



Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2017



Verband der Privaten
Krankenversicherung



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

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

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

www.pkv.de · info@pkv.de

Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2017

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.....	40
3.4 Sonstiges zu ambulanten Leistungen	42
3.5 Stationäre Leistungen	43
3.6 Private Pflegepflichtversicherung.....	46
4. Rechtliche Entwicklungen im Gesundheits- und Versicherungswesen	59
4.1 Rechtsfragen im Gesundheitswesen	61
4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft.....	61
4.3 Aufsicht, Solvabilität, Rechnungslegung	62
4.4 Internationales.....	63
5. Aktuarielle Schwerpunkte	65
5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2018“	67
5.2 Beitragsanpassungen im Standard- und Basistarif.....	70
6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)	85
Anhang	91
Ehrenmitglieder des Verbandes	93
I. Verbandsorgane.....	93
II. Publikationen des PKV-Verbandes	110

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Großteil der öffentlichen Aufmerksamkeit richtete sich im vergangenen Jahr auf die Bundestagswahl mitsamt dem dazugehörigen Wahlkampf und der langwierigen Regierungsbildung. Bemerkenswert aus Sicht der Privaten Krankenversicherung (PKV) war dabei, dass das Thema „Bürgerversicherung“ – anders als in den vorherigen Wahlkämpfen – so gut wie keine Rolle spielte. Dasselbe galt für die Verhandlungen von CDU/CSU mit Grünen und FDP über eine „Jamaika“-Koalition. Nach deren Scheitern gab es wiederum in der SPD eine kurze Aufwallung rund um deren Sonderparteitag und Mitgliederentscheid, als die Sozialdemokraten plötzlich ihre alte Idee einer Einheitsversicherung zur Bedingung einer erneuten Koalition mit CDU und CSU machen wollten.

In den Koalitionsgesprächen setzte sich aber die Einsicht durch, dass das hervorragend funktionierende deutsche Gesundheitssystem zu wertvoll ist, um ideologische Experimente daran durchzuführen. Der Koalitionsvertrag sieht somit keine Veränderungen an der bewährten Dualität von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung vor. Ihr lebendiger Systemwettbewerb bleibt ein maßgeblicher Garant für die Qualität des deutschen Gesundheitssystems. Auf diesen beiden Säulen ruht eine medizinische Versorgung, die so gut ist wie in kaum einem anderen Land: Mit freier Arztwahl, international rekordverdächtig kurzen Wartezeiten und der Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle.

Die beiden Systeme von GKV und PKV ergänzen sich sehr gut und treiben sich gegenseitig an. Das zeigt sich beispielsweise in ihrem steten Ringen um einerseits möglichst rasche Innovationen und andererseits evidenzbasierte Qualitätssicherung – zum Vorteil aller Versicherten. In diesem Wettbewerb nimmt die PKV häufig die Rolle des Innovationsmotors ein, da neue Verfahren und Medikamente bei ihr keine langwierigen Zulassungsverfahren abwarten müssen. Im Ergebnis sichert die Dualität ein hohes und innovatives Versorgungsniveau für alle Patienten.

Die guten Ergebnisse des dualen Krankenversicherungssystems verdanken sich nicht zuletzt den speziellen Stärken der PKV. Diese ist mit ihren Alterungsrückstellungen ein stabilisierendes Element in unserer alternden Gesellschaft. Zwar trifft die anhaltende Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank, die auf Kosten aller Sparer geht, auch die Privatversicherten. Doch selbst in diesem schwierigen Umfeld bildet die PKV jährlich mehr als zwölf Milliarden Euro zusätzliche Rückstellungen. Sie konnte so ihr Vorsorgevolumen für die Versicherten bis Ende 2017 auf 245 Milliarden Euro steigern. Im Frühjahr 2018 haben die Rückstellungen sogar die 250-Milliarden-Euro-Marke übersprungen.

Zugleich ist die PKV-Branche beim Zukunftsthema Digitalisierung mit Hochdruck unterwegs. So können Privatversicherte künftig per Smartphone auf ihre persönlichen Gesundheitsdaten in einer elektronischen Patientenakte zugreifen. Dieses digitale Angebot erfüllt alle Kernfunktionen aus dem E-Health-Gesetz: Stamm- und Notfalldaten, den Arztbrief, einen Medikationsplan sowie zusätzlich noch einen Impfpass. Dabei gilt: Die Versicherten bestimmen jederzeit selbst, wem sie ihre Daten zur Verfügung stellen.

Sehr weit fortgeschritten sind auch die Vorarbeiten zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte. Hier beweisen Bundesärztekammer und PKV-Verband, dass sie willens und in der Lage sind, gemeinsam eine Lösung für eine angemessene Vergütung der Ärzte in Deutschland zu finden. Der Koalitionsvertrag sieht eine wissenschaftliche Kommission zur Reform der Ärzte-Vergütung vor. Sie soll Vorschläge zur Modernisierung für beide Vergütungssysteme erarbeiten – also sowohl zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als auch zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die gesetzliche Krankenversicherung. Da bieten die Vorarbeiten von Ärzteschaft und PKV-Verband für eine moderne GOÄ eine gute Orientierung. Das gemeinsame Konzept umfasst den neuesten Stand der Medizin, ist offen für eine rasche Integration zukünftiger Innovationen und stärkt die „sprechende Medizin“, also die persönliche Zuwendung der Ärzte zu ihren Patienten.

Weitere konkrete Vorschläge der PKV zur Verbesserung der Kundenfreundlichkeit liegen auf dem Tisch. Sie lassen sich allerdings nur mit Unterstützung des Gesetzgebers verwirklichen. Dies gilt beispielsweise für eine Reform zur Verstetigung der Beitragsanpassungen. Denn nach den geltenden Regeln kann es zu einem Wechsel von mehreren Jahren der Stabilität und dann abrupten Beitragsprüngen kommen. Durch kleine Gesetzeskorrekturen, die im Interesse der Versicherten auch von Verbraucherschützern unterstützt werden, könnte die Beitragsentwicklung in der PKV viel moderater verlaufen.

Außerdem sollte der gut funktionierende PKV-Sozialtarif, der Standardtarif, wieder allen Versicherten offen stehen. Da das Leben nicht immer so läuft wie geplant, will die PKV den Menschen in allen Lebenslagen – auch in sozialer Not – weiterhin gute Lösungen anbieten können. Das erfordert ebenfalls nur eine kleine Gesetzeskorrektur, um den für alle seit 2009 hinzugekommenen Versicherten leider versperrten Weg in den Standardtarif wieder zu öffnen.

Konkrete Verbesserungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber wären überdies bei der steuerlichen Abzugsfähigkeit von betrieblichen Krankenversicherungen angebracht. Angesichts der Alterung der Gesellschaft und des sich verschärfenden Fachkräftemangels in Deutschland wird dieses Instrument moderner Personalpolitik zusehends wichtiger, um die Gesundheit der Mitarbeiter und ihre Bindung an den Betrieb zu unterstützen. Immer mehr Arbeitgeber bieten daher betriebliche Krankenversicherungen für ihre Belegschaften an. Wenn sie mit weniger Steuerbürokratie verbunden wäre, könnte diese sinnvolle Absicherungsmöglichkeit zum Nutzen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern noch attraktiver werden.

Schon heute steht fest, dass der demografische Wandel das über Umlage finanzierte System der GKV an seine Grenzen bringen wird. Um zukünftige Beitragszahler nicht zusätzlich zu belasten, ist es deshalb enorm wichtig, dass möglichst viele Menschen selbst für ihre Bedürfnisse im Alter vorsorgen. Die Privatversicherten bilden einen großen Kapitalstock für die höheren Kosten im Alter – während die GKV ihre steigenden Ausgaben einfach den kleiner werdenden künftigen Generationen überlässt. Umso mehr stärkt der solide Finanzierungsbeitrag der PKV die Gesundheitsversorgung.

Die Private Krankenversicherung steht für den Ausbau der kapitalgedeckten Säule bereit, und zwar in der Krankenversicherung ebenso wie in der Pflegeversicherung. Sie trägt mit ihrer Vorsorge maßgeblich zur nachhaltigen und generationengerechten Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens

bei. Mit dem Koalitionsvertrag hat die Politik das Gesamtsystem stabilisiert und Rückschritte vermieden. Nun müssen weitere Schritte folgen, damit die Gesundheits- und Pflegepolitik im Interesse aller Bürger zukunftsfest gemacht werden kann.

Köln, im Juni 2018



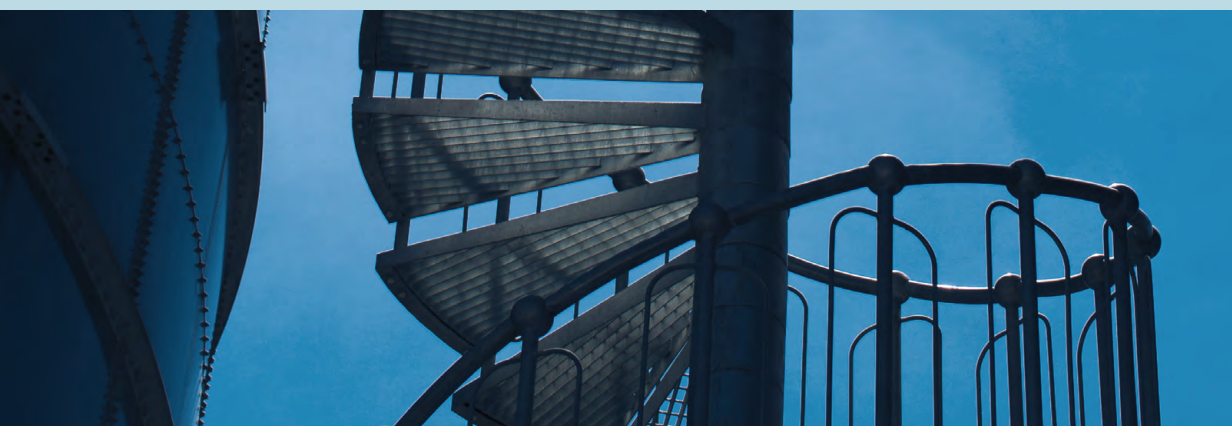
Uwe Laue
Vorsitzender



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 2017 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 2017 bekannt gegeben. Die zurzeit neuesten exakten Zahlen sind im Zahlenbericht 2016 (www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/) sowie auf unserer Internetseite www.pkv-zahlenportal.de zu finden.

Der Verband hatte Ende 2017 41 ordentliche und sieben außerordentliche Mitglieder; zwei Unternehmen stellten verbundene Einrichtungen dar.

41 ordentliche Mitgliedsunternehmen¹

- 16 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- 25 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	
	2017	2016	2017	2016
Anzahl der Unternehmen am Jahresende	16	17	25	24
Anzahl der Vollversicherten	4.520.900	4.500.600	4.232.500	4.272.100
Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent	51,65	51,30	48,35	48,70
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	16.065	15.254,7	22.945	22.003,6
Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent	41,18	40,94	58,82	59,06

R17/1102 – Werte für 2017 vorläufig

11 Aktiengesellschaften waren Tochterunternehmen von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 5.126 Mio. Euro machten 13,1 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 39.010 Mio. Euro beträgt 69,4 Prozent. Der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung liegt bei über 10 Prozent. Im Jahr 2017 hat sich der Bestand in der Vollversicherung minimal um 0,2 Prozent (bzw. 19.300 Personen) verringert.

	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen	8.753.400	8.772.700	- 19.300	- 0,2

R17/1201 – Werte für 2017 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	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Übertritte zur PKV	129.300	129.100	+ 200	+ 0,2
Abgänge zur GKV	133.800	130.600	+ 3.200	+ 2,5
Differenz	- 4.500	- 1.500	- 3.000	+ 200,0

R17/1202 – Werte für 2017 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.

	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung	280.500	280.200	+ 300	+ 0,1

R17/1203 – Werte für 2017 vorläufig

Im Jahr 2017 waren fast 50 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.

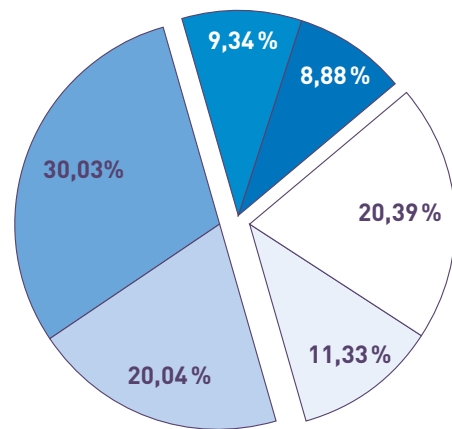
Wanderungsbewegung

Bruttoneuzugang

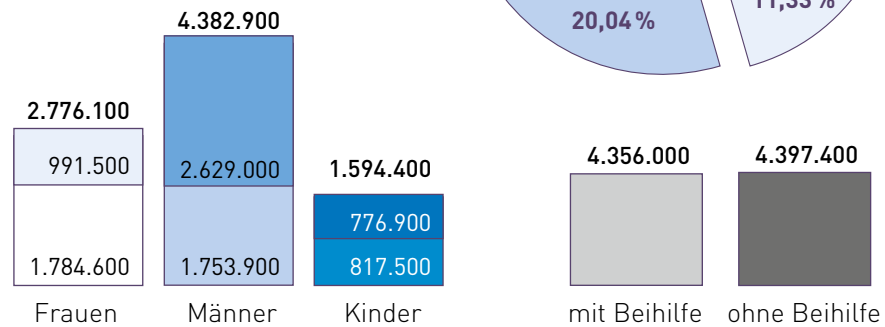
Zusammensetzung des Bestands

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2017

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



absolut



R17/1204 – Werte für 2017 vorläufig

Wahlleistungen im Krankenhaus

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

	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus	7.104.100	7.026.400	+77.700	+1,1

R17/1205 – Werte für 2017 vorläufig

Krankentagegeld

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

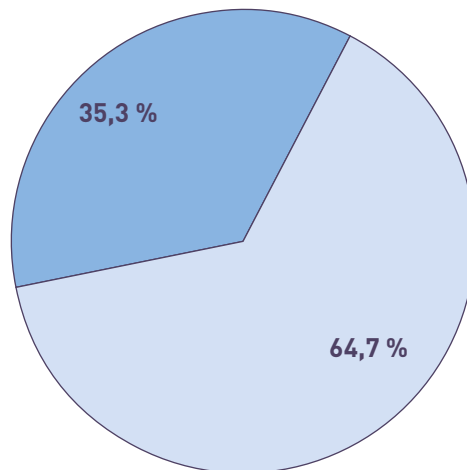
	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
vollversicherte Personen mit Krankentagegeld	1.759.800	1.813.300	-53.500	-3,0

R17/1206 – Werte für 2017 vorläufig

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

Versichertenstruktur in der Krankentagegeldversicherung für vollversicherte Personen 2017

- Arbeitnehmer
- Selbstständige



R17/1207 – Werte für 2017 vorläufig

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

Standardtarif

versicherte Personen im Standardtarif ¹	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	6.500	6.500	0	0,0
ohne Beihilfe	43.700	40.800	+2.900	+7,1
insgesamt	50.200	47.300	+2.900	+6,1
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV ²	419	462	-43	-9,3

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.

R17/1208 – Werte für 2017 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 Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen begrenzt und muss bei Hilfebedürftigkeit des Versicherten halbiert werden.

versicherte Personen im Basistarif ¹	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
insgesamt	31.400	30.300	+ 1.100	+ 3,6
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif	1.900	2.100	- 200	- 9,5
aus der Nichtver- sicherung (seit 2009)	12.800	12.800	0	0,0
aus der GKV ²	500	500	0	0,0
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	14.700	13.500	+ 1.200	+ 8,9
Wechsel zwischen den Unternehmen	900	900	0	0,0
sonstiger Zugang	600	500	+ 100	+ 20,0
Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit³	18.300	17.500	+ 800	+ 4,6

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.

R17/1209 – Werte für 2017 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	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
mit Beihilfe	8.200	7.600	+ 600	+ 7,9
ohne Beihilfe	98.000	95.600	+ 2.400	+ 2,5
insgesamt	106.200	103.200	+ 3.000	+ 2,9

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

R17/1210 – Werte für 2017 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	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	3.035.700	3.035.000	+ 700	0,0
Männer	4.692.000	4.725.900	- 33.900	- 0,7
Kinder	1.599.000	1.614.200	- 15.200	- 0,9
insgesamt	9.326.700	9.375.100	- 48.400	- 0,5

R17/1211 – Werte für 2017 vorläufig

Zusatzversicherungen

Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, hält seit Jahren an. So erhöhte sich der Bestand auch 2017 wieder in fast allen Zusatzversicherungsarten.

Zusatz- versicherungen ¹	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Frauen	12.400.600	12.131.100	+269.500	+2,2
Männer	10.520.300	10.302.600	+217.700	+2,1
Kinder	2.599.000	2.650.200	-51.200	-1,9
insgesamt	25.519.900	25.083.900	+436.000	+1,7

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

R17/1212 – Werte für 2017 vorläufig

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2017	2016	Veränderung	
				absolut	in Prozent
ambulante Tarife	Frauen	3.790.000	3.704.300	+85.700	+2,3
	Männer	2.948.000	2.884.500	+63.500	+2,2
	Kinder	1.285.300	1.331.000	-45.700	-3,4
	insgesamt	8.023.300	7.919.800	+103.500	+1,3
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.733.900	2.711.700	+22.200	+0,8
	Männer	1.959.400	1.926.900	+32.500	+1,7
	Kinder	1.418.700	1.420.000	-1.300	-0,1
	insgesamt	6.112.000	6.058.600	+53.400	+0,9
Zahntarife	Frauen	7.977.900	7.780.000	+197.900	+2,5
	Männer	6.077.400	5.914.600	+162.800	+2,8
	Kinder	1.609.700	1.677.300	-67.600	-4,0
	insgesamt	15.665.000	15.371.900	+293.100	+1,9
insgesamt¹	Frauen	9.765.800	9.503.900	+261.900	+2,8
	Männer	7.427.300	7.208.700	+218.600	+3,0
	Kinder	2.390.200	2.423.200	-33.000	-1,4
	insgesamt	19.583.300	19.135.800	+447.500	+2,3

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

R17/1213 – Werte für 2017 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		2017	2016	Veränderung	
				absolut	in Prozent
Kranken-tagegeld-versicherung¹	Frauen	1.030.000	1.009.700	+20.300	+2,0
	Männer	2.574.400	2.580.500	-6.100	-0,2
	Kinder	7.800	7.200	+600	+8,3
	insgesamt	3.612.200	3.597.400	+14.800	+0,4
Kranken-haustagegeld-versicherung	Frauen	3.097.300	3.110.100	-12.800	-0,4
	Männer	3.518.000	3.554.000	-36.000	-1,0
	Kinder	1.125.100	1.139.200	-14.100	-1,2
	insgesamt	7.740.400	7.803.300	-62.900	-0,8
Pflegezusatz-versicherung²	Frauen	1.103.300	1.075.400	+27.900	+2,6
	Männer	1.355.400	1.336.600	+18.800	+1,4
	Kinder	274.100	264.700	+9.400	+3,6
	insgesamt	2.732.800	2.676.700	+56.100	+2,1
davon					
Pflege-tagegeld-versicherung	Frauen	1.026.700	1.000.100	+26.600	+2,7
	Männer	1.242.600	1.224.400	+18.200	+1,5
	Kinder	255.800	246.200	+9.600	+3,9
	insgesamt	2.525.100	2.470.700	+54.400	+2,2
Pflegekosten-versicherung	Frauen	135.700	133.400	+2.300	+1,7
	Männer	187.700	186.400	+1.300	+0,7
	Kinder	37.900	37.400	+500	+1,3
	insgesamt	361.300	357.200	+4.100	+1,1
geförderte Pflegezusatz-versicherung	Frauen	448.500	417.100	+31.400	+7,5
	Männer	381.500	356.200	+25.300	+7,1
	Kinder	4.000	3.900	+100	+2,6
	insgesamt	834.000	777.200	+56.800	+7,3

1 In diesen Angaben sind auch die vollversicherten Personen mit Krankentagegeldversicherung enthalten.

2 Manche Personen haben sowohl eine Pfl egetagegeld- als auch eine Pflegekostenversicherung abgeschlossen. Sie werden in der Gesamtsumme der Pflegezusatzversicherung aber nur einmal gezählt.

R17/1214 – Werte für 2017 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	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
Auslandsreisekrankenversicherung	24.874.100	26.302.000	- 1.427.900	- 5,4

R17/1215 – Werte für 2017 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	2017	2016	Veränderung	
			absolut	in Prozent
versicherte Personen¹	672.500	606.800	+ 65.700	+ 10,8
Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)	6.057	4.894	+ 1.163	+ 23,8

¹ Betriebliche Krankenversicherungen fließen auch in die Gesamtzahl der Zusatzversicherungen und der jeweiligen Zusatzversicherungsart mit ein.

