recht)
- **Stephan-Matthias Wagner, M.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **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)
- **Belinda Wilson**
(Zentrale Dienste)
- **Sven Wollenschein**
(Pflege QPP)

Medizinischer Leiter

- **Dr. Norbert Loskamp**

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

- **Dr. Frank Wild**
(Institutsleiter)
- **Dr. Christine Arentz**
(Projektleiterin)
- **Sonja Hagemeyer, M.Sc.**
(Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
- **Dr. Christian Jacke**
(Projektleiter)
- **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 **Ensle**
(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

Kolde-Ring 21 (LVM), 48126 Münster

Vorstand: Dr. Achim **Kramer**, Abteilungsdirektor
der LVM
* Marcus **Dombrowski**, Spezialist
(LVM, Telefon: 0251 / 7 02-35 58,
Telefax: -99 35 35)

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

Kolde-Ring 21 (LVM), 48126 Münster

Vorstand: Dr. Achim **Kramer**, Abteilungsdirektor
der LVM
* Marcus **Dombrowski**, Spezialist
(LVM, Telefon: 0251 / 7 02-35 58,
Telefax: -99 35 35)

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)

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

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

* Klaus **Böcker**, Handlungsbevollmächtigter
(Continentale, 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**, Spezialist
(LVM, Telefon: 0251 / 7 02-35 58,
Telefax: -99 35 58)

* Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

I.6 Mitgliedsunternehmen

(Stand: Mai 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

famk
FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE

**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

HALLESCHÉ
Private Krankenversicherung

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

HanseMerkur
Versicherungsgruppe

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

**HanseMerkur 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
Aus Tradition günstig

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


INTER Krankenversicherung AG

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


Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

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


Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

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

LIGA

KRANKENVERSICHERUNG KATHOLISCHER PRIESTER VVaG REGENSBURG

LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG

Weißenburgstraße 17, 93055 Regensburg
 Postanschrift: Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
 93055 Regensburg
 Tel.: (0941) 70 81 84-0 / Fax: (0941) 70 81 84-79
 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


Mecklenburgische KRANKENVERSICHERUNGS-AKTIEGESELLSCHAFT
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


NÜRNBERGER VERSICHERUNG
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


Provincial 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 Sterbekasse (KSK) – V.V.a.G.

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



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
Postanschrift: 70467 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0 / Fax: (0711) 34 65 29 98
www.pbeakk.de
uk@pbeakk.de

Trauerfall 2016

Generaldirektor i. R. Jürgen Walter Dietrich List

Ehemaliges Mitglied des Vorstandes, des Hauptausschusses, des Wettbewerb- und Außendienstausschusses, des Sozialpolitischen Arbeitsausschusses, des Ausschusses für Arztfragen, des Ausschusses für Öffentlichkeitsarbeit/Presseausschusses sowie des Ausschusses für das Unternehmensrecht der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der INTER Krankenversicherung a.G.

verstorben am 20. März 2016

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
- Private Kranken- und Pflegeversicherung im Studium
- Die Auslandsreisekrankenversicherung

PKV publik spezial

- Gelebte Solidarität (März 2016)
- Pflegereform 2017 (November 2016)
- Gemeinsam stark (Juni 2017)

„Die PKV in der Niedrigzinsphase“ (Flyer)

„Vorsicht ‚Bürgerversicherung‘“ (Kurzfassung)

„Die PKV als Wirtschaftsfaktor“ (Flyer)

„Fakten zum deutschen Gesundheitssystem“ (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)

„Pflegekompetenz der Privaten Krankenversicherung“ (Flyer)

„Sicher in jeder Lebenslage: Optionen für Privatversicherte.“ (Flyer)

„Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“

Kurzfassung

„Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)“

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 2017)
- für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017)

Brancheneinheitliche Versicherungsbedingungen

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2017)
- 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“

Veröffentlichungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV – WIP

Diskussionspapiere

2016

- 1/2016 "Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014" von Dr. Frank Wild

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

2017

Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick

Verena Finkenstädt

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

- 3/2016: "Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung" von Dr. Frank Wild / Dr. Christine Arentz
- 2/2016: "Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV" von Dr. Christine Arentz / Holger Eich / Dr. Frank Wild
- 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.