R17/1216 – Werte für 2017 vorläufig

1.3 Erträge

Beitragseinnahmen

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

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	2017	2016	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	27.090	26.116,7	+ 975	+ 3,7
Pflegeversicherung	2.600	2.165,1	+ 435	+ 20,1
Zusatzversicherungen	8.530	8.158,0	+ 370	+ 4,5
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	5.615	5.412,0	+ 205	+ 3,8
Krankentagegeldversicherung	1.125	1.133,5	- 10	- 0,9
Krankenhaustagegeldversicherung	485	497,1	- 10	- 2,0
Pflegezusatzversicherung	1.030	890,6	+ 140	+ 15,7
geförderte Pflegezusatzversicherung	275	224,8	+ 50	+ 22,2
Besondere Versicherungsformen	790	818,5	- 30	- 3,7
davon				
Auslandsreisekrankenversicherung	355	397,8	- 45	- 11,3
Spezielle Ausschnittversicherungen	150	152,7	- 5	- 3,3
Beihilfeablöseversicherung	270	255,3	+ 15	+ 5,9
Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung	15	12,7	0	0,0
insgesamt	39.010	37.258,3	+ 1.750	+ 4,7
insgesamt ohne Pflegeversicherung	36.410	35.093,2	+ 1.315	+ 3,7

* Werte gerundet

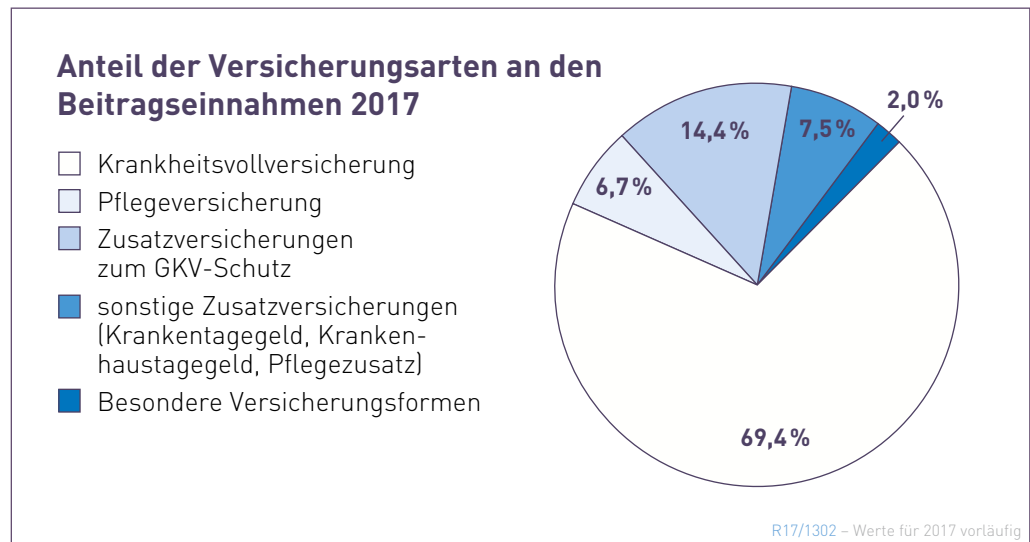
Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten

R17/1301 – Werte für 2017 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	2017	2016	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankheits- vollversicherung	2.715	1.767,0	+950	+53,8
Pflegeversicherung	725	8,7	+720	+8.275,9
Zusatzversicherungen	285	268,4	+20	+7,5
Besondere Versicherungsformen	0	0,0	0	0,0
insgesamt	3.725	2.044,1	+1.680	+82,2

* Werte gerundet

R17/1303 – Werte für 2017 vorläufig

1.4 Aufwendungen

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Sie betragen im Jahr 2017 insgesamt 27.185 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 108,7 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2016 betrug dieser Wert 106,4 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 2.265,4 Mio. Euro – 49,4 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Leistungen an die
Versicherten

Leistungen an Versicherte	2017	2016	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	25.915	25.542,7	+370	+1,4
Pflegeversicherung	1.270	1.049,6	+220	+21,0
insgesamt	27.185	26.592,3	+595	+2,2

* Werte gerundet

R17/1401 – Werte für 2017 vorläufig

Die Kosten je Versicherten sind deutlich geringer gestiegen als im Vorjahr (2016: plus 3,1 Prozent). Die folgende Übersicht zeigt die Veränderung der Leistungen, bereinigt um den Bestandszuwachs:

Veränderung der
Versicherungsleistungen

Veränderung der Versicherungsleistungen 2016 / 2017 je Versicherten	Veränderung in Prozent
ambulante Leistungen	+ 1,9
davon	
Arztbehandlung	+ 1,5
Heilpraktikerbehandlung	+ 0,9
Arzneien und Verbandmittel	+ 3,3
Heilmittel	+ 0,4
Hilfsmittel	+ 1,2
stationäre Leistungen	+ 2,3
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 3,7
Wahlleistung Chefarzt	- 2,6
Wahlleistung Einbettzimmer	+ 3,5
Wahlleistung Zweibettzimmer	+ 5,5
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 0,2
Zahnleistungen	+ 0,7
davon	
Zahnbehandlung	+ 0,9
Zahnersatz	+ 0,4
Kieferorthopädie	+ 2,8
Versicherungsleistungen für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+ 1,8

R17/1402 – Werte für 2017 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 2017:

Alterungs- rückstellungen	2017	2016	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Krankenversicherung	210.500	200.164,9	+ 10.335	+ 5,2
Pflegeversicherung	34.500	32.554,7	+ 1.945	+ 6,0
insgesamt	245.000	232.719,6	+ 12.280	+ 5,3

* Werte gerundet

R17/1403 – Werte für 2017 vorläufig

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

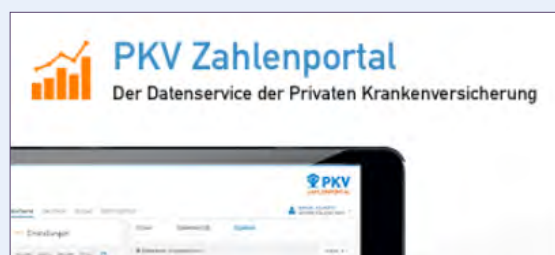
Verwaltungs- und
Abschlussaufwendungen

Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen	2017	2016	Veränderung*	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Abschlussaufwendungen	2.430	2.440,4	- 10	- 0,4
Verwaltungsaufwendungen	905	869,1	+ 35	+ 4,0
insgesamt	3.335	3.309,5	+ 25	+ 0,8

* Werte gerundet

R17/1404 – Werte für 2017 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

Das Jahr 2017 stand ganz im Zeichen von Wahlen. Erst das Saarland, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein, dann die Bundestagswahl und schließlich die vorgezogene Neuwahl in Niedersachsen. Die „Bürgerversicherung“ – d. h. die Transformation der dualen Krankenversicherung in ein Einheitssystem – stand während des gesamten Wahlkampfes 2017 nicht auf der politischen Agenda. Wenn die Bürgerversicherung diskutiert wurde, dann konzentrierten sich die politischen Befürworter vor allem darauf, Teilschritte in ihre Richtung zu priorisieren, wie die Schaffung einer einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder ein Wahlrecht für Beamte zwischen einem Arbeitgeberzuschuss zur GKV-Absicherung und der klassischen Kombination aus Beihilfe und PKV-Restkostenversicherung. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen war insbesondere seit Bekanntwerden des Hamburger Sonderwegs regelmäßig Gegenstand der öffentlichen Stellungnahmen der PKV.

Die Private Krankenversicherung hat sich 2017 vor allem aber mit den Herausforderungen der Zukunft beschäftigt. Sie hat ihre digitale Agenda weiterentwickelt und mit Hochdruck an ihrer Alternative zur elektronischen Gesundheitskarte gearbeitet. Und auch die Reform der GOÄ ist auf einem guten Weg, zumal der Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer darin bestärkte, das gemeinsame GOÄ-Projekt mit der PKV zu vollenden. Bei dieser Novellierung soll eine Versorgung nach dem neuesten Stand der Medizin, eine rasche Integration zukünftiger Innovationen und die persönliche Zuwendung des Arztes eine zentrale Rolle spielen.

Dem Vorbild der von der PKV gegründeten gemeinnützigen Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“, die innerhalb weniger Jahre zum führenden Kompetenzzentrum in der deutschen Pflege-Szene geworden ist, folgt nun die gemeinnützige Einrichtung der PKV „Stiftung Gesundheitswissen“, die in der laienverständlichen Vermittlung des medizinischen Wissens völlig neue Wege beschreitet und im Kampf gegen Über- oder Fehlversorgung auf die Stärkung der Patientenkompetenz setzt. Der Prototyp dieser neuen Wissensplattform ist 2017 an den Start gegangen.

Auch ihr Präventionsengagement hat die PKV weiter feinjustiert: Die Präventionsprojekte wurden zuletzt um innovative Bewegungsangebote für ältere Menschen innerhalb und außerhalb von Pflegeheimen erweitert. Nicht zuletzt dank dieses Engagements wurde der PKV-Verband in diesem Jahr Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz.

Die Bürgerversicherung im Bundestagswahlkampf 2017

Die Forderung nach einer „Bürgerversicherung“ ist mittlerweile 15 Jahre alt. Im Kern zielt sie auf die GKV-Versicherungspflicht für alle – auch als Bedingung der Möglichkeit, die Versicherungsbeiträge anzuheben und der GKV neue Einnahmequellen zu erschließen, ohne dass dies freiwillig Versicherte durch die heutige Option, sich in der PKV zu versichern, verhindern könnten. Dieser radikale Ansatz hat sich nie zu einem Konsensmodell der sozialen Sicherung entwickeln können und führt regelmäßig zu politischer Polarisierung und Protest. So war im Wahlkampf 2017, den die SPD unter dem großen Schild „Mehr Gerechtigkeit“ führte, die „Bürgerversicherung“ in der Rhetorik der SPD, als größte der drei Bürgerversicherungsparteien, deutlich zurückgetreten. Zwar

fand sich der Begriff weiterhin in den Wahlprogrammen, doch dies vor allem vor dem Hintergrund seiner identitätsstiftenden Funktion für relevante Teile der Mitgliederbasis und in klarer Abgrenzung zur Union. Auf dem Wählermarkt indes sprach die SPD andere Themen an.

Vieles spricht dafür, dass die „Bürgerversicherung“ auch bei den Sondierungen für eine „Jamaika-Koalition“ aus Union, FDP und Bündnis 90/Die Grünen nicht auf die Agenda von Koalitionsverhandlungen gelangt wäre, schließlich sprachen sich mit Union und FDP gleich zwei Verhandlungspartner für die Beibehaltung der Dualität in der Krankenversicherung aus. Erst nachdem der Versuch einer Regierungsbildung nach der Bundestagswahl am 24. September 2017 scheiterte, die FDP aus den Sondierungsgesprächen ausstieg und sich Union und SPD langsam auf eine Annäherung zubewegten, rückte die Private Krankenversicherung wieder in den politischen und medialen Fokus, indem die SPD die „Bürgerversicherung“ – im Widerspruch zu ihrem Agenda-Setting im Wahlkampf – zur Bedingung einer erneuten Koalition mit CDU/CSU machte. Hintergrund war eine strategische Kehrtwende: Hatte die SPD erst am Wahlabend ihre Partnerschaft in einer Großen Koalition ausgeschlossen, erklärte sie sich nun doch – nach der Intervention des Bundespräsidenten und in Ermangelung anderer Regierungsoptionen – bereit, intern eine Regierungsbildung mit der Union auszuloten. Die Bürgerversicherung hatte dabei vor allem das Ziel, hierfür parteipolitisch zu mobilisieren und zu integrieren. So machte Johannes Kahrs, Sprecher des Seeheimer Kreises der SPD klar, dass die Sondierungsergebnisse einem SPD-Sonderparteitag standhalten müssten. Dies schien offenbar nur möglich, wenn die SPD ein größeres Projekt umsetzen kann: „Die erwarteten Inhalte und die Bürgerversicherung gehört dazu.“¹

Die vehemente Forderung der SPD nach einer „Bürgerversicherung“ hat bei der CDU/CSU die beharrliche Ablehnung dieses Konzepts verstärkt. Noch vor der Aufnahme von offiziellen Sondierungsgesprächen lehnte die CSU auf ihrem Parteitag diese Kernforderung der Sozialdemokraten ab. Und auch Angela Merkel machte deutlich: „Das wird nicht klappen, so schön der Ausdruck auch ist.“² Einen breiten gesellschaftlichen Widerstand gegen jede Form der Bürgerversicherung artikulierten auch Ärzte, Arbeitgeber, Beamte und Angestellte: Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, sah in der Bürgerversicherung einen „Turbolader in die Zwei-Klassen-Medizin“,³ der Deutsche Beamtenbund sah in ihr eine „fahrlässige Sozialpolitik“, die die medizinische Versorgung für alle teurer und schlechter mache.⁴ Und auch der GKV-Spitzenverband warnte vor Überlegungen in Richtung Bürgerversicherung, die „auf dem Rücken der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung“⁵ ausgetragen würden. Selbst im Bürgerversicherungslager gab es skeptische Stimmen: Boris Palmer, Oberbürgermeister Tübingens und Mitglied bei Bündnis 90/Die Grünen, plädierte dafür, „lieber an anderen Stellschrauben“ zu drehen, da die Bürgerversicherung zu teuer sei und zu viele rechtliche und praktische Probleme mit sich bringe.⁶

Für die Private Krankenversicherung bedeutete dieses kritische Echo auf die Bürgerversicherungsvorstöße der SPD allerdings keine Entwarnung. Zwar stand

1 SPD macht Bürgerversicherung zur GroKo-Bedingung, procontra online vom 8. Dezember 2017.

2 Dr. Angela Merkel auf dem Parteitag der CSU am 15. Dezember 2017.

3 Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 27. November 2017.

4 Pressemitteilung des Deutschen Beamtenbunds vom 30. November 2017.

5 Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands vom 3. Januar 2018.

6 Boris Palmer auf Twitter am 8. Januar 2018 sowie auf facebook am 11. Januar 2018.

die große Systemreform mit einem Verbot des PKV-Neugeschäfts und einem Wechselrecht für PKV-Bestandsversicherte in die GKV nicht zu Debatte. Vielmehr verfolgte die SPD ihre neue Strategie, die einzelne Elemente identifiziert, die für die Einführung einer „Bürgerversicherung“ entscheidend sind und deren schrittweise Umsetzung – in welcher Reihenfolge auch immer – angestrebt wird. Im Zentrum stehen dabei folgende zwei Überlegungen:

- Die unterschiedliche Vergütung von gesetzlich und privat Versicherten sollen aufgehoben werden, um unter anderem Wartezeiten zu egalisieren und eine bedarfsgerechte Verteilung von Vertragsärzten zu erleichtern. Eine einheitliche Gebührenordnung ist das Ziel.
- Die GKV soll für Beihilfeberechtigte attraktiver gestaltet werden, indem öffentliche Arbeitgeber ihren Beamten einen Arbeitgeberzuschuss gewähren können. Dieser Vorschlag wurde nicht zuletzt infolge der Initiative des Landes Hamburg zu einem politischen Thema und verdrängte die ursprünglich auch von vielen Bürgerversicherungsvertretern bejubelte Idee einer GKV-Versicherungspflicht für Beamte, wie sie von der Bertelsmann-Stiftung zu Jahresanfang im Rahmen einer sehr umstrittenen Studie vorgelegt worden ist. Der Vorstoß des Hamburger Senats für eine Änderung der Beamtenbeihilfe birgt allerdings nicht nur sozialpolitische und rechtliche Risiken, sondern verschweigt auch die tatsächlichen Folgekosten für die Steuerzahler. Angesichts hoher Mehrkosten ist es nicht überraschend, dass andere Bundesländer das Hamburger Modell verworfen haben.

Mit welcher Bürgerversicherungsstrategie auch immer – ob durch eine radikale Reform oder durch flexible Bausteine: Eine Notwendigkeit, das duale Krankenversicherungssystem abzuschaffen, gibt es bis heute nicht. Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Entsprechend groß ist die Zustimmung der Bevölkerung. So zeigt eine Umfrage des Allensbach-Instituts von 2017: Über 90 Prozent der Menschen sind mit ihrer Krankenversicherung zufrieden. Laut Dr. Klaus Reinhardt, Chef des Hartmannbundes, jage die SPD mit der „Zwei-Klassen-Medizin“ ein „Phantom“.⁷ Und auch wissenschaftliche Studien entziehen diesem Vorwurf jegliche Grundlage:

- Wartezeiten spielen in Deutschland im europäischen Vergleich im Versorgungsalltag nicht die Rolle, die ihnen in der gesundheitspolitischen Debatte oftmals attestiert wird: 76 Prozent der deutschen Patienten erhalten am selben oder nächsten Tag einen Termin beim Hausarzt. Mit diesem Ergebnis liegt Deutschland auf Platz eins aller befragten Länder. Das zeigt eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP).⁸
- Deutschlands internationaler Spitzenplatz in der medizinischen Versorgung drückt sich auch im Zugang aller Patienten – egal ob gesetzlich oder privat versichert – zum medizinischen Fortschritt aus. Eine Studie des PKV-Verbandes legt erstmals die strukturellen Ursachen dieser Innovationsmotorik dar.⁹
- Alle Patienten haben hierzulande einen direkten Zugang zum Facharzt ihrer Wahl. Das ist in der Mehrzahl der anderen europäischen Länder ausgeschlossen. Das belegt eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der

7 Pressemitteilung des Hartmannbundes vom 22. Januar 2018.

8 Finkenstädt, Verena: Wartezeiten auf Arzttermine Eine methodische und empirische Kritik an der Debatte, WIP-Diskussionspapier 3/17.

9 Loskamp, Norbert et al.: Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV – Die Rolle der Privaten Krankenversicherung (PKV), GPK-Sonderausgabe 2017.

PKV (WIP), die auf Basis eines umfassenden Quellenstudiums den Zugang zur Gesundheitsversorgung in Europa untersucht (siehe Seite 89).¹

Warum die „Bürgerversicherung“ das gut funktionierende Nebeneinander von GKV und PKV gewaltsam aushebeln will, wird umso erklärungsbedürftiger, wenn man sich die Transaktionskosten eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts ansieht. Auch hierzu haben Studien die argumentative Basis im Wahlkampf 2017 verbreitert:

- Nach einer Untersuchung des WIP leisten Privatpatienten für das medizinische Versorgungssystem in Deutschland einen überdurchschnittlichen, von Finanz- und Wirtschaftskrisen unabhängigen und stabilen Finanzierungsbeitrag. Von einer modernen personell gut ausgestatteten Praxisinfrastruktur profitieren alle Patienten gleichermaßen. Diese erheblichen Finanzmittel würde eine „Bürgerversicherung“ der medizinischen Infrastruktur entziehen (siehe Seite 89).²
- Eine Abschaffung der Privaten Krankenversicherung würde neben Arbeitsplätzen in der PKV auch alle Arbeitsplätze gefährden, die indirekt oder induziert an deren Wertschöpfungskette hängen. So hat das WifOR-Institut, das für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie jährlich die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung erstellt, nach derselben Methode auch den ökonomischen Fußabdruck der PKV errechnet und sich unter anderem die Frage gestellt, welche wirtschaftlichen Folgen es hätte, wenn der heutige PKV-Mehrumsatz entfielen. Im Ergebnis würde sich die Bruttowertschöpfung in Deutschland um 13,4 Milliarden Euro reduzieren, wodurch über 300.000 Arbeitsplätze insbesondere in der Versorgung bedroht wären.³
- Eine Untersuchung der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft zeigt, dass ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt zu erhöhten Personalnebenkosten und damit zu einer Absenkung der Wettbewerbsfähigkeit der Arbeitsplätze in Deutschland führt.⁴

Unverändert gilt daher die bereits vor etwa 14 Jahren getroffene Feststellung des heutigen Vizepräsidenten des Bundesverfassungsgerichts, Prof. Dr. Ferdinand Kirchhof, zur „Bürgerversicherung“: „Sie steht vor verfassungsrechtlichen Barrieren, ist in ihren Auswirkungen nicht genügend bedacht und wird keine Beitrags- und Leistungsäquivalenz herbeiführen. Sie dürfte kaum das erstrebenswerte Modell zukünftiger sozialer Risikoabdeckung werden.“⁵

1 Finkenstädt, Verena: Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV, 2017.

2 Hagemeister, Sonja/Wild, Frank: Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/17 sowie Kaiser, Hans-Joachim: Experiment Bürgerversicherung – Bedrohung der medizinischen Infrastruktur. Oder: Was für die ambulant tätigen Ärzte und ihre Patienten auf dem Spiel steht!, Verbandes der privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V., 2017.

3 Ostwald, Dennis: Der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung in Deutschland – Quantifizierung der volkswirtschaftlichen Bedeutung der PKV im Kontext der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR) des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi), WifOR-Institut, 2016/2017.

4 Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V.: Lohnzusatzkosten in der Bürgerversicherung, 2017.

5 Prof. Dr. Ferdinand Kirchhof: Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten-„Bürgerversicherung“, Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 1/2004, S. 7.

Fortsetzung der PKV-Reformagenda

Im Jahr 2017 hat die PKV ihre eigene Reformagenda konsequent fortgesetzt und weitere Detailverbesserungen vorgenommen:

- Die PKV-Branche hat weiter an ihrem digitalen Angebot in Form einer App gearbeitet, die alle Kernfunktionen des E-Health-Gesetzes erfüllt – dies aber unter der Gestaltungsprämisse der versichertenzentrierten Patientenakte. Diese App ermöglicht dem Versicherten ein selbstständiges Management seiner Gesundheitsdaten und stärkt ihn in seiner Entscheidungskompetenz im Behandlungspfad. In einer weiteren Ausbaustufe wird auch der digitale Austausch von Informationen der Versicherten mit ihren Ärzten und ihren Versicherungsunternehmen möglich sein. Die PKV-Unternehmen werden im Wettbewerb weitere individuelle Servicefunktionen anbieten, wie beispielsweise die Abrechnung per App oder ein digitales individuelles Versorgungsmanagement.
- Die Verhandlungen zwischen PKV, Beihilfe und der Bundesärztekammer zur Modernisierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind weiter voran gekommen. Nachdem der Konsens mit ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden gefunden wurde, hat der Deutsche Ärztetag der Bundesärztekammer Rückenwind bei den Verhandlungen für eine novellierte GOÄ gegeben. Die GOÄ-Novelle sorgt für eine überfällige Modernisierung der Leistungsbeschreibung, schafft damit Transparenz und mindert Abrechnungsstreit.
- Damit die Privatversicherten jederzeit die für sie beste Tarifoption finden und auswählen können, hatte die Branche im Vorjahr Leitlinien zum unternehmensinternen Tarifwechsel erarbeitet, die das geltende Recht versichertenfreundlich auslegen und durch Selbstverpflichtungen der Unternehmen erweitert wurden. Das Bestehen dieser Tarifwechselleitlinien hat sich 2017 erstmalig geährt. Der Service für Versicherte ist damit noch besser geworden: Umfragen zufolge sind 93 Prozent der Privatversicherten mit ihrem Krankenversicherungsunternehmen zufrieden oder sehr zufrieden, insbesondere mit der medizinischen Versorgung sind es laut dem Meinungsforschungsinstitut Allensbach 95 Prozent.
- Mit dem Lübecker Modell „Bewegungswelten“ gewinnen Pflegebedürftige durch alltagsnahes und effektives Training Kraft und Mobilität zurück. Das neue Sportprogramm ist Teil des von der PKV finanzierten Programms „Älter werden in Balance“. Nach einer erfolgreichen Pilotphase startete 2017 die qualitätsgesicherte bundesweite Implementierung des Modells. Nicht zuletzt dank dieses Engagements wurde der PKV-Verband in diesem Jahr Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz.
- Die von der PKV ins Leben gerufene „Stiftung Gesundheitswissen“ ist 2017 mit dem Prototyp einer umfangreichen neuen Wissensplattform an die Öffentlichkeit gegangen. Am Beispiel des Themas Kniearthrose zeigt die Stiftung, wie sie zukünftig ihren Stiftungszweck – die Stärkung der Gesundheitskompetenz in Deutschland – verwirklichen möchte (www.stiftung-gesundheitswissen.de).
- 2017 war für den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung das erste vollständige Berichtsjahr als anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz, mit dem der Gesetzgeber umfangreiche Erweiterungen des Schlichtungsverfahrens

vorgesehen hatte. Die geringe Beschwerdequote von 0,015 Prozent bezogen auf alle Versicherungsverträge macht auch in diesem Jahr deutlich, dass die Versicherten mit ihrer Privaten Krankenversicherung größtenteils zufrieden sind (www.pkv-ombudsmann.de).

Die PKV hat weitere Vorschläge zur Verbesserung der Versichertenfreundlichkeit auf den Tisch gelegt, die allerdings der Unterstützung des Gesetzgebers bedürfen. Die PKV wird sich für die Fortsetzung ihrer Reformagenda auch in der Gesetzgebung einsetzen: Dazu gehört z. B. die Öffnung des Standardtarifs auch für Versicherte mit Zugang ab 1. Januar 2009, die Modifizierung der Beitragsanpassungsregelungen zur Vermeidung von Beitragssprüngen oder die steuerliche Förderung der betrieblichen Krankenversicherung.

PKV im Gesetzgebungsprozess

Mit Eintritt in die parlamentarische Sommerpause 2017 endete die dritte Große Koalition. 28 Gesetze und 40 Verordnungen hat der Bundesgesundheitsminister in den letzten vier Jahren durch das Kabinett gebracht. Zu den großen Themen zählen dabei die Reformen in der Pflege, das Versorgungsstärkungsgesetz, die Krankenhausreform, die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung, das E-Health-Gesetz und das Präventionsgesetz.

Die Gesetzesvorhaben seit 2013 waren allerdings auch mit massiven Leistungsausweitungen verbunden. Vier Jahre konnte die Gesundheitspolitik aus vollen Kassen betrieben werden, die Wirtschaft florierte. Auch die demografische Lage war freilich sehr komfortabel, denn noch nie waren so viele Menschen in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Spätestens wenn die Generation der „baby boomer“ in Rente geht und damit ins Lager der Transferempfänger in der umlagefinanzierten GKV wechselt und die Ausgabendynamik auch aufgrund des medizinischen Fortschritts steigt, wird diese expansive Ausgabenpolitik an ihre Grenzen stoßen und revidiert werden müssen.

Auch die letzten Wochen vor der parlamentarischen Sommerpause 2017 – die Spitzenkandidaten für die Bundestagswahl waren bereits proklamiert und der Wahlkampf eröffnet – hat der Bundesgesundheitsminister genutzt, um die verbliebenen Vorhaben des Koalitionsvertrags umzusetzen und Kompromisse auszuhandeln:

Das bereits im Jahr 2016 kontrovers diskutierte Gesetz zur Reform der Pflegeausbildung wurde kurz vor der Sommerpause von Bundestag und Bundesrat verabschiedet. Ziel war es, die Pflegeberufe zukunftsgerecht weiterzuentwickeln, attraktiver zu gestalten und inhaltliche Qualitätsverbesserungen vorzunehmen. Die Ausbildung sollte modernisiert werden, indem sie an die sich wandelnden Versorgungsstrukturen und die sich ändernden Pflegebedarfe angepasst wird (siehe Seite 57).

Kern des Gesetzes ist die Zusammenführung der bisher getrennt geregelten Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen Berufsabschluss mit der Bezeichnung „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“. Das Gesetz sieht weiterhin Qualitätsverbesserungen in der Ausbildung vor und führt ein generalistisches Pflegestudium an Hochschulen ein. Reformiert wurde darüber hinaus die Finanzierung der Pflegeausbildung. Diese wird für die Auszubildenden künftig kostenlos sein und über Landesausbildungsfonds, an denen alle Akteure des Pflegebereichs über ein bundesweites Umlageverfahren finanziell beteiligt sind,

finanziert werden. Auf die Private Kranken- und Pflegeversicherung kommen durch das Gesetz jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 32 Millionen Euro zu.

Drei Jahre hatten das Bundesgesundheits-, das Bundeswirtschafts- und das Bundesforschungsministerium mit Herstellern, Gewerkschaften und Vertretern aus der Wissenschaft über die Sicherung des Pharmastandortes Deutschland beraten. Heraus kam das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AM-VSG), mit dem die Ergebnisse des Pharmadialogs in weiten Teilen umgesetzt werden (siehe Seite 41). Darüber hinaus werden die durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführten Instrumente aufgrund der bisherigen Erfahrungen weiterentwickelt.

Die PKV begrüßt, dass das Gesetz auf die Vertraulichkeit der Erstattungsbeträge verzichtet, da diese zu Mehrausgaben und zu Belastungen der Selbstzahler geführt hätte. Der PKV-Verband hatte weiter gefordert, eine gesetzliche Preisregulierung für die ambulante Abgabe von Zytostatika durch Krankenhausapotheken vorzusehen. Der Gesetzgeber hat sich der Problematik nunmehr angenommen: Zukünftig werden die Vorschriften der Arzneimittelpreisverordnung gelten. Zudem wurde das Preismoratorium für solche Arzneimittel, die ansonsten keiner Preisregulierung unterliegen, bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert. Diese Regelung trägt wirksam zur Bezahlbarkeit der Beiträge zur Privaten Krankenversicherung bei.

Im Zuge der parlamentarischen Beratungen für ein Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) für gesetzlich Versicherte wurde von den Regierungsfractionen ein sachfremder Änderungsantrag eingebracht, der die Angleichung der Möglichkeiten der finanziellen Absicherung von privat krankenversicherten selbstständig erwerbstätigen Frauen mit denen der gesetzlich Versicherten vorsah. Mit Beschluss dieses Vorschlags wurden die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung verpflichtet, in sämtlichen Krankentagegeldversicherungen den Verdienstaufschlag während der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz sowie am Entbindungstag durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen, soweit der versicherten Person kein anderweitiger angemessener Ersatz für den Verdienstaufschlag zusteht. Der PKV-Verband hält diese Regelung für ordnungspolitisch und rechtlich bedenklich: Die Gewährung von Mutterschaftsgeld ist eine gesamtstaatliche Aufgabe, die in der GKV steuerfinanziert wird, hier aber Privatversicherten – auch durch den Eingriff in bestehende Verträge – übergewälzt wird.

Mit dem Gesetz zur Anpassung des Datenschutzrechts an die EU-Datenschutz-Grundverordnung wurde das Bundesdatenschutzgesetz neu konzipiert. Das betrifft die PKV insofern, als die Verarbeitung von Gesundheitsdaten für die Durchführung von Versicherungsverhältnissen, insbesondere Kostenerstattung und Prämienkalkulation unabdingbar ist.

Durch das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften erhalten schwer- und chronisch kranke Patienten künftig Arzneimittel, die aus Cannabisblüten und –extrakten hergestellt sind, wenn eine entsprechende vom Arzt festgestellte Indikation vorliegt und das Arzneimittel in der Apotheke erworben wird. Kontrolliert werden sollen Anbau und der Vertrieb von Cannabisblüten über eine staatliche Cannabisagentur.

Ziel des Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebesubstanzen ist es, die Versorgung mit Blut- und Gewebesubstanzen und Arzneimitteln für neuartige Therapien zu verbessern. Weiterhin sieht das Gesetz

GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz

Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz

Weitere gesetzgeberische Vorhaben

die Einrichtung eines Hämophilieregisters vor, welches therapierelevante Daten von allen Patienten mit Störungen des Blutgerinnungssystems sammeln soll.

2.2 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes

Die deutschlandweite Informationskampagne „Für unsere Gesundheit“ war auch im Jahr 2017 das sichtbarste Projekt der Abteilung Kommunikation. Sie zeigt zum einen, warum das deutsche Gesundheitssystem eines der besten der Welt ist, zum anderen drückt sie die Wertschätzung all jenen Menschen gegenüber aus, die täglich für unser aller Gesundheit arbeiten. Unterstützt wurde diese Botschaft weiterhin durch die Internetseite www.dankesagen.de, auf der sich Besucher persönlich bei all denen aus dem Gesundheitsbereich bedanken können, die ihnen konkret geholfen haben. Das Informationsangebot wurde sehr gut angenommen: Die Landingpage der Kampagne und das Portal dankesagen.de verzeichneten im vergangenen Jahr über 175.000 Besucher mit fast 215.000 Seitenaufrufen. Seit März 2017 wird die Kampagne auch mit einem Facebook-Kanal des PKV-Verbandes verbreitet, der auf zunehmendes Interesse trifft. Zum Jahresende hatte die Seite bereits über 9.000 Fans und verzeichnete mehr als 5,1 Millionen Seitenaufrufe. Die Aktion „Dankesagen“ wurde um einen Kampagnen-Blog erweitert, mit dessen ersten 14 Artikeln bereits 18.000 Seitenaufrufe erreicht wurden.



Ein Höhepunkt der Öffentlichkeitsarbeit des PKV-Verbandes war zudem der erstmals durchgeführte bundesweite Wettbewerb „Deutschlands beliebteste Pflegeprofis“, mit dem ein herausragendes Engagement in der Pflege ausgezeichnet wurde. Fast 1.000 Pflegerinnen, Pfleger und Pflege-Teams aus ganz Deutschland wurden von Patienten, Angehörigen, Freunden und Kollegen für den Wettbewerb vorgeschlagen. In einer Online-Abstimmung wurden schließlich 16 Landessieger gekürt und vor Ort mit individuellen Preisverleihungen ausgezeichnet. In einer

zweiten Online-Abstimmung wurden aus dem Kreis der Landessieger die drei Erstplatzierten auf Bundesebene gewählt. Sie alle wurden im September beim „Fest der Pflegeprofis“ im Berliner Reichstag ausgezeichnet. Mit mehr als 25.000 Stimmabgaben, über 200.000 Besuchern auf der Internetseite, großem Echo in den Medien und begeisterten Reaktionen aus Politik und Pflege-Szene war der Wettbewerb ein herausragender Erfolg. Dies bestätigte auch die Auszeichnung des Wettbewerbs mit dem renommierten „Politik Award“. In der Begründung der Expertenjury hieß es: „Das Megathema Pflege ist ohne den Einsatzwillen von Millionen Pflegekräften nicht zu bewältigen. Doch viele von ihnen vermissen die öffentliche Anerkennung ihres anspruchsvollen Berufs. Die Auszeichnungs-Kampagne ‚Deutschlands beliebteste Pflegeprofis‘ veranlasste Zigtausende, ihre Wertschätzung für die stillen Helden zu zeigen, und schuf Aufmerksamkeit in Politik und Gesellschaft.“



PKV publik Das Magazin des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.



Zentrale Aufgaben

Zur Erfüllung ihrer zentralen Aufgabe, die Öffentlichkeit aktiv über alle für die Branche relevanten Themen zu informieren, hat die Abteilung Kommunikation die Online-Präsenz des PKV-Verbandes weiter ausgebaut. Dazu gehörte die Veröffentlichung zahlreicher selbstproduzierter Video-Interviews mit prominenten Unterstützern des dualen Systems und der PKV („Starke Stimmen“) auf www.pkv.de als zentraler Informationsplattform. Die Funktionalität der PKV-Homepage wurde ausgebaut, die Suchfunktion auf der Seite optimiert und die Vernetzung mit sozialen Medien wie Twitter oder Facebook weiter verbessert. Die PKV-Internetseite besuchten im Jahr 2017 mehr als 530.000 Menschen, die mehr als 1,2 Millionen Seiten aufriefen. Im Normalbetrieb, also ohne zusätzliches Aufkommen infolge laufender Anzeigenkampagnen, verzeichnete die Seite rund 40.000 Besucher pro Monat.

Das PKV-Serviceportal „derPrivatpatient.de“ wurde 2017 redaktionell durch ein erweitertes Angebot aktueller Nachrichten ausgebaut. Die Zahl der Besucher stieg dadurch um 70 Prozent auf fast 190.000. Mit nahezu täglich aktuellen Tweets hat der PKV-Verband auch die Zahl der Follower auf Twitter weiter gesteigert. Sie wuchs um 26 Prozent auf rund 2.000 Personen, insbesondere aus dem Bundestag, den Parteien und den Medien sowie den Fachverbänden der Gesundheits- und Pflege-Szene. An den gleichen Personenkreis richtet sich auch der PKV-Newsletter. Dessen Reichweite wuchs 2017 um 30 Prozent auf knapp 2.000 Empfänger.

Auch die klassischen Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit wie Pressemitteilungen, Pressekonferenzen und andere öffentliche Veranstaltungen wurden weiterhin genutzt. Wichtig waren 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. Aufgrund der guten Erfahrungen mit den PKV-Themenheften im Magazinformat wurde 2017 ein weiteres Heft zum Thema Dualität von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung produziert und mit einer Gesamtauflage von 78.000 Exemplaren verbreitet. Zudem wurden vier Kurzbroschüren (Flyer) neu erstellt bzw. überarbeitet.

Schwerpunkte der Verbandskommunikation

Im Jahr 2017 standen die Bundestagswahl sowie die vier Landtagswahlen auch für die Öffentlichkeitsarbeit des PKV-Verbandes im Mittelpunkt, zumal die Parteien SPD, Grüne und Linke jeweils wie schon in den vorangegangenen Wahlkämpfen das Thema „Bürgerversicherung“ wieder mit auf ihre Agenda setzten. Mit der Kampagne „Für unsere Gesundheit“ und über zahlreiche andere Kanäle informierte der PKV-Verband daher schon frühzeitig und umfassend über die vielen Vorteile des deutschen Gesundheitssystems mit seiner bewährten Dualität von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. Tatsächlich fanden diese Argumente in den politischen Debatten und in den Medien auch ihren Niederschlag. Das wurde insbesondere deutlich, als nach dem Scheitern der „Jamaika“-Sondierungen zwischen Union, FDP und Grünen dann im Vorfeld der Gespräche über eine große Koalition aus den Reihen der SPD der Ruf nach Umsetzung ihrer alten „Bürgerversicherungs“-Idee laut wurde. Als das Thema plötzlich als mögliche Bedingung für eine Koalitionsbereitschaft der SPD ernsthaft fokussiert wurde, zeigte die nahezu durchweg kritische Kommentierung in den Leitmedien, dass dort ein starkes Bewusstsein dafür gewachsen ist, dass Deutschland eines der weltweit besten Gesundheitssysteme hat und eine „Bürgerversicherung“ eher negative Folgen hätte. In der öffentlichen Berichterstattung wurde die Idee der SPD jedenfalls wesentlich skeptischer begleitet als in vorangegangenen Wahlkämpfen von 2013 und 2009.

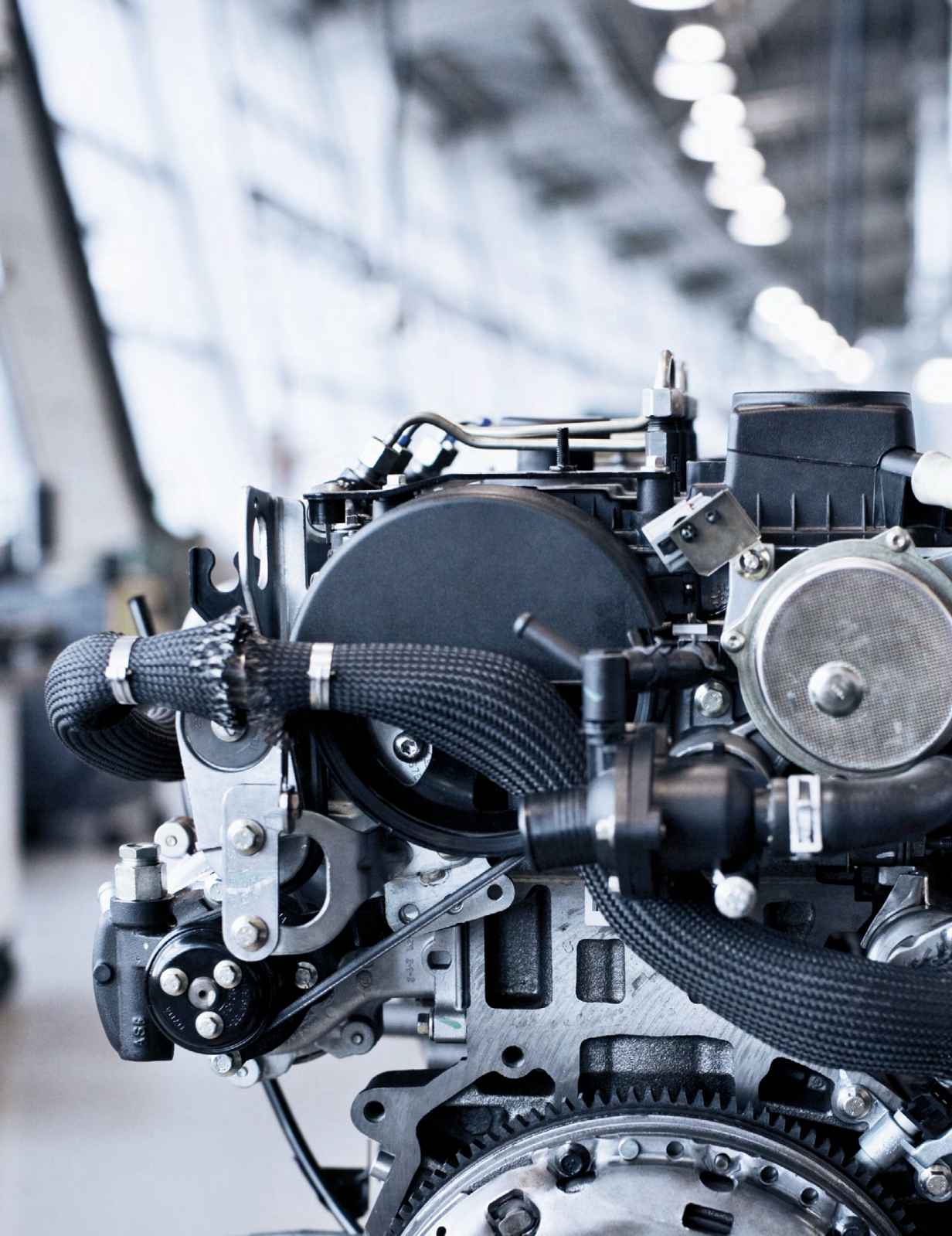
PKV-Informationsstand

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 BDA-Arbeitgebertag, der Wirtschaftstag des CDU-Wirtschaftsrats, der Deutschlandtag der Jungen Union, der dbb-Gewerkschaftstag und der MIT-Bundesmittelstandstag. 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 2017 bei zahlreichen aktuellen Anlässen zeitnah Informationen, Lageeinschätzungen und Argumentationshilfen des Verbandes. Die alljährliche Fachtagung mit den Pressesprechern der Mitgliedsunternehmen fand im Mai in Köln statt.



3. Entwicklungen im Leistungsbereich



3.1 Gebührenordnung für Ärzte

GOÄ-Novelle

Die Verhandlungen mit der Bundesärztekammer (BÄK) über einen gemeinsamen Entwurf einer neuen, modernen und transparenten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Referenzgebührenordnung für das gesamte ärztliche Leistungsspektrum in Deutschland sind im Jahre 2017 auf beiden Seiten mit hohem Engagement fortgeführt worden. Ein Großteil der zu bewältigenden Aufgaben konnte bereits abgeschlossen werden. Das gilt für die Erstellung des Paragrafenteils der GOÄ und wesentliche Teile des Gebührenverzeichnisses, also der Leistungstexte inklusive der Allgemeinen Bestimmungen und Abrechnungsbestimmungen. Über 130 ärztliche Berufsverbände und medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften sind unter Federführung der BÄK in die Überarbeitung der Leistungsinhalte und nachfolgend der Bewertungen einbezogen worden. Die Delegierten des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg (23. – 26. Mai 2017) haben bereits über den Paragrafenteil beraten, nachdem sämtliche Ärzteverbände sich zuvor hiermit befassen konnten. Die Delegierten des Deutschen Ärztetages haben keine Einwände erhoben. Die Verhandlungspartner sind daher sehr zuversichtlich, dass im Laufe des Jahres 2018 die Leistungslegenden und Bewertungen final vereinbart werden können, so dass der neuen Bundesregierung das von Ärzteschaft und PKV/Beihilfe gemeinsam getragene Ergebnis überreicht werden kann. In Übereinstimmung mit der BÄK appelliert die PKV an die künftige Bundesregierung, die Novelle der GOÄ auf der Grundlage des gemeinsamen Vorschlages von BÄK, PKV und Beihilfeträgern umzusetzen und somit die Transparenz, Rechtssicherheit und Modernisierung der privatärztlichen Abrechnungsgrundlage im Sinne aller Beteiligten (Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie PKV/Beihilfe) sicherzustellen.

Vereinbarung zur privaten hausärztlichen telemedizinischen Versorgung

Zum 1. Juni 2017 hat der PKV-Verband eine telemedizinische Rahmenvereinbarung – „Vereinbarung zur privaten hausärztlichen telemedizinischen Versorgung“ – mit der Tele-Arzt-GmbH (TAG), deren Träger u. a. der Deutscher Hausärzteverband ist, geschlossen. Alle Mitgliedsunternehmen haben die Möglichkeit dieser Rahmenvereinbarung beizutreten.

Ziel dieser Rahmenvereinbarung ist die Sicherstellung und die bessere Versorgung bestimmter älterer, multimorbider und immobiler Privatpatienten insbesondere in ländlichen Regionen mit langen Anfahrtszeiten für ärztliche Hausbesuche. An Stelle des Hausarztes übernimmt die telemedizinische Versorgungsassistentin (sog. Tele-VERAH) des behandelnden Hausarztes, eine speziell weitergebildete medizinische Fachangestellte, die Fahrt zum Patienten, überprüft dort den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten unter anderem durch Wiegen, Blutdruck- und Blutzuckermessung, EKG, Messung der Sauerstoffsättigung oder Messung des Luft- und Atemvolumens. Diese Daten werden in Echtzeit in die Hausarztpraxis übermittelt, die Verantwortung liegt weiterhin in den Händen des zuständigen Hausarztes. Er kann sich jederzeit per Video mit der „Tele-VERAH“ verbinden und behandlungsrelevante Anweisungen geben.

Verhandlungen mit der BÄK über die GOÄ-Novelle schreiten voran

Tele-Arzt-Vertrag

Vereinbarung mit der PHV-Stiftung zu Sachkostenpauschalen der Dialyse

Der PKV-Verband unterhält seit 2001 mit dem Kuratorium für Heimdialyse (KfH) eine Vereinbarung über die Dialyseversorgung privat versicherter Patientinnen und Patienten. Gegenstand der Vereinbarung ist insbesondere die Vergütung der bei der Dialysebehandlung anfallenden Sachkosten nach vertraglich vereinbarten Pauschalen. Das KfH ist Marktführer im Bereich der Dialyseanbieter mit über 200 Nierenzentren und 20 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die Gemeinnützige Stiftung Patienten-Heimversorgung (PHV) – hinter dem KfH der zweitgrößte Dialyseanbieter mit etwa 10 Prozent Marktanteil – hat um Abschluss einer gleichartigen Kooperation mit dem PKV-Verband nachgesucht. Die PKV hat infolgedessen im Jahre 2017 mit der PHV im Benehmen mit den Beihilfekostenträgern eine Vereinbarung über nichtärztliche Dialysekosten geschlossen. Die Kooperation mit der PHV ist geeignet, Kostensteigerungen bei den nichtärztlichen Dialysekosten entgegenzuwirken, zugleich aber auch eine qualitativ hochwertige Dialyse-Versorgung Privatversicherter zu gewährleisten und nicht zuletzt den Verwaltungsaufwand auf Seiten der Mitgliedsunternehmen – insbesondere bei der Rechnungsprüfung – zu reduzieren.

3.2 Gebührenordnung für Zahnärzte

Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen von BZÄK, PKV-Verband und Beihilfe

Das im April 2013 gegründete Gremium konnte auch in seinem fünften Geschäftsjahr positive Ergebnisse vorweisen. In einer Sitzung haben sich PKV-Verband, Beihilfeträger und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) auf fünf weitere Beschlüsse zu nachfolgenden Themen geeinigt:

- Computergesteuerte Anästhesie
- Berechnung „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“
- Berechnungsweise der GOZ-Nr. 2030
- Zugriff auf die GOÄ für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
- GOÄ-Nr. 5000

Wie auch in der Vergangenheit sind die Sitzungen des Beratungsforums, dem die BZÄK, die Beihilfekostenträger und der PKV-Verband angehören, geprägt von gegenseitigem Respekt und einer harmonischen und vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre. Die Beschlüsse sind in Form eines Online-Artikels auf der [Internetseite](#) des PKV-Verbandes Ende Mai 2017 veröffentlicht worden.

Urteile/Beschlüsse zur GOZ

Im Jahr 2017 ergingen zahlreiche Urteile zu strittigen Themen der GOZ. Insbesondere beim Thema „GOZ-Nr. 2197 im Zusammenhang mit der Eingliederung eines Brackets (GOZ-Nr. 6100)“ musste die PKV trotz großem Engagement (siehe [Online-Artikel GOZ-Nrn. 2197 und 6100](#)) einige negative Entscheidungen hinnehmen. Die Rechtmäßigkeit der Nebeneinanderberechnung wurden vom AG Potsdam (Urteil vom 02.03.2017, Az.: 33 C 53/15) und vom AG Ludwigsburg (Urteil

vom 19.07.2017, Az.: 6 C 2064/16) bestätigt, nur das AG Riedlingen (Urteil vom 15.04.2017, Az.: 1C 209/15) hat die Nebeneinanderberechnung nicht anerkannt.

Die Rechtsauffassung des PKV-Verbandes, wonach das „Ausgliedern von Bögen“ Leistungsbestandteil der Kernpositionen der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 ist, wird auch vom AG Potsdam (Urteil vom 02.03.2017, Az.: 33 C 53/15), vom AG St. Wendel (Urteil vom 21.03.2017, Az.: 13 C 661/16 (05)), vom AG Lörrach (Urteil vom 29.03.2017, Az.: 4 C 1166/16) und vom AG Riedlingen (Urteil vom 15.04.2017, Az.: 1C 209/15) geteilt, das AG Ravensburg (Urteil vom 19.01.2017, Az.: 5 C 887/16) und das AG Ludwigsburg (Urteil vom 19.07.2017, Az.: 6 C 2064/16i) haben gegenteilig entschieden. Das AG Ravensburg (Urteil vom 16.02.2017, Az.: 5 C 27/16) hat festgestellt, dass es sich bei der KFO-Berechnung der Kernpositionen (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080) abzüglich der BEMA-Positionen um eine nicht rechtmäßige Doppelberechnung handelt. Das VG Chemnitz (Urteil vom 08.03.2017, Az.: 3 K 2107/14) schließt sich den Erkenntnissen der Fachwelt an, dass derzeit kein wissenschaftlicher Konsens im Hinblick auf die Geeignetheit und Wirksamkeit der photodynamischen Therapie in der Parodontologie vorliegt oder unmittelbar bevorsteht.

Bei der „einzelfallbezogenen Begründung bei Faktorerhöhung“ hat sich die PKV bzw. Beihilfe beim AG Lörrach (Urteil vom 29.03.2017, Az.: 4 C 1166/16), beim AG Riedlingen (Urteil vom 15.04.2017, Az.: 1C 209/15) und beim VG Saarland (Urteil vom 26. Mai 2017, Az.: 6 K 468/16) durchgesetzt. Das LG Münster (Beschluss vom 11.04.2017, Az.: O 15 S 5/16) hat in einem Hinweisbeschluss, wonach anschließend die Berufung zurückgenommen wurde, keine medizinische Notwendigkeit für ein Einzelzahnimplantat bei behandlungsbedürftigen Nachbarzähnen gesehen, vielmehr wäre eine Brücke indiziert gewesen. Bei der Thematik GOZ-Nr. 2197 neben den GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120 konnte sich die PKV vor dem AG Siegburg (Urteil vom 24.07.2017, Az.: 116 C 29/15) trotz vieler vorangegangener positiver Entscheidungen nicht durchsetzen (siehe Online-Artikel GOZ-Nr. 2197 neben den GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120).

Online-Artikel

In einer umfangreichen Stellungnahme hat der PKV-Verband noch einmal die wesentlichen Argumente nahezu aller bisher zu diesem Thema ergangenen Urteile aufgegriffen und einer ausführlichen gebührenrechtlichen und zahnmedizinischen Bewertung unterzogen. Auch wenn inzwischen die Mehrzahl der ergangenen Urteile die Nebeneinanderberechnungsfähigkeit der GOZ-Nrn. 2197 und 6100 bejaht, soll die Stellungnahme den Mitgliedsunternehmen dabei helfen, positive Gerichtsurteile zu erstreiten. Andernfalls wird es immer schwieriger, die Auffassung der PKV in der Praxis aufrechtzuerhalten. Diese fundierte Stellungnahme steht allen am Thema Interessierten, vor allem Patientinnen und Patienten, auf der [Webseite des PKV-Verbandes](#) zur Verfügung.

Um einer ähnlichen Entwicklung wie bei der zuvor erwähnten Thematik vorzubeugen, hat der PKV-Verband zum Thema „GOZ-Nr. 2197 neben Adhäsivfüllungen“ auch eine ausführliche Stellungnahme verfasst. Aktuell haben sich fünf Gerichte gegen die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben den Adhäsivfüllungen ausgesprochen. Drei Gerichte befürworteten zum Stand der Veröffentlichung des Artikels die Nebeneinanderberechnung, eine ist zwischenzeitlich hinzugekommen. Eine obergerichtliche Entscheidung existiert aktuell noch nicht. Der PKV-Verband sagt seinen Mitgliedsunternehmen und privat versicherten bzw. beihilfeberechtigten Patientinnen und Patienten ausdrücklich

Stellungnahme des PKV-Verbandes zur Nebeneinanderberechnung der GOZ-Nrn. 2197 und 6100 (März 2017)

Stellungnahme des PKV-Verbandes zur Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben den Adhäsivfüllungen (GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120) / (Juni 2017)

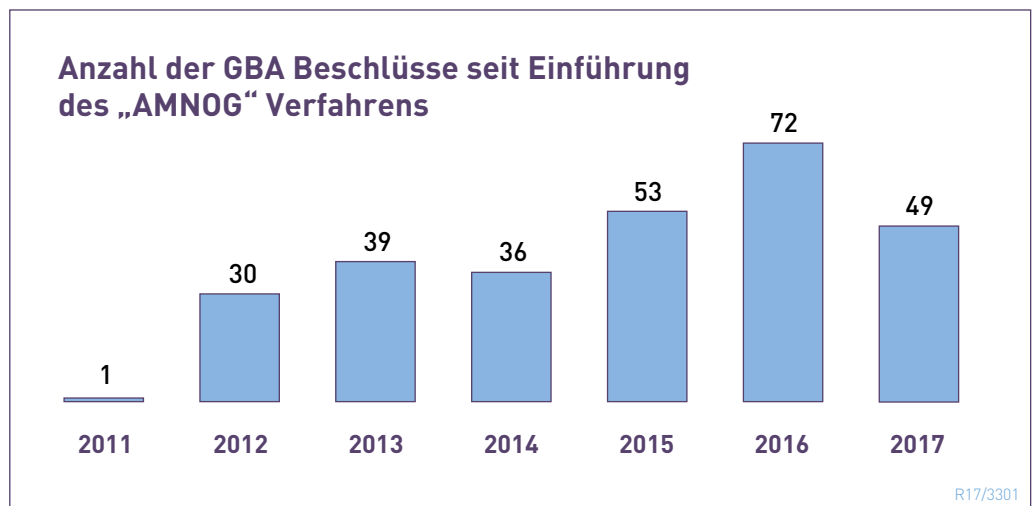
umfassende argumentative Unterstützung in rechtlicher und zahnmedizinischer Hinsicht bei den vorstehenden Themen zu.

3.3 Arzneimittel

Erstattungsbetragsverfahren nach § 130b SGB V

Seit 2011 führt der Gemeinsame Bundesausschuss (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 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (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 oder Zulassung eines neuen Anwendungsgebietes. Können die Verhandlungsparteien sich nicht einigen, entscheidet eine Schiedsstelle über den Erstattungsbetrag.

Die Zahl der abgeschlossenen Bewertungsverfahren und Verhandlungen ist seit Beginn stark ansteigend. Einige Wirkstoffe wurden und werden u. a. wegen neu zugelassener Indikationen oder ehemals befristeter Beschlüsse bereits mehrfach bewertet. Auch kommt es bei bereits verhandelten Wirkstoffen nach Kündigungen der Vereinbarungen zu Neuverhandlungen.



Im Jahr 2017 wurden in Folge der G-BA Beschlüsse 51 Erstattungsbetragsvereinbarungen abgeschlossen und in 10 Fällen der Erstattungsbetrag durch die Schiedsstelle festgesetzt. In einigen Fällen laufen Klageverfahren.

Im Internet finden Sie weitere Informationen zu:

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

Inkrafttreten des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (GKV-AMVSG)

Das GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (GKV-AMVSG) ist zu den Artikeln 1 und 3 bis 7 am 13. Mai 2017 in Kraft getreten. Die Verfahren zur Nutzenbewertung und zur Preisbildung von Arzneimitteln in der GKV wurden weiterentwickelt. Zugleich sollen neue Wirkstoffe möglichst schnell für Patienten verfügbar sein. Außerdem werden die Besonderheiten von Kinderarzneimitteln bei der Nutzenbewertung stärker berücksichtigt sowie für Antibiotika die Resistenzsituation bei der Nutzenbewertung mit einbezogen. Im Fall von neuen Forschungsergebnissen wird die Wartefrist für eine erneute Bewertung des Zusatznutzens verkürzt und Ärzte werden besser über die Ergebnisse der Nutzenbewertung informiert.

Während es entgegen ursprünglicher Überlegungen keine vertraulichen Preisvereinbarungen der Erstattungsbeträge für Arzneimittel geben wird, kann es im Rahmen des Verfahrens dennoch zu rückwirkenden Differenzbeträgen zwischen den festgesetzten Erstattungsbeträgen und den tatsächlichen Abgabepreisen kommen.

Den Ausgleichsanspruch auf die Differenzbeträge der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Kostenträger nach beamtenrechtlichen Vorschriften gegenüber den pharmazeutischen Unternehmen hat der Gesetzgeber in einem neuen § 1a im Gesetz über Rabatte für Arzneimittel (AMRabG) eindeutig geregelt, einhergehend mit einem direkten Zugriffsrecht zur Einziehung der Differenzbeträge durch die zentrale Einzugsstelle ZESAR GmbH, die auch bereits die Arzneimittelrabatte des § 130a SGB V einzieht.

Zugleich wurde das seit 2010 geltende Preismoratorium für erstattungsfähige Arzneimittel über das Jahr 2017 hinaus bis Ende des Jahres 2022 verlängert. 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.

Für parenterale Zubereitungen aus Arzneimitteln zur Krebsbehandlung (Zytostatika) ist die Ausschreibungsmöglichkeit der Krankenkassen entfallen. Dafür werden Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmafirmen ermöglicht sowie verpflichtend die Vereinbarung neuer Preise in der sogenannten Hilfstaxe für Apotheker festgelegt. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet eine Schiedsstelle. Weil die Hilfstaxe für die PKV nicht gilt, ist davon auszugehen, dass die schon heute bestehenden Preisunterschiede noch weiter zu Ungunsten der Versicherten in der PKV auseinanderlaufen werden.

Berechnung überhöhter Preise für die Abgabe onkologischer Zubereitungen durch Krankenhausapotheken

Erfreulicherweise führte die Informationspolitik des PKV-Verbandes dazu, dass eine planwidrige Regelungslücke geschlossen wurde, wonach Krankenhausapotheken bei der Abgabe von parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur ambulanten Versorgung von der Preisbindung der Arzneimittelpreisvereinbarung ausgenommen waren. Dadurch kam es teilweise zu frivolen Preisaufschlägen von bis zu 75 Prozent für Privatversicherte gegenüber den für die GKV berechnungsfähigen Sätzen – und das alleine durch die

GKV-AMVSG

§ 1a AMRabG

§ 1 Abs. 3 Nr. 1 AMPPreisV

massive Überschreitung des Listenpreises, wobei hier die zum Teil erheblichen Einkaufsvorteile der Apotheken (weit unter dem Listenpreis) beim Erwerb der Krebsmedikamente noch gar nicht eingerechnet sind. Hochgerechnet hätte es hier nach eigenen Berechnungen zu Mehrbelastungen für privat Versicherte im deutlich zweistelligen Mio.-Euro-Bereich kommen können. Der Gesetzgeber hat die Regelungslücke durch eine Ergänzung des § 1 Abs. 3 Nr.1 AMPPreisV jetzt geschlossen.

3.4 Sonstiges zu ambulanten Leistungen

Reichweite der Prüfungsrechte der Versicherer nach § 9 Abs. 2 MB/KK

Mit Beschluss vom 22. Februar 2017 (Az.: IV ZR 260/14) hat der BGH eine Nichtzulassungsbeschwerde gegen das Urteil des OLG Oldenburg vom 13. Juni 2014 (Az.: 5 U 2/14) zurückgewiesen und damit die Auffassung des OLG Oldenburg zur Reichweite der Prüfungsrechte des Versicherers nach § 9 Abs. 2 MB/KK bestätigt. Das OLG Oldenburg hat entschieden, dass der Versicherer nicht auf gezielte Einzelfragen beschränkt ist (§ 9 Abs. 2 MB/KK), sondern diagnostische Unterlagen, anhand derer die medizinische Notwendigkeit des konkreten Behandlungsfalles ersichtlich wird und dadurch die Einstandspflicht des Versicherers festgestellt werden kann, einfordern darf.

Erhöhtes Risiko einer Brustkrebserkrankung als „Krankheit“ im Sinne des Beihilferechts

Mit Urteil vom 28. September 2017 (Az.: 5 C 10.16) hat das BVerwG entschieden, dass es eine Krankheit im Sinne des Beihilferechts darstellen kann, wenn wegen einer Genmutation sowie wegen einer familiären Vorbelastung ein erhöhtes Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, vorliegt. Geklagt hatte eine Beamtin, bei der die behandelnden Ärzte eine Wahrscheinlichkeit von 80 Prozent an Brustkrebs zu erkranken festgestellt hatten. Sie beehrte die Übernahme der Kosten für eine vorsorgliche operative Brustdrüsenentfernung mit nachfolgender Implantatrekonstruktion ihrer Brüste. Den Antrag auf Übernahme dieser Kosten lehnte die Beihilfestelle mit der Begründung ab, dass die Klägerin (noch) nicht an Brustkrebs erkrankt sei und ein Anspruch auf Beihilfe nur im Falle einer Erkrankung und nicht für vorsorgliche Maßnahmen bestehe.

Die Richter des BVerwG teilten diese Auffassung im Ergebnis nicht. Zunächst stellten sie fest, dass sich der beihilferechtliche Krankheitsbegriff im Grundsatz mit dem entsprechenden Begriff im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung decke, wie er durch die Rechtsprechung des BSG entwickelt worden sei. Danach sei – neben anderen Voraussetzungen – grundsätzlich nur krank, wer in seinen körperlichen oder geistigen Funktionen beeinträchtigt sei. Bei der nicht an Brustkrebs erkrankten Klägerin fehle es an einer solchen Funktionsbeeinträchtigung. Das BSG habe aber in Fällen eines erhöhten Erkrankungsrisikos verschiedentlich auch ohne aktuelle Funktionsbeeinträchtigung das Vorliegen einer Krankheit angenommen. Eine Krankheit im beihilferechtlichen Sinne liege daher auch dann vor, wenn eine auf Tatsachen gestützte konkrete Gefahr einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung bestehe. Dabei sei Voraussetzung, dass die schädigenden Folgen, die im Falle des Ausbruchs der Krankheit eintreten, so schwerwiegend sind, dass die Behandlungsbedürftigkeit

Beschluss des BGH vom 22. Februar 2017 (Az.: IV ZR 260/14)

Urteil des BVerwG vom 28. September 2017 (Az.: 5 C 10.16)

bereits vor Realisierung der Gefahr zu bejahen sei. In derartigen Fällen sei es den Betroffenen nicht zuzumuten, dem Geschehen seinen Lauf zu lassen und sich auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen zu beschränken, so das Gericht. Da die Feststellungen der Vorinstanz den Richtern nicht ausreichten, um ein Urteil zu fällen, verwiesen sie die Sache an das Berufungsgericht zurück.

3.5 Stationäre Leistungen

Verhandlungen auf Bundes- und Landesebene

Die dem Verband der Privaten Krankenversicherung vom Gesetz übertragenen Selbstverwaltungsaufgaben wurden auf Bundes- und Landesebene wieder an vielen Stellen wahrgenommen. Die Mitwirkung erfolgte unter anderem bei den Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten (LBFW), dem Bundesbasisfallwert (BBFW), der Fallpauschalenverordnung (FPV), der Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV), dem DRG-Systemzuschlag, den Ausbildungsfonds auf Länderebene, den Zuschlägen zur externen stationären Qualitätssicherung, der Bestimmung der Besonderen Einrichtungen. Im August 2017 wurde mit Beteiligung des PKV-Verbandes die „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung“ geschlossen.

Die Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten

Sämtliche 16 Landesbasisfallwerte konnten für 2017 auf dem Vereinbarungswege konsentiert werden. Sechs der Genehmigungen erfolgten allerdings erst zum 1. März oder später. Alle Landesbasisfallwerte für 2017 können im [Internet](#) abgerufen werden.

Bundesbasisfallwert 2018

Anhand der von den Landeskrankenhausgesellschaften zur Jahresmitte übermittelten Parameter der aktuellen Landesbasisfallwerte (Landesbasisfallwert, Ausgabenvolumen, Summe der effektiven Bewertungsrelationen) errechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich den BBFW und den zugehörigen Basisfallwertkorridor.

Der errechnete Wert ist die Basis für die Vereinbarung des BBFW auf Bundesebene. Unter Berücksichtigung der anteiligen Tariferhöhungsrates für 2017 in Höhe von 0,16 Prozent sowie des Veränderungswertes in Höhe von 2,97 Prozent für den Vereinbarungszeitraum 2018 ergeben sich für den Bundesbasisfallwert und die Korridor Grenzen, die die Landesbasisfallwerte an den bundeseinheitlichen Wert angleichen, folgende Werte: Bundesbasisfallwert 2018: 3.467,30 Euro; obere Korridor Grenze: 3.553,98 Euro (+2,5%), untere Korridor Grenze: 3.431,93 Euro (-1,02%).

Veränderungswert/Orientierungswert für Krankenhäuser

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes jährlich bis zum 30. September den Orientierungswert für Krankenhäuser. 2018 liegt dieser mit 2,11 Prozent wie in den vorausgegangenen Jahren unter der Grundlohnrate in Höhe von 2,97 Prozent. Laut Gesetz gilt dann

die Grundlohnrate automatisch als Veränderungswert. Bei den Landesbasisfallwertverhandlungen ist dieser ein wichtiger Parameter.

DRG-System 2018

Das DRG-System 2018 basiert auf den Kalkulationsdaten von 248 datenliefernden Krankenhäusern, davon 10 Universitätskliniken und 8 neue Probekalkulationen.

Die Probekalkulationen erklären sich wie folgt: Nach den Vorgaben des § 17b Abs. 3 S. 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) hatten die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Hilfe des InEK ein praktikables Konzept zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe zu entwickeln. Die dazu geschlossene Vereinbarung sieht vor, dass die aus freiwillig an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäusern zusammengesetzte Stichprobe um weitere Krankenhäuser ergänzt wird, die zur Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtet werden. Erstmals zum 31. Oktober 2016 wurden mittels Losverfahren unter notarieller Begleitung zufällig 40 Krankenhäuser aus dem DRG-Entgeltbereich ausgewählt, die für fünf Jahre zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation durch verpflichtende Kalkulationsteilnahme beizutragen haben. Basis der Ziehung waren Krankenhäuser, die aufgrund ihres Leistungsspektrums und ihrer Trägerschaft einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität leisten können. An der Zahl 8 für berücksichtigte Probekalkulationen ist unschwer ablesbar, dass sich die Pflichtteilnehmer mit der Datenqualität noch schwer taten.

Das DRG-System 2018 enthält:

- 1.292 DRGs (+37),
- davon im FP-Katalog Hauptabteilung 1.245 DRGs (+37)
- davon nicht bewertet (Anlage 3a) 42 DRGs (+/-0)
- davon 5 rein teilstationäre DRGs, von denen weiterhin 2 bewertet sind (+/-0)
- explizite Ein-Belegungstag-DRGs gibt es 24 (+/-0) und implizite 397 (+31)

Die 37 neuen DRGs verteilen sich auf die folgenden Themen: Neurostimulation (10 neue DRGs), „Reste“ DRGs (5), Wirbelsäule (5), Kinder (4), Eingriffe am Knie (3), Eingriffe an der Schulter (3), weitere Themen (7).

Neue Zusatzentgelte (ZE) gibt es 9, davon 7 neue unbewertete ZE für Medikamente, die vorher den NUB Status 1 hatten.

Zwei neue bewertete ZE betreffen eine Neuerung im Datenjahr 2016: Erstmals konnte für den DRG-Entgeltbereich Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen der §§ 14, 15 SGB XI kodiert werden. Trotz heterogener Erfassungsquote in den verschiedenen Krankenhäusern und der bekannten Überleitungsproblematik auf Pflegegrade ab 2017 wurden letztlich zwei ZE für den erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten abgeleitet. Ihnen liegen als Bedingungen zugrunde:

- Pflegegrad 3, 4 oder 5
- Mindestverweildauer 5 Tage
- nur abrechenbar in Verbindung mit bestimmten DRG-Fallpauschalen.

Die über diese DRG zu vergütenden Pflegekosten sind zur Vermeidung einer Doppelvergütung aus den DRGs herauszunehmen. Die Selbstverwaltungspartner

haben im ersten Schritt vereinbart, für das DRG-System 2018 130 Million Euro auszugliedern. Für das DRG System 2019 wird die Ausbudgetierung auf 180 Millionen angehoben, wenn der von den Kostenträgern erwartete Anstieg der Pflegedokumentation einen Betrag von über 150 Millionen Euro auf Basis der Daten 2017 ergibt. Sollte der Betrag unter 110 Millionen Euro liegen, so wird der auszugliedernde Betrag auf 80 Millionen Euro abgesenkt.

Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

In die Kalkulation des PEPP-Systems 2018 flossen von 102 Einrichtungen Daten von 272.798 vollstationären und 47.817 teilstationären Fällen ein. Nach Fallzusammenführungen und ohne rein vorstationäre Fälle, Begleitpersonen und unvollständig kalkulierte Überlieger verblieb eine Kalkulationsmenge von 238.649 vollstationären und 43.263 teilstationären Fällen. Dass die Datenmenge stationärer Fälle zurückging, liegt auch daran, dass Einrichtungen mit zum Teil langjähriger Kalkulationserfahrung und einer nicht unerheblichen Anzahl von Fällen die Teilnahme an der Kalkulation abgesagt hatten.

Das InEK hat am PEPP-System eine Reihe von Differenzierungen vorgenommen. So werden zum Beispiel erstmalig Therapien durch Spezialtherapeuten berücksichtigt und ein erhöhter Anteil Einzeltherapien aufgewertet. Eine differenzierte Abbildung von Kindern mit Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen wird durch einen Split der PK01 (Kinder mit Behinderungen oder Einschränkungen) ermöglicht, die von Kindern mit Suchterkrankungen durch Split der PK02 (Suchtbehandlung). Die Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit ab Grad 3 erfolgt erstmals auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei den neuen Splits. Einige aufwandserhöhende somatische Begleiterkrankungen werden künftig einbezogen (Gastroenteritis, Nierenkrankheit).

Auf Basis der Vereinbarung von GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V vom August 2017 wird der PEPP-Katalog um zwei Anlagen ergänzt:

- Anlage 6a: Bewertete Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung nach § 115d SGBV
- Anlage 6b: Unbewertete Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung nach § 115d SGBV.

Wegen fehlender Leistungsbezeichner zur Abbildung der speziellen Leistungen und fehlender Vereinbarung zur Vergütung wurden jedoch noch keine Entgelte definiert.

Verbundene Privatkliniken gemäß § 17 Abs. 1 S. 5 KHG

Privatkliniken, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus mit Versorgungsauftrag im Sinne des § 108 SGB V liegen und mit diesem organisatorisch verbunden sind, unterliegen, soweit es um dem Versorgungsauftrag des verbundenen Krankenhauses entsprechende Leistungen geht, seit dem 1. Januar 2012 einer gesetzlichen Entgeltbindung (§17 Abs. 1 S. 5 und 6 KHG). Die Regelung dient dem Patientenschutz und ist verfassungskonform; das Bundesverfassungsgericht verneinte in einem Nichtannahmebeschluss vom 20.

August 2013 (1 BvR 2402/12, 1 BvR 2684/12) die Möglichkeit einer Grundrechtsverletzung auf Seiten der betroffenen Privatklinikträger. Im Berichtsjahr hat das OLG Karlsruhe in zwei noch nicht rechtskräftigen Entscheidungen vom 28. März 2017 (12 U 143/16) und 19. Juli 2017 (10 U 2/17) die Geltung der Entgeltbindung auch für solche Privatkliniken, die zunächst selbständig in Betrieb genommen wurden und an die nachträglich ein organisatorisch verbundenes Plankrankenhaus angegliedert wurde, bejaht.

Umsatzsteuerrückforderungen im Kontext von Zytostatika-Abgaben

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat mit Urteil vom 24. September 2014 (Az. V R 19/11) 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 Buchst. b UStG steuerfrei ist. Am 28. September 2016 hat hierzu das Bundesministerium der Finanzen ein Schreiben an die obersten Finanzbehörden der Länder zum sachlichen Anwendungsbereich des BFH-Urteils und zu weiteren steuerrechtlichen Aspekten veröffentlicht (III C 3 – S 7170/11/10004). Es hat klargestellt, 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 sind demgegenüber die Abgabe von nicht patientenindividuellen Zubereitungen und von Fertigarzneimitteln sowie die Abgabe von nicht in der Krankenhausapotheke selbst hergestellten patientenindividuellen Zubereitungen.

Zwischen PKV-Unternehmen und den gesetzlichen Krankenkassen einerseits und den betroffenen Krankenhäusern andererseits bestand im Nachgang zum BFH-Urteil ein Dissens über die Rückzahlung der in der Vergangenheit zu Unrecht gezahlten Umsatzsteuer. Mittlerweile sind hier zahlreiche Klageverfahren im PKV- und GKV-Bereich eingeleitet worden; die Rechtsprechung ist bislang divergierend. Das Oberlandesgericht Schleswig-Holstein hat aktuell in einem noch nicht rechtskräftigen Urteil vom 20. Dezember 2017 (4 U 69/17) der Rückforderungsklage eines PKV-Versicherers entsprochen. Gegenstand der Entscheidung war laut den Urteilsgründen eine Brutto-Preisvereinbarung ohne Ausweis des Nettobetrages und des Steuersatzes in der Rechnung. Der Senat entschied, dass eine Anpassung des Gewollten an die Wirklichkeit wegen eines gemeinschaftlichen Irrtums über die Steuerfreiheit zu erfolgen habe, und sprach dem klagenden Mitgliedsunternehmen die Rückzahlung des vollständigen Umsatzsteuerbetrages zu. Der Aufwand der Rückabwicklung und der Ausschluss vom Vorsteuerabzug führen nach Auffassung des Senats nicht zu einer Unzumutbarkeit und zu solch erheblichen Nachteilen, dass es gerechtfertigt wäre, den Patienten dauerhaft mit einer unberechtigt berechneten Steuer zu belasten. Auf die Frage, ob ein höherer Nettopreis billig gewesen wäre, komme es nicht an.

3.6 Private Pflegepflichtversicherung

Das Jahr 2017 war geprägt von den Auswirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die umfangreichen Vorbereitungen im Jahr 2016 haben sich ausgezahlt, so dass die Umsetzung der Reform relativ problemlos verlaufen ist, obwohl es sich um eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung gehandelt hat. Lediglich bei besonderen Konstellationen, wie bei der Überleitung von den bisherigen Pflegestufen auf die neuen Pflegegrade und beim Besitzstandsschutz bei vollstationärer Pflege ergaben sich vereinzelte Umsetzungsschwierigkeiten.

Bei den Versicherungsunternehmen ergab sich im Rahmen der Einführung ein Anstieg der Anfragen der Versicherten, die jedoch im Laufe des Jahres langsam wieder zurückgingen. Darüber hinaus wurden viele Fragen zur Beitragsänderung in den Pflegezusatztarifen gestellt und die Gelegenheit genutzt, Fragen zu anderen Verträgen, z. B. zur Krankenversicherung, zu klären. Ein gewisser Beratungsaufwand wurde durch das Thema vollstationäre Pflege verursacht, insbesondere in Bezug auf die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils.

Die reibungslose Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 in der privaten Pflegepflichtversicherung konnte insbesondere durch die weiterhin gute Vernetzung zwischen PKV-Verband, Mitgliedsunternehmen sowie den Tochterunternehmen MEDICPROOF und compass gelingen.

Die compass private pflegeberatung GmbH, ist ein Tochterunternehmen des PKV-Verbandes, und hat ein erfolgreiches Jahr 2017 in der Pflegeberatung abgeschlossen. Das Jahr war geprägt durch die Auswirkungen des Pflege-Stärkungsgesetzes II (PSG II). Darüber hinaus wurden Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Beratungsangebotes in die Wege geleitet. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI haben eine deutliche Nachfragesteigerung erfahren. Insbesondere im ersten Quartal 2017 war in der telefonischen Pflegeberatung aufgrund des PSG II eine hohe Nachfrage zu verzeichnen. Die extremen Nachfragespitzen konnten durch vorausschauende, bereits im Jahr 2016 eingeleitete, Personalplanung und eine effiziente Terminsteuerung weitgehend abgemildert werden.

Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch Gutachter des medizinischen Dienstes der PKV, der MEDICPROOF GmbH, unter Beachtung der ab dem 1. Januar 2017 geltenden neuen Begutachtungsrichtlinie des GKV-Spitzenverbandes, hat aufgrund der gründlichen Vorbereitungen im Jahr 2016 gut funktioniert. Zwar sind bei MEDICPROOF die Auftragszahlen gestiegen und die Bearbeitungszeiten haben sich aufgrund der Einführung des neuen Begutachtungssystems verzögert; jedoch hatte auch der Gesetzgeber damit gerechnet und deshalb die Bearbeitungsfristen bis auf besonders dringliche Fälle ausgesetzt. Insgesamt ist festzustellen, dass das neue Begutachtungssystem sowohl bei den Gutachtern von MEDICPROOF, als auch bei den Pflegeberatern von compass gut ankommt. Zum Ende des Jahres 2017 haben sich die Auftragszahlen und die Bearbeitungszeiten wieder normalisiert.

compass private
pflegeberatung

MEDICPROOF

Pflegedatenbank

Die in der Pflegedatenbank erfassten und auf dem Pflegeportal unter www.pflegeberatung.de veröffentlichten Informationen zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurden bereits im letzten Jahr an die geänderten Strukturen angepasst und im Laufe des Jahres 2017 fortlaufend aktualisiert. Insbesondere bei vollstationären Pflegeeinrichtungen ergaben sich durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) und der Umstellung auf Pflegegrade erhebliche Veränderungen. So setzt sich seit dem 1. Januar 2017 der vom Versicherten zu tragende Eigenanteil aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für die pflegebedingten Kosten der Pflegegrade 2 bis 5, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten zusammen.

Im Gegensatz zum bisherigen System, in dem mit einer höheren Pflegestufe auch höhere Kosten verbunden waren, steigt der Eigenanteil nun auch dann nicht, wenn der Pflegebedürftige in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird. Der EEE stellt eine gleichmäßige Verteilung der pflegebedingten Kosten in einer Einrichtung über alle Pflegegrade unter Berücksichtigung der Zuschüsse aus der Pflegeversicherung dar.

Eine Auswertung der Daten von ca. 11.100 vollstationären Pflegeeinrichtungen am Stichtag 23. Januar 2018 (ohne Sondereinrichtungen, wie z. B. Intensivpflege, Demenz; EEE inklusive Ausbildungsvergütung) ergab bundesweit durchschnittlich folgende monatliche Werte: EEE = 609,82 Euro, Unterkunft = 421,03 Euro, Verpflegung = 287,24 Euro, Investitionskosten = 433,10 Euro. Bundesweit ergibt sich ein verbleibender Eigenanteil in Höhe von 1.751,19 Euro monatlich.

Durch Abschluss einer Vereinbarung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene, als Betreiber der DatenClearingStelle, zum 1. Januar 2018 kann auf Grundlage der Regelungen in § 7 Abs. 3 und 4 SGB XI eine Datenbereitstellung der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag erfolgen. Eine Veröffentlichung wird über das bereits bestehende Pflegeportal unter www.pflegeberatung.de erfolgen.

Mit dem Bundesversicherungsamt wurde im November 2017 zur Umsetzung der mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz eingeführten Regelung über ein elektronisches Meldeverfahren eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen. Durch diese Vereinbarung werden die bis dahin uneinheitlichen Meldearten, die teils in Papierform und auf verschiedenen elektronischen Übertragungswegen erfolgten, vereinheitlicht. Die Meldungen sollen nunmehr ausschließlich elektronisch erfolgen. Zur Durchführung wird den Versicherungsunternehmen beim PKV-Verband eine einheitliche Plattform zur Verfügung gestellt. Die zu Grunde liegende Software wurde in enger Abstimmung mit den Versicherungsunternehmen entwickelt und erprobt und wird ab April 2018 zum Einsatz kommen.

Zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband wurde in einem „Gemeinsamen Rundschreiben zur Rentenversicherung nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen“ Änderungen zur Vereinfachung des Erstattungsverfahrens für zu Unrecht gezahlte Rentenversicherungsbeiträge abgestimmt. Diese treten im September 2018 in Kraft. Weiterhin wurden die zahlreichen Rechts- und Verfahrensänderungen der letzten Jahre zum Anlass genommen, die Vereinbarung zur Beitragszahlung und zum Meldewesen zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem PKV-Verband anzupassen und auch zu verschlanken.

Angebote zur
Unterstützung im Alltag

Meldeverfahren nach § 51
Abs. 1 Satz 3 SGB XI

Rentenversicherung der
Pflegepersonen – Gemein-
sames Rundschreiben und
Vereinbarung zur Beitrags-
zahlung

Koalitionsvertrag

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 7. Februar 2018 enthält diverse Vereinbarungen zum Bereich der Pflege. Die Pflege und die häusliche Versorgung sollen verbessert, die Unterstützung von pflegenden Angehörigen ausgebaut und die Arbeitsbedingungen von Fachkräften und Betreuern in der Pflege sollen attraktiver werden:

- Die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege sollen sofort und spürbar verbessert werden.
- In der Altenpflege sollen die Sachleistungen kontinuierlich an die Personalentwicklung angepasst werden.
- In einem Sofortprogramm sollen 8.000 neue Fachkraftstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden. Der dafür erforderliche finanzielle Mehraufwand soll durch eine Vollfinanzierung aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen. Dem Sofortprogramm sollen weitere Schritte folgen.
- Im Rahmen einer „Konzertierten Aktion Pflege“ soll eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Situation in der Altenpflege erfolgen. Dazu werden verbindliche Personalbemessungsinstrumente entwickelt, eine Ausbildungs-offensive gestartet, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit gesetzt und ein Wieder-einstiegsprogramm, eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Pflegefachkräften vorgesehen.
- Die Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif soll gestärkt werden, indem Tarifverträge flächendeckend zur Anwendung kommen. Der Pflegemindestlohn in Ost und West soll angeglichen werden.
- Zur Entbürokratisierung in der ambulanten Pflege sollen Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie der Tages- und Nachtpflege zu einem jährlichen Entlastungsbudget zusammengefasst werden. Die Kurzzeitpflege soll durch eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung gestärkt und sichergestellt werden. Nach ärztlicher Verordnung sollen pflegende Angehörige einen Anspruch auf medizinische Rehabilitation erhalten.
- Der präventive Hausbesuch soll durch Mittel des Präventionsgesetzes gefördert werden. Kommunen sollen mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsangebote erhalten.
- Die kassenärztlichen Vereinigungen und die Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, Kooperationsverträge mit dem Ziel besserer medizinischer Versorgung abzuschließen.
- Auf das Einkommen der Kinder von pflegebedürftigen Eltern soll künftig erst ab einem Einkommen in Höhe von 100.000 Euro im Jahr zurückgegriffen werden.
- Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie die Finanzierungsverordnung des Pflegeberufgesetzes sollen zeitnah vorgelegt werden.

Die sich aus der Umsetzung ergebenden Auswirkungen auf die private Pflegepflichtversicherung sind derzeit noch nicht absehbar. Hierzu sind die entsprechenden Gesetzesentwürfe der Bundesregierung zur Umsetzung abzuwarten. Bei der Umsetzung könnte es angesichts der langwierigen Regierungsbildung zu einem gewissen Zeitdruck kommen.

Das Begleitgremium nach § 18c SGB XI, welches seit Januar 2016 den Umstellungsprozess unter Beteiligung der PKV begleitet, hat auch im Jahr 2017

die Einführung und Umstellung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs intensiv verfolgt. Moderiert wird das Begleitgremium durch das Bundesministerium für Gesundheit. In den Sitzungen wurden auch fachliche Fragen geklärt, die nach der Umstellung im Zuge der Umsetzung aufgetreten sind. Die Arbeit des Begleitgremiums wurde durch pflegefachliche und wissenschaftliche Kompetenz unterstützt.

So wurde im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (Dr. Wingendorf) und die Hochschule Osnabrück (Prof. Büscher) ein Papier mit dem Titel „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ erstellt. Dieses soll den Prozess der Weiterentwicklung fördern und den Entscheidungsträgern oder den Pflegeeinrichtungen eine Grundlage für fachliche Anpassungen verschaffen. Mit dem Papier sollen pflegerische Aufgaben und Hilfen entlang des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments bzw. der in den Modulen und Kriterien des Instruments angesprochenen Bedarfskonstellationen strukturiert werden.

Durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde bereits Ende 2015 entsprechend § 14 Familienpflegezeitgesetz ein unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eingesetzt. Der Beirat befasst sich mit Fragen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, er begleitet die Umsetzung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen und berät über deren Auswirkungen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend kann dem Beirat Themenstellungen zur Beratung vorgeben. Der Beirat hat dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend alle vier Jahre, erstmals zum 1. Juni 2019, einen Bericht vorzulegen und kann hierin Handlungsempfehlungen aussprechen.

Die Schwerpunkte der Beiratssitzungen lagen auf den Themen Digitalisierung und Pflege, der allgemeinen und – im Speziellen – der finanziellen Situation der pflegenden und arbeitenden Angehörigen sowie den Beratungsmöglichkeiten. Durch entsprechende Arbeitsgruppen, auch unter Beteiligung der PKV, werden die verschiedenen Schwerpunkte intensiv bearbeitet und vorbereitet. Durch einen eingeladenen Sachverständigen wurde über internationale Vereinbarkeitsstrategien im Bereich Pflege und Beruf in einer Beiratssitzung berichtet. Die nächste Sitzung wird im April 2018 stattfinden.

Qualitätssicherung und Pflegeversorgung

Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

2017 hat der Prüfdienst der PKV 3.034 Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt, davon 96 Anlass- und Wiederholungsprüfungen. Dies entspricht einer Steigerung der Prüfungsanzahl um 3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Damit wurden 10 Prozent aller Pflegeeinrichtungen in Deutschland durch den Prüfdienst der PKV geprüft und die vereinbarte Prüflast auch in diesem Jahr wieder erfüllt. Seit seiner Gründung im April 2010 hat der Prüfdienst der PKV inzwischen über 17.000 Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen vorgenommen.

In nahezu allen Bundesländern finden regelmäßig Gespräche mit dem Prüfdienst der PKV statt, um eine möglichst einheitliche Arbeitsweise im Bereich

der Durchführung von Qualitätsprüfungen abzustimmen. Hintergrund ist der Wille des Gesetzgebers, Doppelprüfungen zu vermeiden. In Arbeitsgruppen auf Landesebene erfolgt unter anderem die Abstimmung zu gemeinsamen Prüfeinsätzen, inwieweit es gemeinsame Prüfgrundlagen gibt und wie diese angewendet werden können.

Grundsätzlich ist zu erkennen, dass der PKV-Verband weiterhin als gleichberechtigter Partner am Prüfgeschehen in allen Ländern in die verschiedenen Entscheidungsgremien einbezogen wird. Die PKV nimmt somit dauerhaft Einfluss auf die Pflege und Pflegepolitik und trägt zur Weiterentwicklung des Prüfungssystems in Deutschland bei.

Darüber hinaus beteiligte sich der Prüfdienst der PKV auch an der Umsetzung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (QS-Ri QP). Gemeinsam mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung wurden so genannte „Witnessaudits“ und externe Audits durchgeführt und ausgewertet. Auf diesem Wege reflektieren die Prüfdienste gegenseitig die Anwendung der Prüfvorgaben und erarbeiteten gemeinsame Sichtweisen zur Umsetzung der Prüfungen. Dabei wurden 14 Witnessaudits durch den MDK beim Prüfdienst der PKV durchgeführt. Ebenfalls 14 Witnessaudits erfolgten durch den Prüfdienst der PKV bei verschiedenen MDKs. Die externen Audits sind Teil des Qualitätssicherungsprogramms der Qualitätsprüfung gemäß den Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 114 ff SGB XI.

Alle drei Jahre werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in einem umfassenden Bericht zur Situation und zur Entwicklung der Pflegequalität bei häuslicher Pflege und in stationären Pflegeeinrichtungen durch den MDS veröffentlicht. Grundlage sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in den Ländern. Für das Bezugsjahr 2016 hat der Prüfdienst der PKV knapp 3.000 Ergebnisse zu Qualitätsprüfungen zur Verfügung gestellt. Die Arbeit des Prüfdienstes der PKV ist somit ein wesentlicher Baustein für Transparenz in der Pflege. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Pflegequalität gegenüber der letzten Berichterstattung im Jahr 2015 in vielen Bereichen weiter verbessert hat. Dennoch wird auch zukünftig eine externe Qualitätsprüfung zur Sicherung einer ausreichenden Versorgungsqualität notwendig sein.

Zur Bewältigung der gestiegenen Prüflast und des erweiterten Prüfungsumfanges wurde die personelle Ausstattung des Prüfdienstes der PKV im Jahr 2017 um 5 Mitarbeiter auf 142 Prüferinnen und Prüfer erhöht. Die Steuerung der operativen Abläufe erfolgt durch 15 Mitarbeiter in der Zentrale. Um in den Qualitätsprüfungen jederzeit aktuelle pflegfachliche Beratungen durchführen zu können, wurden im Jahr 2017 die Mitarbeiter der Fläche und Zentrale insgesamt in einem Umfang von 6.376 Stunden geschult.

Im Jahr 2017 erfolgte ein umfangreiches Rezertifizierungsaudit. Es bestand die besondere Ausgangslage, dass das QM-System gemäß den Anforderungen der „neuen“ DIN EN ISO 9001:2015 anzupassen war. Um das grundsätzliche Verständnis und die Anwendbarkeit des QM-Systems in der Flächenorganisation des Prüfdienstes der PKV im Rahmen dieses Entwicklungsprozesses nicht zu gefährden, wurden seit 2015 abgestufte Adaptionen vorgenommen, um schrittweise Normkonformität eines bis dato nach anderen Kriterien ausgerichteten Systems zu erzeugen. Besonders sind Veränderungen des Layouts der Prozessbeschreibung mit Swimlane-Diagrammen und deren Erweiterung

Pflege-Qualitätsbericht
nach § 114a Abs. 6 SGB XI

Personelle Ausstattung des
Prüfdienstes der PKV und
Fortbildungen

Aufrechterhaltung des
Zertifikates des TÜV
Rheinland und Anpassung
unseres QM-Systems an die
Anforderungen der DIN EN
ISO 9001:2015

mit Prozessanalysen zu nennen. Meist betrafen diese Angleichungen jedoch eine Veränderung des Denkstils der Organisation und ihrer Mitwirkenden sowie eine neue Form der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Beispielhaft sei hier die abgestufte Implementierung eines dreistufigen Risiko- und Chancenmanagements inklusive Berichtswesens genannt. Alle diese (Neu-)Entwicklungen stellen elementare Schritte zur Zukunftssicherung des QM-Systems dar. Im Oktober 2017 fand die finale Anpassung an die neuen Normanforderungen statt. Neben den wesentlichen Grundlagen enthält das Qualitätsmanagementhandbuch nun eine Analyse des Kontextes des Prüfdienstes der PKV im Hinblick auf interne und externe Themen, den Erfordernissen und Erwartungen interessierter Parteien, Aussagen zum Wissensmanagement und der Steuerung externer Anbieter sowie den Umgang mit Risiken und Chancen. Im November 2017 führte der TÜV Rheinland Cert GmbH das Zertifizierungsaudit durch und kam zu dem Auditergebnis, dass der Prüfdienst der PKV über ein mit der DIN EN ISO 9001:2015 konformes QM-System ohne Abweichung verfügt.

Zufriedenheitsbefragung der Pflegeeinrichtungen nach Qualitätsprüfung

Die stationären, ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen, bei denen eine Qualitätsprüfung durch den Prüfdienst der PKV durchgeführt wurde, wurden systematisch zur Zufriedenheit nach der Prüfung befragt. Die Auswertung ergab eine Rücklaufquote von 28 Prozent und einen erreichten Zufriedenheitsgrad von 95 Prozent zufrieden bzw. überwiegend zufrieden.

Zufriedenheitsbefragung der Landesverbände der Pflegekassen

Die Landesverbände der Pflegekassen ordnen die Prüfaufträge dem Prüfdienst der PKV zu und sind somit die direkten Auftraggeber. Sie wurden systematisch zur Zufriedenheit mit den Prüfberichten befragt. Die Auswertung ergab eine Rücklaufquote von 50 Prozent und einen erreichten Zufriedenheitsgrad von 94 Prozent zufrieden bzw. überwiegend zufrieden.

Abrechnungsprüfungen

Die Entscheidung des Gesetzgebers, dass ab 2016 Abrechnungsprüfungen fester und verpflichtender Bestandteil aller ambulanten Qualitätsprüfungen wurden, war eine weitreichende Veränderung im Prüfungsablauf. Alle Qualitätsprüferinnen und Qualitätsprüfer wurden zu Inhalten, Vorgaben und Abläufen der Abrechnungsprüfung geschult, um die Prüffähigkeit im ambulanten Bereich sicherzustellen. Bei den Prüfungen wurden vereinzelt Unregelmäßigkeiten identifiziert, in denen es nicht nachvollziehbar erscheint, dass alle in Rechnung gestellten Maßnahmen auch tatsächlich erbracht, nicht vertragskonform erbracht oder nicht vollständig erbracht wurden. Zudem wurden Qualifikationsanforderungen durch die Pflegedienste unterlaufen, indem Pflegehilfskräfte anstatt Pflegefachkräften bei der Erbringung von behandlungspflegerischen Maßnahmen eingesetzt wurden.

Neue Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) ab 1. Januar 2018

Mit der durch das PSG III eingeführten Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 282 i. V. m. § 275b SGB V wurden Prüfkriterien für die intensivpflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne des § 132a Abs. 1 Satz 5 SGB V entwickelt, um einheitliche Prüfgrundlagen für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) festzulegen, unabhängig davon, ob ein Pflegedienst einer Regelprüfung nach dem SGB XI oder SGB V unterliegt. Daher wurden in 2017 alle Prüferinnen und Prüfer umfangreich zur neuen Prüfrichtlinie und der speziellen Krankenbeobachtung bei intensivpflegerischer Versorgung geschult.

Qualitätsausschuss

Der Qualitätsausschuss konnte entsprechend den gesetzlichen Fristen im ersten Halbjahr 2016 gebildet und besetzt werden. Die den Qualitätsausschuss unterstützende Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege konnte zum 4. August 2016 ihre Tätigkeit aufnehmen. Durch den Qualitätsausschuss sind entsprechend des gesetzlichen Auftrages diverse Projekte, teilweise nach Durchführung europaweiter Vergabeverfahren, in Bearbeitung. Das bisherige Auftragsvolumen der erteilten wissenschaftlichen Aufträge (inklusive des Projektes Personalbemessung) beträgt über einen Zeitraum von 5 Jahren insgesamt ca. 7,5 Millionen Euro. Die PKV hat sich mit 10 Prozent an diesen Kosten zu beteiligen.

Der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 6ff. i.V.m. § 113b Absatz 1 Satz 2 SGB XI durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI dem BMG vorzulegende Zeitplan wurde am 31. Januar 2018 fristgerecht vorgelegt. Aus dem Zeitplan sollen einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sein. Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Mit Schreiben vom 23. Februar 2018 hat das BMG um ergänzende Informationen zum Zeitplan bzw. zu konkreten Umsetzungsschritten im Jahr gebeten.

Der Auftrag zur Entwicklung der Instrumente zur Qualitätsprüfung und -darstellung für die stationäre Pflege wurde Anfang Januar 2017 an die Bietergemeinschaft Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitssystem (AQUA-Institut) in Göttingen und das Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld (IPW) in Bielefeld vergeben. Der Abschlussbericht soll im Mai 2018 vorgelegt werden.

Mittels eines indikatorengestützten Gesamtverfahrens sollen das interne Qualitätsmanagement mit externer Qualitätsprüfung und der Qualitätsberichterstattung verzahnt werden. Alle Informationen aus der internen und externen Qualitätssicherung sollen für die Weiterentwicklung der Qualität der Pflege genutzt werden. Hierzu sind das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, die externe Qualitätsprüfung, der Beratungsauftrag der Prüfdienste (Qualitätsdialog) und die Qualitätsdarstellung besser miteinander zu verknüpfen.

Das Projekt wird von einem Steuerungskreis des Qualitätsausschusses, unter Mitwirkung der PKV, begleitet. In den ergänzend eingerichteten Experten-Gruppen, beteiligen sich auch Vertreter der PKV und des PKV-Prüfdienstes. Die Einführung der neuen Instrumente und Verfahren ist ab dem Jahr 2019 vorgesehen.

Der Auftrag zur Entwicklung der Instrumente zur Qualitätsprüfung und -darstellung für die ambulante Pflege wurde im März 2017 an die Bietergemeinschaft Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) vergeben. Die Instrumente und Verfahren für die Prüfung der Qualität der von ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsdarstellung sind bis zum Sommer 2018 zu entwickeln. Im Anschluss an die wissenschaftliche Entwicklung der Instrumente und Verfahren sollen diese im Rahmen einer separaten Pilotierungsstudie erprobt werden. Das Projekt wird von einem Steuerungskreis des Qualitätsausschusses begleitet, an dem auch die PKV mitwirkt. Im Rahmen des Projektes wurden zudem mehrere Fokusgruppen eingerichtet, an denen auch Vertreter der PKV sowie des PKV-Prüfdienstes teilnehmen.

Zeitplan

Projekt „Stationäre Pflege“
nach § 113b Abs. 4 Nr. 1 und
2 SGB XI

Projekt „Ambulante Pflege“
nach § 113b Abs. 4 Nr. 3
SGB XI

Im Frühjahr 2018 lagen noch keine konkreten Erkenntnisse zur Ausgestaltung der neuen Instrumente zur Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung vor. Soweit dies wissenschaftlich gestützt wird, soll die Verknüpfung von internem Qualitätsmanagement, externer Qualitätsprüfung und der Qualitätsberichterstattung unter Nutzung von Ergebnis-indikatoren – wie im Projekt stationär – entsprechend Anwendung finden. Derzeit ist jedoch bereits absehbar, dass vorerst keine Ergebnisindikatoren im Bereich der ambulanten Pflege zum Einsatz kommen werden.

Projekt „Neue Wohnformen“ nach § 113b Abs. 4 Nr. 6 SGB XI

Der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen wurde im August 2017 an die Bietergemeinschaft Universität Bremen, Kuratorium Deutsche Altershilfe und Prognos AG erteilt. Die Vorlage des Abschlussberichtes wird voraussichtlich im Juni 2018 erfolgen.

Insbesondere sind Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und deren Eignung zu erproben. Die Instrumente sollen dabei nicht bereits Gegenstand der Qualitätssicherung, Qualitätsdarstellung und Qualitätsprüfung nach § 113b Absatz 4 SGB XI in der ambulanten bzw. stationären Pflege sein und sich zur bundeseinheitlichen Sicherung der Qualität in neuen Wohnformen eignen. Das Projekt wird ebenfalls durch einen Steuerungskreis im Auftrag des Qualitätsausschusses, unter Mitwirkung der PKV, begleitet.

Projekt „Datenauswertungsstelle“ nach § 113 Abs. 1b SGB XI

Die Vorbereitungen zur Durchführung eines Vergabeverfahrens in Form eines wettbewerblichen Dialoges zum Aufbau und Betrieb der unabhängigen Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b SGB XI wurden durch den Qualitätsausschuss getroffen. Die Ausschreibungsunterlagen wurden fristgerecht am 14. Januar 2018 an das Amtsblatt der EU übermittelt. Nach Abschluss des Vergabeverfahrens soll mit dem Aufbau und dem Testbetrieb der Datenauswertungsstelle ab Dezember 2018 begonnen werden. Der reguläre Betrieb der Datenauswertungsstelle soll ab September 2019 erfolgen.

Projekt „Beratungsbesuche“ nach § 37 Abs. 5

Bis zum 1. Januar 2018 sollten entsprechend § 37 Abs. 5 SGB XI Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche erarbeitet und durch den Qualitätsausschuss beschlossen werden. Mit der Umsetzung wurde eine Arbeitsgruppe des Qualitätsausschusses beauftragt, die an einer einvernehmlichen Ausgestaltung der Empfehlungen gearbeitet hat. Der von der Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP) zur Verfügung gestellte „Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege“ lieferte dabei wertvolle Informationen unter anderem zu Qualitätskriterien für Rahmenbedingungen im Beratungskontext, Kompetenzen der Beraterinnen und Berater sowie den Beratungsprozess.

Dennoch konnte nicht in allen Punkten eine Einigung erzielt werden, so dass kein Beschluss im Qualitätsausschuss zustande kam. Durch den Qualitätsausschuss wurde daher die Anrufung des erweiterten Qualitätsausschusses beschlossen. Zwischenzeitlich wurde auch die Einschätzung der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zur Verfügung gestellt, so dass die Arbeitsgruppe durch den erweiterten Qualitätsausschuss mit der Überarbeitung der Empfehlungen beauftragt wurde.

Projekt „Nutzungsbedingungen“ nach § 115 Abs. 1c SGB XI

Durch den Qualitätsausschuss wurde eine Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung eines Vorschlags für die Nutzungsbedingungen beauftragt. Der fristgerecht gefasste Beschluss des Qualitätsausschusses wurde dem BMG am 31. März 2017 vorgelegt. Es erfolgten Nachfragen und Beanstandungen seitens des BMG.

Auf Basis eines rechtlichen Gutachtens erfolgte in Abstimmung mit dem BMG eine Überarbeitung der Nutzungsbedingungen und eine Beschlussfassung im Februar 2018 im Qualitätsausschuss erfolgte. Die Genehmigung durch das BMG steht derzeit noch aus.

Gemäß § 115 Absatz 3b SGB XI war bis zum 1. Januar 2018 das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI durch den Qualitätsausschuss zu vereinbaren. Durch eine Arbeitsgruppe des Qualitätsausschusses wurde ein Entwurf der Vereinbarung erarbeitet, der durch den Qualitätsausschuss beschlossen wurde. Der Beschluss wurde dem BMG vorgelegt und mit Schreiben vom 21. Februar wurde die Nichtbeanstandung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) als auch mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mitgeteilt. Eine Veröffentlichung der Vereinbarung im Bundesanzeiger ist erfolgt, so dass gemäß § 115 Absatz 3b Satz 2 SGB XI die Vereinbarung vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats gilt.

Losgelöst vom Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI, erfolgt mit Unterstützung durch die Geschäftsstelle des Qualitätsausschuss, die Durchführung des Projektes Personalbemessung nach § 113c SGB XI. Laut gesetzlicher Vorgaben ist das Projekt bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen. Nach einem europaweiten Vergabeverfahren wurde der Auftrag für das Projekt „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ an die Universität Bremen (Prof. Rothgang) vergeben.

Das Projekt wird durch einen Steuerungskreis, der durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI eingerichtet wurde, begleitet. Entsprechend der gesetzlichen Regelungen in § 113c Abs. 2 SGB XI wirkt die PKV am Projekt beratend mit, so dass auch eine Mitwirkung im Steuerungskreis erfolgt. Darüber hinaus erfolgt eine intensive Einbindung der PKV in die empirische Studie zur Personalbemessung unter anderem durch Unterstützung von Medicproof und dem PKV-Prüfdienst im Rahmen einer Datenerhebung.

Gemeinsam für Menschen mit Demenz

Die bereits im Jahr 2012 von der Bundesregierung ins Leben gerufene „Allianz für Menschen für Demenz“ wird weiterhin durch die PKV unterstützt. Im Jahr 2017 erfolgte dies unter anderem über das Portal www.pflegeberatung.de aus Anlass der Woche der Demenz 2017. Die Vorbereitungen zur Erstellung des Abschlussberichtes, der im September 2018 vorgelegt werden soll, wurden abgestimmt und eingeleitet.

Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

Das im Jahr 2015 begonnene Projekt zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation mit dem Ziel einer Neustrukturierung der Dokumentationspraxis in der ambulanten und stationären Langzeitpflege wurde formell im Herbst 2017 beendet. Zum 1. November 2017 ist die Verantwortung für das bislang aus Bundes-, Landes- und Mitteln der Verbände der Leistungserbringer finanzierte Projekt zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation von der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung auf die Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene übergegangen. Die wesentlichen Strukturen des bisherigen Projektes werden beibehalten. Die Pflegebeauftragte sowie das BMG übernehmen die Schirmherrschaft und werden weiterhin eine maßgebliche Rolle insbesondere im und über den Lenkungsausschuss zusammen mit den

Projekt „Pflegevergütung“
nach § 115 Abs. 3b i.V. m.
Abs. 3 und 3a SGB XI

Personalbemessungs-
verfahren

Trägerverbänden wahrnehmen. Die bisherige Projektleiterin und ehemalige Ombudsfrau für Bürokratieabbau, Elisabeth Beikirch, bleibt als Expertin und Beraterin für das Projekt erhalten.

Die PKV wird die Entwicklung auf Bundesebene im fortbestehenden Lenkungsgremium sowie in den auf Landesebene eingerichteten Kooperationsgremien weitere begleiten. Darüber hinaus werden die Pflegeeinrichtungen im Rahmen der vom PKV-Prüfdienst durchgeführten Qualitätsprüfungen zu diesem Thema beraten.

Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) am 8. Dezember 2015 wurde unter anderem mit § 132g SGB V die Möglichkeit eines Angebotes durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen, eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten. Zum Entwurf der nach § 132g Abs. 3 SGB V zu schließenden Vereinbarung über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wurde eine schriftliche Stellungnahme abgegeben.

Inhalt der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist ein individuelles, auf die Situation der Versicherten zugeschnittenes Beratungsangebot zur medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und/oder seelsorgerlichen Versorgung. Sie soll den Versicherten ermöglichen, selbstbestimmt über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen entscheiden zu können und damit als Grundlage für eine Behandlung und Versorgung am Lebensende dienen, die den geäußerten Vorstellungen der Versicherten entspricht.

Für Versicherte der PKV steht ein alternatives und kostenfreies Beratungsangebot durch die compass private pflegeberatung GmbH, einem Tochterunternehmen des PKV-Verbandes, zur Verfügung. Soweit PKV-Versicherte dennoch eine gesundheitliche Versorgungsplanung im Sinne der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V wünschen, sollte die Frage der Kostenerstattung im Vorfeld mit den zuständigen Kostenträgern (Versicherungsunternehmen, Beihilfe) geklärt werden.

Empfehlungen nach § 45c Abs. 7 SGB XI

Die angepassten Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des PKV-Verbandes 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 sowie zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI traten Ende 2016 in Kraft. Eine Förderung von regionalen Netzwerke durch die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, erfolgte auf Basis dieser neuen Regelungen im Jahr 2017 noch nicht, so dass die hierfür nach § 45c Abs. 1 Satz 3 SGB XI zur Verfügung stehenden Fördermittel der sozialen Pflegeversicherung und privaten Pflegepflichtversicherung in Höhe von 10 Millionen Euro pro Kalenderjahr in das reguläre Förderbudget nach § 45c Abs. 1 SGB XI übertragen wurden. Im Jahr 2018 stehen somit, insgesamt 35 Millionen Euro (ohne weitere Überträge aus dem Jahr 2017) zur Verfügung.

Am Fördervolumen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und des Ehrenamts entsprechend § 45c Abs. 1 Satz 2 SGB XI, zur Förderung der Selbsthilfe entsprechend § 45d SGB XI sowie zur Förderung der regionalen Netzwerke nach § 45c Abs. 1 Satz 3 beteiligte sich die PKV mit 10 Prozent. Durch die PKV wurden im Jahr 2017 bundesweit 2,565 Millionen Euro (Vorjahr: 1,806 Millionen Euro) zur Förderung bereitgestellt. Die erhöhte Förder-summe resultiert aus der erstmaligen Bereitstellung der anteiligen Fördermittel der PKV für regionale Netzwerke im Umfang von einer Million Euro; insgesamt ergibt sich ein reduziertes Fördervolumen.

Weitere Gesetzgebungsverfahren mit Pflegebezug

Pflegeberufegesetz

Mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBG) werden die bisher im Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Pflegeausbildungen zusammengeführt. Der erste Ausbildungsjahrgang soll 2020 beginnen. Das Gesetz sorgt für verbesserte Rahmenbedingungen in der Pflege und steht für die notwendige Aufwertung des Berufsfelds insgesamt. Alle Auszubildenden erhalten zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung, in der sie einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung wählen. Wer die generalistische Ausbildung im dritten Jahr fortsetzt, erwirbt den Abschluss zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann. Der Berufsabschluss wird europaweit anerkannt. Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können für das dritte Ausbildungsjahr statt des generalistischen Berufsabschlusses einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erwerben. Sechs Jahre nach Beginn der neuen Ausbildung soll überprüft werden, ob für die gesonderten Abschlüsse weiterhin Bedarf besteht.

Durch zahlreiche Verbesserungen sollen gerade junge Menschen für die Ausbildung im Pflegeberuf begeistert werden: es muss kein Schulgeld mehr bezahlt werden und eine angemessene Ausbildungsvergütung wird im Gesetz festgeschrieben. Durch Modernisierung der Ausbildungsinhalte, eine bessere Ausstattung der Pflegeschulen und mehr Praxisanleitung im Betrieb gewinnt die Ausbildung an Attraktivität. Neben der beruflichen Pflegeausbildung kann die Qualifikation auch durch eine hochschulische Pflegeausbildung (Pflegestudium) erworben werden.

Das Gesetz tritt stufenweise in Kraft. Pflegeschulen und Ausbildungsbetrieben bleibt so genug Zeit, sich auf die neue Ausbildung einzustellen. Bis dahin werden weitere Voraussetzungen zur Umsetzung der Reform geschaffen, u.a. mit dem Erlass einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie einer Finanzierungsverordnung. Die Regelungen zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege treten bereits zum 1. Januar 2019 in Kraft. Damit verbunden ist eine neue direkte Beteiligung der Pflegeversicherung in Höhe von 3,6 Prozent (§§ 26, 33 PflBG) am Finanzierungsbedarf in Höhe von ca. 99 Millionen Euro (laut Gesetzesbegründung) jährlich zuzüglich einer einmaligen Liquiditätsreserve in Höhe von 2 Millionen Euro. Die private Pflegeversicherung hat 10 Prozent dieser Kosten an die soziale Pflegeversicherung zu erstatten.

Entsprechend § 56 Absatz 4 PflBG sind zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem PKV-Verband, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis drei Monate

nach Verkündung des Gesetzes im Benehmen mit den Ländern (nachfolgend unter dem Begriff „Beteiligte gemäß § 56 Absatz 4 PflBG“ gefasst) Vorschläge für die Regelungsinhalte

- zur näheren Bestimmung der Ausbildungskosten nach § 27 PflBG
- zum Verfahren der Ausbildungsbudgets einschließlich der Vereinbarung der Pauschalen und Individualbudgets nach den §§ 29 bis 31 PflBG
- zur Aufbringung des Finanzierungsbedarfs sowie der Zahlverfahren nach § 33 Absätze 2 bis 7 PflBG
- zur Erbringung und Weiterleitung der Ausgleichszuweisungen nach § 34 Absätze 1 bis 3 PflBG, zur Verrechnung nach § 34 Absatz 4 PflBG, Abrechnung, Zurückzahlung und nachträglicher Berücksichtigung nach § 34 Absätze 5 und 6 PflBG
- zur Rechnungslegung der zuständigen Stelle nach § 35 PflBG
- einschließlich der erforderlichen Vorgaben zur Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten und zum Datenschutz, soweit es für das Verfahren zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege erforderlich ist, zu vereinbaren.

Zur Vorbereitung der Umsetzung, insbesondere der Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege, haben das BMG und das BMFSFJ mit Schreiben vom 24. Juli 2017 auf Grundlage von § 56 Abs. 4 Pflegeberufereformgesetz den PKV-Verband, den GKV-Spitzenverband, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesländer um Vorschläge für die Regelungsinhalte einer vorgesehenen Rechtsverordnung bis Ende Oktober 2017 gebeten.

In einem intensiven und konstruktiven Abstimmungsprozess wurden zwischen den Beteiligten Vorschläge für Regelungsinhalte vereinbart und mit Schreiben vom 20. November 2017 dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend übermittelt. Die Vorschläge orientieren sich in ihrem Aufbau an den gesetzlichen Vorgaben und regeln insbesondere die zu finanzierenden Tatbestände, die Verfahren zur Festlegung der Ausbildungsbudgets, als auch das Nähere zu den Verfahren der Zahlungsströme in den Fonds und aus dem Fonds. Aus Sicht der beteiligten Verbände sind weitere gesetzliche Regelungen erforderlich, um die Funktionsfähigkeit der Ausgleichsfonds zu gewährleisten. Der weitere gesetzliche Klarstellungsbedarf ist Teil der Vorschläge nach § 56 Absatz 4 Pflegeberufereformgesetz.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften (BT-Drucksache 18/11488) wurden Änderungsanträge mit Bezug zur Pflegeversicherung vorgelegt. Da keine Anmerkungen zu den vorgeschlagenen Regelungen bestanden, wurde auf eine schriftliche Stellungnahme verzichtet. Das Gesetz ist am 29. Juli 2017 in Kraft getreten. Insbesondere wurde § 44a Abs. 4 SGB XI geändert, was zu einer Begrenzung der Höhe der Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld führt. Darüber hinaus erfolgten konkretisierende Regelungen zum Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI.



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 zugunsten der abschlagsberechtigten Stellen nach dem AMRabG eine Gesamtreduzierung der Außenstände um rund 267 Millionen Euro erreicht werden.

4.2 Rechtsfragen in der Versicherungswirtschaft

IDD-Richtlinie – Umsetzung

Zum 23. Februar 2018 trat das deutsche Gesetz zur Umsetzung der IDD-Rahmenrichtlinie in Kraft. Hierdurch entstanden Änderungen am Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Gewerbeordnung (GewO). Auf europäischer Ebene wurde die verbindliche Anwendung der IDD dagegen auf den 1. Oktober 2018 verschoben. Der PKV-Verband hat im Zusammenhang mit dem neuartigen Durchleitungsgebot, das die Vermittlung von Tarifen mit Abschlussprovision durch Honorarberater betrifft, eine Liste mit wichtigen Fragen und Antworten für seine Mitgliedsunternehmen erstellt. Ungeklärt ist nach wie vor die Schaffung so genannter Nettotarife in der Privaten Krankenversicherung. Als Hemmschuh erweist sich insoweit das Tarifwechselrecht.

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 (VVG) und flankierender Regelungen der Krankenaufsichtsverordnung (KVAV) beschlossen. Mit der Änderung soll die Absicherung selbstständiger Frauen während der Mutterschutzzeiten verbessert werden. Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung sind seit dem 11. April 2017 verpflichtet, während der Mutterschutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz das vereinbarte Krankentagegeld zu leisten. Die Regelung ist nicht abdingbar. Für diese neue Leistung gilt eine Wartezeit von acht Monaten (§ 197 VVG). Aufgrund der Gesetzesänderung wurden die Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) angepasst und die neuartige Versicherungsleistung dort abgebildet.

Unabhängigkeit des mathematischen Treuhänders

Ausgehend von einem Urteil des Amtsgerichts Potsdam vom 18. Oktober 2016 – Az. 29 C 122/16 – bestätigt in der Berufungsinstanz durch das Urteil des Landgerichts Potsdam vom 27. September 2017 – Az. 6 S 80/16 – wird zunehmend die Wirksamkeit von Beitragsanpassungen im Verhältnis zum Versicherungsnehmer mit der fehlenden Unabhängigkeit des mathematischen Treuhänders, der der Beitragsanpassung zustimmen muss, in Frage gestellt. Die Argumentation der beiden Gerichte, die auf die wirtschaftliche Unabhängigkeit des Treuhänders abstellen, ist verfehlt, zumal eine für den Treuhänder in der Privaten Krankenversicherung nicht geltende Regelung des Handelsgesetzbuchs herangezogen wird. Die Sache ist mittlerweile beim Bundesgerichtshof anhängig. Mit einer Entscheidung wird im Laufe der zweiten Jahreshälfte 2018 gerechnet.

Besteuerung von deutschen privaten Krankenversicherungsverträgen in Frankreich

In Frankreich unterliegen bestimmte Versicherungsverträge der so genannten *taxe de solidarité additionnelle* (TSA). Im Falle des Umzugs eines Versicherungsnehmers von Deutschland nach Frankreich stellte sich die Frage, ob und wenn ja in welchem Umfang sein deutscher Vertrag über eine private Krankenversicherung der TSA unterliegt. Nach längerem Bemühen ist es dem PKV-Verband gelungen, eine offizielle Antwort des zuständigen französischen Ministeriums zu erhalten. Danach unterliegt nur der Teil des Krankenversicherungsschutzes, der sich im Verhältnis zum Basisschutz wie eine Zusatzversicherung darstellt, der TSA.

4.3 Aufsicht, Solvabilität, Rechnungslegung

Solvency II

Die privaten Krankenversicherer haben am 22. Mai 2017 erstmalig Solvency and Financial Condition Reports (SFCR) veröffentlicht. Bei allen Krankenversicherern zeigte sich zum Stichtag 31. Dezember 2016 eine Überdeckung des SCR (Solvency Capital Requirements – der Solvenzkapitalanforderung). Die mit den gebuchten Bruttobeitragseinnahmen gewichtete mittlere Bedeckungsquote der Branche lag bei sehr soliden 415 Prozent. Die privaten Krankenversicherer werden bis zum 7. Mai 2018 über die SFCR-Lage zum Stichtag 31. Dezember 2017 berichten.

Internationale Rechnungslegung (IFRS 17)

Das International Accounting Standards Board (IASB) hat am 18. Mai 2017 den neuen internationalen Rechnungslegungsstandard IFRS 17 Versicherungsverträge veröffentlicht. Der seit dem 1. Januar 2005 geltende Standard IFRS 4 Versicherungsverträge (Phase 1) wird mit IFRS 17 abgelöst, und die IFRS-Bilanzierung von Versicherungsverträgen soll mit IFRS 17 erstmals auf eine global einheitliche Grundlage gestellt werden. Die neuen Bilanzierungsvorgaben gelten ab 1. Januar 2021, verpflichtend sind sie allerdings ausschließlich für die Konzernabschlüsse kapitalmarktorientierter Versicherer. Für alle

übrigen Abschlüsse, insbesondere für die Einzelabschlüsse, gilt unverändert das deutsche Handelsgesetzbuch (HGB). Von besonderer Bedeutung ist das neue Bewertungsmodell für Versicherungsverträge. So müssen auch die langfristigen Garantien für Versicherte unter IFRS 17 zu jedem Stichtag aktuell bewertet werden. Im Ergebnis führt die Stichtagsbewertung von Zahlungsströmen, Zinseffekten, der vom Versicherer geforderten Risikomarge und vor allem der Gewinnmarge des Unternehmens zu einer im Branchenvergleich einmaligen Transparenz.

Damit der Standard ab 2021 tatsächlich greifen kann, muss er noch auf EU-Ebene beschlossen werden (so genannter Endorsement-Prozess). Dazu fordert die EU-Kommission die European Financial Reporting Advisory Group (EFRAG) auf, eine Übernahmeempfehlung für den neuen Standard zu erarbeiten. Da in den Endorsement-Prozessen auch der Rat und das Parlament der EU einbezogen sind, ist mit einer abschließenden Entscheidung der Kommission voraussichtlich im Jahr 2019 zu rechnen.

4.4 Internationales

Überarbeitung des Solvency II - Regelwerks

Nach dem Inkrafttreten des Solvency II-Regelwerks im Jahr 2016 wurden auf europäischer Ebene die ersten Prozesse zur Überarbeitung der Vorschriften gestartet. Der PKV-Verband hatte sich im Rahmen der von der europäischen Aufsichtsbehörde EIOPA durchgeführten Konsultationen mit eigenen Stellungnahmen positioniert. Im Fokus standen hierbei die Rekalibrierung des versicherungstechnischen Untermoduls Kranken für die langfristige Krankenversicherung (Health SLT).

Neben Gesprächen mit Vertretern der EIOPA stand der Verband auch mit zuständigen Beamten der Europäischen Kommission im engen Austausch um die eigenen Positionen zu untermauern. Auch auf nationaler Ebene wurden entsprechende Gespräche geführt.

Abweichend von der Überarbeitung der Kalibrierungen untersuchte die EIOPA zusätzlich das Zinsänderungsrisiko sowie die Verlustausgleichsfähigkeit latenter Steuern auf die Höhe der passiven latenten Steuern. Auch die Risikokapitalhinterlegung bei Staatsanleihen wurde von der Europäischen Aufsichtsbehörde beleuchtet und vom PKV-Verband begleitet.

Brexit

Die Europäische Kommission führte im Jahr 2017 die Verhandlungsgespräche fort, um eine Austrittsvereinbarung noch rechtzeitig vor dem EU-Austritt Großbritanniens Ende März 2019 ratifizieren zu können. Die Einzelheiten des Brexits wurden noch nicht festgelegt. Auch die Private Krankenversicherung wird in den Sachverhalten mit Bezug zum Vereinigten Königreich durch den Brexit rechtlich betroffen sein. Maßgebliches Ziel ist es aus Sicht der Verbandsgeschäftsführung, die bisherige Praxis rechtlich abzusichern. Insbesondere ist sicherzustellen, dass im Interesse der Mobilität der Versicherten in Deutschland abgeschlossene Verträge der privaten Kranken- und Pflegeversicherung auch im Wegzugsfall in das Vereinigte Königreich unverändert fortgeführt werden können. Dies setzt

zum einen die aufsichtsrechtliche Anerkennung der Verträge, zum anderen die zivilrechtliche Fortgeltung deutschen Rechts voraus. Der PKV-Verband begleitet den Austrittsprozess eng über das Brüsseler Büro und wirkt in entsprechenden Arbeitsgruppen mit.

eHealth

Die Digitalisierung gehört zu einer der zehn Prioritäten von Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker. Dementsprechend wurden im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienstleistungen verschiedenen Arbeitskreise seitens der Europäischen 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 e.V. ist der PKV-Verband auch in weiteren Arbeitskreisen und regelmäßigen Sitzungen vertreten, die von Insurance Europe geleitet werden.



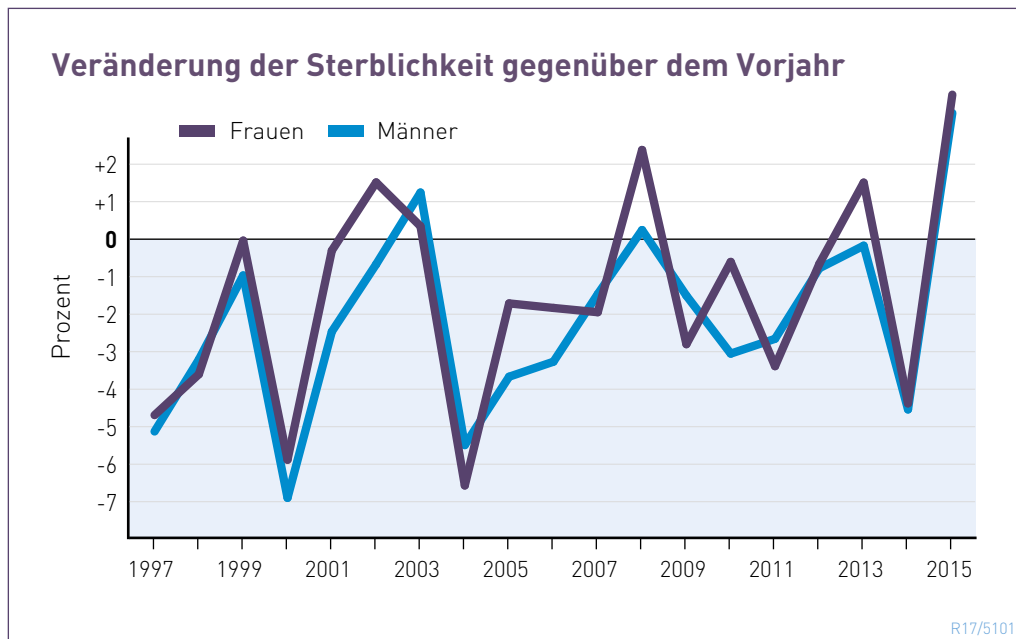
5. Aktuarielle Schwerpunkte



5.1 Entwicklung der Sterbetafel „PKV-2018“

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 zwölf weitere Aktualisierungen. In den letzten Jahren wurde die PKV-eigene Sterbetafel jährlich angepasst. Die zuletzt gültige Tafel PKV-2017 basiert auf den Statistiken der Jahre 1996 bis 2014 und enthält eine Projektion auf das Jahr 2021. Die Untersuchung der Sterblichkeitsdaten des Jahres 2015 führte zu dem Ergebnis, dass die Sterblichkeit sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zugenommen hat. Über die Extrapolation wird der Trend der Sterblichkeitsverbesserung weiter leicht reduziert. Zusätzlich war nun die Projektion auf das Jahr 2022 vorzunehmen, um die neue Sterbetafel PKV-2018 zu erstellen. Diese Tafel wurde für die Beitragsanpassungen ab 1. Januar 2018 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-2017 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 2014 – mit einer Ausnahme der Frauen im Jahr 2013 – wieder gesunken. Im Jahr 2015 ist erneut ein starker Anstieg zu beobachten. 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.

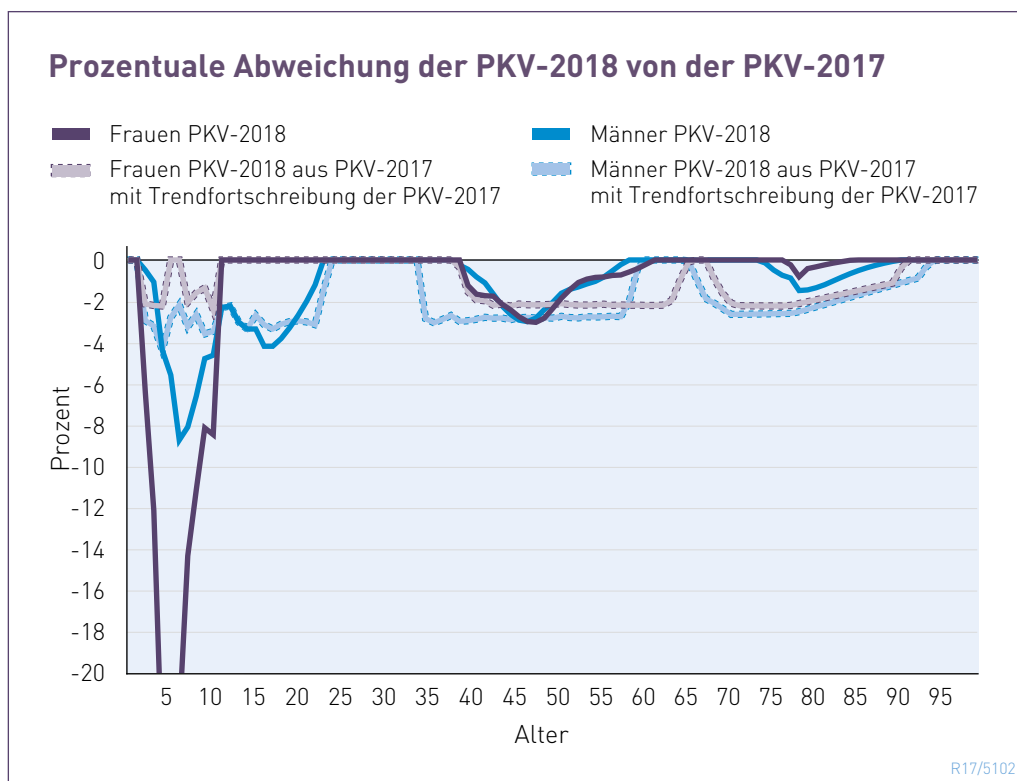
Auch für die Ermittlung der Sterbetafel PKV-2018 wurde das Verfahren unverändert durchgeführt. Es besteht aus folgenden Schritten:

- Erhebung der Ausgangsdaten
- Ermittlung der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten
- Ausgleich über die Alter nach Whittaker-Henderson
- Ausgleich über die Jahre 1996 bis 2015 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 2015. 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 2022. 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-2017) beschränkt, da Sterblichkeitsverschlechterungen auch in einzelnen Altern aus Sicherheitsgründen nicht zugelassen werden.

Der marginal reduzierte Trend in der Berechnung der PKV-2018 gegenüber der PKV-2017 führt bei der Projektion auf das Jahr 2022 im Erwachsenenbereich in vielen Altersbereichen zu geringeren Veränderungen, als wenn die Tafel PKV-2017 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-2018 bzw. der weiter extrapolierten Tafel PKV-2017 von der Tafel PKV-2017. Trotz dieses reduzierten Trends liegen die neuen Werte in einigen Altern über denen der Tafel PKV-2017. 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-2016, -2017 und -2018 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-2016	PKV-2017	PKV-2018	Bevölkerung*	PKV-2016	PKV-2017	PKV-2018
0	82,80	87,71	87,81	87,83	77,72	84,49	84,64	84,69
10	73,14	77,81	77,90	77,92	68,10	74,59	74,74	74,79
20	63,22	67,90	67,99	68,01	58,24	64,71	64,86	64,90
30	53,36	58,02	58,12	58,13	48,55	54,94	55,08	55,12
40	43,57	48,13	48,23	48,25	38,92	45,10	45,24	45,28
50	34,04	38,38	38,47	38,49	29,65	35,41	35,54	35,58
60	25,03	28,93	29,02	29,02	21,28	26,19	26,31	26,34
70	16,61	19,89	19,98	19,98	13,87	17,55	17,68	17,71
80	9,17	11,51	11,58	11,58	7,68	9,88	9,99	10,02
90	4,21	5,39	5,39	5,39	3,66	4,62	4,65	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)

R17/5103

Modellrechnungen haben ergeben, dass die geringe Änderung der Sterbetafel von PKV-2017 auf PKV-2018 auch nur einen sehr geringen Einfluss auf die Beiträge hat.

5.2 Beitragsanpassungen im Standard- und Basistarif

Da in der Privaten Krankenversicherung ein großes Änderungsrisiko hinsichtlich der Krankheitskosten besteht, müssen die Versicherungsunternehmen regelmäßig überprüfen, ob die Beiträge der Versicherten noch den gegebenen Verhältnissen entsprechen. Eine Beitragsanpassung stellt eine einseitige Vertragsänderung dar, die in § 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 rechnermäßigen Leistungen einer Beobachtungseinheit eines Tarifs um einen in den Versicherungsbedingungen festgelegten Prozentsatz, maximal 10 Prozent, voneinander abweichen, müssen die Prämien dieser Beobachtungseinheit überprüft werden. Ist diese Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen, sind die Beiträge mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders anzupassen. Außerdem sind für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif für die erwachsenen Beobachtungseinheiten jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten zu vergleichen. Ergibt hier die dem Treuhänder und der BaFin vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, hat das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

Diese jährliche Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen sowie Sterbewahrscheinlichkeiten findet auch im Standard- und Basistarif statt. Da diese Tarife per Gesetz Einheitstarife der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. sind, erfolgt auch die Beobachtung gemeinsam. Um die Rechnungsgrundlagen jährlich zu überprüfen, melden die einzelnen Unternehmen die erforderlichen Daten, das heißt die beobachteten Bestände und Leistungen, gemäß den Poolverträgen des Standard- und 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 und 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 zugewandert sind, noch geschlechtsabhängige (Bisex-)Prämien kalkuliert. Durch die Anrechnung von Alterungsrückstellungen ergibt sich dann aus den Neugeschäftsbeiträgen der zu zahlende Beitrag. Für Neukunden seit dem 21. Dezember 2012 werden allerdings die Beiträge geschlechtsunabhängig (uni-sex) 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" der Beobachtungseinheit Frauen an. Deshalb wurde zum 1. Juli 2017 in dieser Beobachtungseinheit eine Beitragsanpassung 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 Kinder und Jugendliche an. Deshalb wurde dort zum 1. Juli 2017 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 allen drei Beobachtungseinheiten Männer, Frauen sowie Kinder und Jugendliche an. Der Auslösende Faktor „Sterblichkeit“ lag für die Beobachtungseinheit Männer absolut über der Grenze von 5 Prozent. Deshalb wurden zum 1. Juli 2017 in allen Beobachtungseinheiten Beitragsanpassungen notwendig.

Im Basistarif für Nicht-Beihilfeberechtigte BTN in der geschlechtsabhängig kalkulierten Version (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach der Auslösende Faktor "Leistung" in den Beobachtungseinheiten Männer und Frauen an. Der Auslösende Faktor „Sterblichkeit“ lag für die Beobachtungseinheiten Männer und Frauen absolut über der Grenze von 5 Prozent. Deshalb wurden zum 1. Juli 2017 in diesen beiden 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 der Auslösende Faktor „Leistung“ in den beiden Beobachtungseinheiten Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche an. Der Auslösende Faktor „Sterblichkeit“ lag für Erwachsene nicht über der Grenze von absolut 5 Prozent. Aufgrund des Auslösenden Faktors "Leistung" wurden daher zum 1. Juli 2017 in beiden Beobachtungseinheiten Beitragsanpassungen notwendig.

In der geschlechtsunabhängig kalkulierten Version des Basistarifs BTN-Unisex (für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) sprach ebenfalls in allen Beobachtungseinheiten der Auslösende Faktor „Leistung“ an. Außerdem lag der Auslösende Faktor „Sterblichkeit“ für die Beobachtungseinheit Erwachsene absolut über der Grenze von 5 Prozent, so dass in beiden Beobachtungseinheiten zum 1. Juli 2017 Beitragsanpassungen durchgeführt wurden.

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 (Alter 16 bis einschließlich 20) sowie in Abhängigkeit vom Eintrittsalter.

Beitragsanpassungen im Standardtarif zum 1. Juli 2017 (STB Frauen, STN Kinder und Jugendliche)

Eine Grundlage der Kalkulation der Beiträge im Standardtarif bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2018 mit Projektion auf das Jahr 2022. Die Stornowahrscheinlichkeiten wurden aus der Stornostatistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) des Jahres 2015 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 bzw. bei Kindern und Jugendlichen 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 bzw. weiblichen Jugendlichen die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft eliminiert und anschließend auf beide Geschlechter verteilt.

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 2017 635,10 Euro.

Für ausgewählte Alter sind in der nachfolgenden Tabelle die ab 1. Juli 2017 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Frauen (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) des STB (30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) bei Ansatz des beispielhaften Verbands-Kostensatzes den zuletzt gültigen Prämien sowie dem Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2017 gegenübergestellt.

**STB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag
30 Prozent Erstattung**

Alter	Frauen Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2017
	ab 1.7.2017	ab 1.7.2016	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	91,25	86,93	+4,97	190,53
25	96,95	92,71	+4,57	190,53
30	102,37	97,72	+4,76	190,53
35	106,66	99,97	+6,69	190,53
40	111,69	103,64	+7,77	190,53
45	118,36	110,13	+7,47	190,53
50	125,97	117,44	+7,26	190,53
55	134,70	125,31	+7,49	190,53
60	131,90	121,80	+8,29	190,53
65	143,56	130,55	+9,97	190,53
70	156,77	140,45	+11,62	190,53
75	169,57	151,88	+11,65	190,53
80	181,83	163,23	+11,39	190,53
85	194,00	173,44	+11,85	190,53
90	205,43	181,07	+13,45	190,53
95	223,53	185,94	+20,22	190,53
100	232,06	186,52	+24,42	190,53

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.

R17/5401

**STB: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag
50 Prozent Erstattung**

Alter	Frauen			Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2017
	Brutto-Neugeschäftsbeiträge			
	ab 1.7.2017	ab 1.7.2016	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro
21	152,08	144,89	+4,96	317,55
25	161,59	154,51	+4,58	317,55
30	170,62	162,88	+4,75	317,55
35	177,76	166,61	+6,69	317,55
40	186,16	172,74	+7,77	317,55
45	197,26	183,56	+7,46	317,55
50	209,96	195,72	+7,28	317,55
55	224,50	208,86	+7,49	317,55
60	219,84	202,99	+8,30	317,55
65	239,27	217,58	+9,97	317,55
70	261,28	234,09	+11,62	317,55
75	282,61	253,13	+11,65	317,55
80	303,04	272,05	+11,39	317,55
85	323,34	289,07	+11,86	317,55
90	342,38	301,78	+13,45	317,55
95	372,55	309,91	+20,21	317,55
100	386,76	310,86	+24,42	317,55

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.

R17/5402

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

Die ab 1. Juli 2017 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Kinder und Jugendliche des STN sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbands-Kostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Die zuletzt gültigen Prämien sind zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

		Brutto-Neugeschäftsbeiträge		
		ab 1.7.2017	ab 1.7.2015	Veränderung
Alter		in Euro	in Euro	in Prozent
Kinder	0 - 15	138,82	108,62	+ 27,80
Jugendliche (weibl.)	16 - 20	195,22	145,10	+ 34,54
Jugendliche (männl.)	16 - 20	143,31	114,06	+ 25,64

R17/5403

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.

Beitragsanpassungen im Basistarif zum 1. Juli 2017 (BTN Männer und Frauen, BTN-Unisex und BTB-Unisex)

Eine Grundlage der Kalkulationen der Beiträge des Basistarifs bildeten die Sterbewahrscheinlichkeiten der PKV-Sterbetafel 2018 mit Projektion auf das Jahr 2022, allerdings für Erwachsene ohne Begrenzung auf die Vorgängertafel PKV-2017. 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 2015 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 aus den Durchschnittswerten der Verwaltungsaufwendungen im Basistarif der Mitgliedsunternehmen 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 Selbstbehaltstufen den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag ergab sich für das Jahr 2017 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 2017 betrug der Höchstbeitrag der GKV 682,95 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 2017 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Männer und Frauen bzw. Erwachsene (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für die Tarifstufen BTB und BTB-Unisex (jeweils bei 30 Prozent und 50 Prozent Erstattung) und der ab 1. Januar 2017 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	Frauen Brutto-Neugeschäfts- beiträge			Männer Brutto-Neugeschäfts- beiträge			Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2017
	ab 1.7.2017	ab 1.7.2015	Ver- änderung	ab 1.7.2017	ab 1.7.2016	Ver- änderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	164,31	199,18	- 17,51	176,94	175,54	+ 0,80	204,89
25	171,17	204,05	- 16,11	188,14	187,10	+ 0,56	204,89
30	179,44	208,14	- 13,79	202,09	201,91	+ 0,09	204,89
35	186,43	209,48	- 11,00	215,23	215,38	- 0,07	204,89
40	192,74	212,00	- 9,08	228,72	228,23	+ 0,21	204,89
45	198,26	216,87	- 8,58	240,72	239,76	+ 0,40	204,89
50	202,83	222,60	- 8,88	249,40	248,52	+ 0,35	204,89
55	207,09	229,04	- 9,58	255,27	254,39	+ 0,35	204,89
60	192,84	214,94	- 10,28	237,76	236,10	+ 0,70	204,89
65	199,14	223,01	- 10,70	245,78	242,51	+ 1,35	204,89
70	207,17	232,79	- 11,01	256,64	249,92	+ 2,69	204,89
75	216,79	243,29	- 10,89	266,29	258,67	+ 2,95	204,89
80	224,34	253,95	- 11,66	272,19	266,25	+ 2,23	204,89
85	229,29	264,66	- 13,36	274,62	269,78	+ 1,79	204,89
90	235,38	274,42	- 14,23	276,64	273,59	+ 1,11	204,89
95	239,77	282,40	- 15,10	278,55	277,14	+ 0,51	204,89
100	239,77	283,46	- 15,41	279,96	279,62	+ 0,12	204,89

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.

R17/5404

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

Alter	Frauen			Männer			Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2017 in Euro
	Brutto-Neugeschäfts- beiträge			Brutto-Neugeschäfts- beiträge			
	ab 1.7.2017 in Euro	ab 1.7.2015 in Euro	Ver- änderung in Prozent	ab 1.7.2017 in Euro	ab 1.7.2016 in Euro	Ver- änderung in Prozent	
21	273,83	331,97	- 17,51	294,89	292,56	+0,80	341,48
25	285,29	340,09	- 16,11	313,57	311,84	+0,55	341,48
30	299,08	346,91	- 13,79	336,81	336,51	+0,09	341,48
35	310,71	349,14	- 11,01	358,71	358,96	-0,07	341,48
40	321,23	353,33	- 9,08	381,22	380,38	+0,22	341,48
45	330,44	361,44	- 8,58	401,20	399,60	+0,40	341,48
50	338,05	371,00	- 8,88	415,68	414,22	+0,35	341,48
55	345,15	381,74	- 9,59	425,46	423,97	+0,35	341,48
60	321,40	358,23	- 10,28	396,27	393,50	+0,70	341,48
65	331,91	371,69	- 10,70	409,63	404,19	+ 1,35	341,48
70	345,29	387,98	- 11,00	427,74	416,53	+ 2,69	341,48
75	361,31	405,49	- 10,90	443,81	431,12	+ 2,94	341,48
80	373,91	423,25	- 11,66	453,65	443,74	+ 2,23	341,48
85	382,15	441,10	- 13,36	457,70	449,64	+ 1,79	341,48
90	392,30	457,37	- 14,23	461,07	455,98	+ 1,12	341,48
95	399,61	470,66	- 15,10	464,25	461,91	+0,51	341,48
100	399,61	472,44	- 15,42	466,61	466,04	+0,12	341,48

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.

R17/5405

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

30 Prozent Erstattung

Alter	Erwachsene Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Entspr. Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2017 in Euro
	ab 1.7.2017	ab 1.7.2015	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	172,87	197,77	- 12,59	204,89
25	180,53	202,06	- 10,66	204,89
30	190,72	206,46	- 7,62	204,89
35	201,11	209,79	- 4,14	204,89
40	211,93	214,13	- 1,03	204,89
45	222,15	220,04	+ 0,96	204,89
50	230,67	227,05	+ 1,59	204,89
55	236,84	235,11	+ 0,74	204,89
60	220,74	222,33	- 0,72	204,89
65	228,38	232,54	- 1,79	204,89
70	239,87	244,45	- 1,87	204,89
75	249,25	256,88	- 2,97	204,89
80	254,78	268,08	- 4,96	204,89
85	256,54	277,31	- 7,49	204,89
90	257,39	285,03	- 9,70	204,89
95	261,62	291,69	- 10,31	204,89
100	269,81	292,50	- 7,76	204,89

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.

R17/5406

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

50 Prozent Erstattung

Alter	Erwachsene Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Entspr. Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2017 in Euro
	ab 1.7.2017	ab 1.7.2015	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	288,10	329,62	- 12,60	341,48
25	300,89	336,77	- 10,65	341,48
30	317,86	344,09	- 7,62	341,48
35	335,19	349,66	- 4,14	341,48
40	353,20	356,87	- 1,03	341,48
45	370,24	366,74	+ 0,95	341,48
50	384,45	378,42	+ 1,59	341,48
55	394,74	391,85	+ 0,74	341,48
60	367,90	370,55	- 0,72	341,48
65	380,64	387,57	- 1,79	341,48
70	399,78	407,42	- 1,88	341,48
75	415,41	428,13	- 2,97	341,48
80	424,63	446,81	- 4,96	341,48
85	427,56	462,18	- 7,49	341,48
90	428,99	475,06	- 9,70	341,48
95	436,04	486,16	- 10,31	341,48
100	449,69	487,51	- 7,76	341,48

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.

R17/5407

Für ausgewählte Alter sind in den nachfolgenden Tabellen die ab 1. Juli 2017 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für Männer und Frauen bzw. Erwachsene für die niedrigste Selbstbehaltsstufe (einschl. des gesetzlichen Zuschlags in Höhe von 10 Prozent bis Alter 60) bei Ansatz des beispielhaften Verbandskostensatzes für die Tarifstufen BTN und BTN-Unisex den zuletzt gültigen Prämien sowie dem Höchstbeitrag der GKV des Jahres 2017 gegenübergestellt.

BTN: Monatliche Beiträge mit gesetzlichem Zuschlag bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	Frauen Brutto-Neugeschäfts- beiträge			Männer Brutto-Neugeschäfts- beiträge			Höchst- beitrag der GKV ab 1.1.2017 in Euro
	ab	ab	Ver-	ab	ab	Ver-	
	1.7.2017	1.7.2016	änderung	1.7.2017	1.7.2016	änderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	535,32	546,71	-2,08	549,99	583,22	-5,70	682,95
25	549,59	561,53	-2,13	576,71	612,73	-5,88	682,95
30	569,04	581,89	-2,21	613,60	653,51	-6,11	682,95
35	591,38	605,46	-2,33	657,01	696,32	-5,65	682,95
40	617,17	632,10	-2,36	707,53	741,79	-4,62	682,95
45	641,88	657,81	-2,42	756,77	787,41	-3,89	682,95
50	664,39	680,67	-2,39	798,93	828,82	-3,61	682,95
55	684,81	700,18	-2,20	832,38	863,37	-3,59	682,95
60	645,37	657,48	-1,84	787,68	816,29	-3,50	682,95
65	677,46	686,91	-1,38	828,72	852,10	-2,74	682,95
70	715,89	724,59	-1,20	877,77	889,45	-1,31	682,95
75	751,78	763,37	-1,52	916,10	927,11	-1,19	682,95
80	773,23	788,04	-1,88	934,60	953,92	-2,03	682,95
85	778,38	794,13	-1,98	938,58	961,22	-2,36	682,95
90	778,38	794,13	-1,98	938,58	961,23	-2,36	682,95
95	778,38	794,13	-1,98	938,58	961,23	-2,36	682,95
100	778,38	794,13	-1,98	938,59	961,23	-2,36	682,95

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.

R17/5408

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

Alter	Erwachsene Brutto-Neugeschäftsbeiträge			Höchstbeitrag der GKV ab 1.1.2017 in Euro
	ab 1.7.2017	ab 1.7.2016	Veränderung	
	in Euro	in Euro	in Prozent	
21	548,01	592,10	-7,45	682,95
25	573,53	618,86	-7,32	682,95
30	607,82	654,67	-7,16	682,95
35	647,04	692,46	-6,56	682,95
40	691,71	732,56	-5,58	682,95
45	734,03	772,22	-4,95	682,95
50	768,28	807,17	-4,82	682,95
55	796,26	836,74	-4,84	682,95
60	751,45	785,02	-4,28	682,95
65	788,22	814,91	-3,28	682,95
70	831,41	846,65	-1,80	682,95
75	864,62	877,03	-1,42	682,95
80	878,70	895,16	-1,84	682,95
85	881,22	899,38	-2,02	682,95
90	881,22	899,38	-2,02	682,95
95	881,22	899,38	-2,02	682,95
100	881,22	899,39	-2,02	682,95

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.

R17/5409

Wie man den Tabellen entnehmen kann, wird in vielen 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.

In den nachfolgenden Tabellen sind die ab 1. Juli 2017 gültigen monatlichen Brutto-Neugeschäftsprämien für die niedrigste Selbstbehaltsstufe für Kinder und Jugendliche für die Tarifstufen BTB und BTB-Unisex (jeweils bei 100 Prozent und 20 Prozent Erstattung) sowie BTN-Unisex aufgeführt, wobei der beispielhafte Verbandskostensatz für die Beiträge angesetzt wurde. Die zuletzt gültigen Prämien sind zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

BTB: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	100 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäfts- beiträge			20 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäfts- beiträge			
	ab	ab	Verän- derung	ab	ab	Verän- derung	
	1.7.2017	1.7.2015	in Prozent	1.7.2017	1.7.2015	in Prozent	
Kinder	0 - 15	246,47	258,92	-4,81	49,29	51,78	-4,81
Jugendl. (weibl.)	16 - 20	279,09	310,23	-10,04	55,82	62,05	-10,04
Jugendl. (männl.)	16 - 20	298,55	276,44	+8,00	59,71	55,29	+7,99

R17/5410

BTB-Unisex: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	100 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäfts- beiträge			20 Prozent Erstattung Brutto-Neugeschäfts- beiträge			
	ab	ab	Verän- derung	ab	ab	Verän- derung	
	1.7.2017	1.7.2014	in Prozent	1.7.2017	1.7.2014	in Prozent	
Kinder	0 - 15	246,47	258,01	-4,47	49,29	51,60	-4,48
Jugendl.	16 - 20	288,96	272,65	+5,98	57,79	54,53	+5,98

R17/5411

BTN-Unisex: Monatliche Beiträge bei 0 Euro Selbstbehalt

Alter	Brutto-Neugeschäftsbeiträge			
	ab 1.7.2017 in Euro	ab 1.7.2015 in Euro	Veränderung in Prozent	
Kinder	0 - 15	236,62	206,86	+14,39
Jugendliche	16 - 20	272,32	250,47	+8,72

R17/5412

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt keine Bildung von Alterungsrückstellungen.



**6. Wissenschaftliches Institut der PKV
(WIP)**

6. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) arbeitet an der Schnittstelle von Wissenschaft, Versicherungswirtschaft und Gesundheitspolitik. Die Studien des WIP bereichern die wissenschaftliche Diskussion mit Beiträgen rund um das Gesundheitssystem aus Sicht der Privaten Krankenversicherung. Das WIP unterstützt durch seine wissenschaftliche Expertise und Methodenkompetenz den PKV-Verband bei der Bewertung von gesundheitspolitisch relevanten Studien und bei der gesundheitsökonomischen Evaluierung von Prozessen und Projekten. Im Jahr 2017 brachte sich das WIP unter anderem mit Beiträgen zur Ärzteverteilung, zu den Wartezeiten im Gesundheitswesen, zum PKV-Mehrumsatz und zur Arzneimittelversorgung der Privatversicherten in die wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Debatten ein. Die größte Resonanz erzielte die Studie zu den Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. In dieser Untersuchung zeigte das WIP, dass Deutschland hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung eines der besten Gesundheitssysteme aufweist.

Das WIP pflegt Kooperationen zu Hochschulen, Instituten und wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Daraus erwachsen gemeinsame Forschungsprojekte, ein Austausch von wissenschaftlichen Methoden sowie Vorträge und Gutachter-tätigkeiten. Seit 2017 bietet das WIP interessierten Studenten, Doktoranden und Habilitanden die Möglichkeit, sie inhaltlich bei ihrer Forschungs- bzw. Studienarbeit zu Themen aus dem PKV-Kontext zu unterstützen.

Im Bereich Versorgungsforschung macht das WIP wertvolle Datenquellen für wissenschaftliche Analysen und auch für die interne Arbeit des PKV-Verbandes nutzbar und erstellt detaillierte Analysen zu verschiedenen Leistungsbereichen. Eine Rechnungsdatenaufbereitung und Rechnungsdatenanalyse erfolgt derzeit für die privatärztliche Abrechnung (GOÄ, GOZ) sowie für den Arzneimittelbereich.

Das WIP publiziert in einer eigenen Schriftenreihe sowie in Fachzeitschriften. Es verfügt über eine eigene Internetseite (www.wip-pkv.de), auf der derzeit mehr als 80 WIP-Studien im Volltext unentgeltlich zum Download zur Verfügung stehen. Über aktuelle Forschungsarbeiten und Aktivitäten informiert das WIP mit Pressemitteilungen, einem Twitter-Account und einem Newsletter. Das WIP stellt seine Erkenntnisse zudem auf wissenschaftlichen Tagungen und Kongressen vor. Im Jahr 2017 sind hierbei beispielhaft Vorträge beim Europäischen Medizinrechtstag, der dggö-Jahrestagung und beim Annual World Cancer Congress zu nennen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Forschungsergebnisse des WIP aus dem Jahr 2017 vorgestellt:

Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte

Die Studie erläutert die verschiedenen Einflussfaktoren auf die Länge der Wartezeit im Gesundheitswesen. Es wird gezeigt, dass die Wartezeiten hierzulande im internationalen Vergleich sehr kurz sind. Zudem sind die Unterschiede zwischen privat und gesetzlich Versicherten gering und haben sich in den letzten Jahren sogar angeglichen. Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass es bei akutem Behandlungsbedarf Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten gibt.

Selbst wenn der Versichertenstatus dennoch per Gesetz vereinheitlicht würde, könnte sich die Wartezeit schon rein rechnerisch aufgrund des relativ geringen Marktanteils der PKV (10,9 Prozent) kaum verändern. Im Gegenteil: Würden hierdurch Finanzmittel entzogen, würden sich die Wartezeiten sogar deutlich verlängern.

Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern

Die Studie betrachtet die Ärztedichte und die regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und in OECD-Ländern mit vergleichbarer Wirtschaftskraft. Es zeigt sich, dass die oft diskutierte regionale Ungleichverteilung der Ärzte ein internationales Phänomen ist. Eine höhere Ärztedichte in Ballungsräumen und weniger Ärzte im ländlichen Raum sind in allen betrachteten OECD-Ländern vorzufinden. Die Niederlassungsentscheidung von Ärzten ist vor allem von den regionalen Jobmöglichkeiten für den Partner, von Bildungs- bzw. Betreuungsangeboten für die Kinder, einer guten Verkehrsinfrastruktur sowie attraktiven Freizeitangeboten abhängig. Ärzte sind überall ungleich verteilt und dies ist offensichtlich unabhängig davon, wie die Gesundheitssysteme finanziert werden oder wie die Ärztevergütung ausgestaltet ist.

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Die WIP-Studie setzt die jährlich vorgenommene Analyse der Arzneimittelversorgung der Privatversicherten fort. Sie thematisiert auch in diesem Jahr unter anderem die umsatzstärksten Medikamente, neue Medikamente, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel („over the counter“, OTC) und Generika. Erstmals wird die Versorgung mit Biologika und die Versorgung mit den dazugehörigen Nachahmerprodukten, das heißt den Biosimilars, näher betrachtet.

Die Studie zeigt die hohe Dynamik im Arzneimittelmarkt. Die deutlich abweichenden Regulierungsinstrumente bei der GKV und der PKV führen hierbei zu Unterschieden in der Verordnungspraxis. Die Studie zeigt, dass neue Medikamente bei den PKV-Versicherten im Versorgungsalltag schneller ankommen als bei den GKV-Versicherten. In den ersten Jahren nach der Zulassung haben innovative Arzneimittel bei Privatversicherten eine größere Bedeutung als man das nach ihrem Bevölkerungsanteil erwarten konnte.

Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken

Für eine Apotheke ergeben sich größere Unterschiede daraus, ob ein Medikament an einen GKV-Versicherten oder einen Privatversicherten abgegeben wird. Apotheken gewähren Privatversicherten im Gegensatz zu GKV-Versicherten keinen gesetzlichen Apothekenrabatt. Zudem profitieren Apotheken vom höheren Durchschnittspreis der abgegebenen Medikamente bei Privatversicherten. Daraus ergeben sich Mehreinnahmen für die Apotheken durch die Privatversicherte in Höhe von 123 Millionen Euro im Jahr. Die Analyse weist zudem auf Abweichungen bei der Abrechnung sowie auf unterschiedliche Haftungsrisiken und (bürokratische) Aufwände hin.

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017

In der Studie werden die Unterschiede in den Vergütungssystemen von PKV und GKV in den einzelnen Leistungsbereichen quantifiziert und ein Mehrumsatz der Privatversicherten berechnet. Beim Mehrumsatz handelt es sich um diejenigen zusätzlichen Finanzmittel im deutschen Gesundheitssystem, die nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind.

Der Mehrumsatz der Privatversicherten betrug im Jahr 2015 12,63 Milliarden Euro. Er lag damit 1,4 Prozent bzw. 180 Millionen Euro höher als im Jahr 2014. Zwischen den Leistungsbereichen gibt es Unterschiede. Den größten Mehrumsatz verzeichnete die ambulant ärztliche Versorgung mit 6,1 Milliarden Euro. Der Mehrumsatz verdeutlicht die Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Infrastruktur. Die WIP-Studie zeigt darüber hinaus auch, dass die Leistungsausgaben in der PKV im Jahr 2015 um 3,3 Prozent und damit wiederholt in geringerem Maße als in der GKV (3,9 Prozent) gestiegen sind

Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – ein europäischer Überblick

Die WIP-Studie untersucht auf der Basis eines umfassenden Quellenstudiums den Zugang zur Gesundheitsversorgung in Europa. Die Untersuchung zeigt, dass hierzulande alle Bürger im Vergleich zu anderen europäischen Ländern einen sehr guten Zugang zu medizinischen Leistungen haben. Zudem verfügen Patienten nirgendwo sonst in Europa über einen derart schnellen Zugang zu innovativen Medikamenten. Ein weiteres besonderes Merkmal ist die große Wahl- und Therapiefreiheit im deutschen Gesundheitssystem. Patienten haben in Deutschland einen direkten Zugang zum Facharzt ihrer Wahl. In der Mehrzahl der anderen europäischen Länder ist dies ausgeschlossen. Auch weitere Zugangshürden, wie hohe obligatorische Zuzahlungen für ärztliche Behandlungen, sind außerhalb Deutschlands weit verbreitet.

Die Untersuchung belegt, dass in allen einheitlich organisierten Gesundheitssystemen Versorgungsunterschiede innerhalb der Bevölkerung auftreten. Gerade einkommensschwache Bevölkerungsschichten weisen in Einheitsystemen einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung auf als im dualen Gesundheitssystem in Deutschland.



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
Heinrich Frommknecht ist am 25. Mai 2018 im Alter von 86 Jahren verstorben. Der Verband der Privaten Krankenversicherung und alle Mitarbeiter werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

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: 30.04.2018)

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. Andreas Eurich – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
4. **Dr. Birgit König – stellvertr. Vorsitzende**
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
5. **Ulrich Leitermann – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
6. **Dr. Clemens Muth – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
7. **Dr. Thilo Schumacher – stellvertr. Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
8. **Michael Baulig**
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
9. **Dr. Walter Botermann**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
10. **Dr. Christoph Helmich**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
11. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
12. **Dr. Ralf Kantak**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
13. **Matthias Kreibich**
Sprecher des Vorstandes der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WaG, Frankfurt am Main
14. **Dr. Jochen Petin**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
15. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
16. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
17. **Dr. Roland Schäfer**
Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversicherungs-AG, München
18. **Oliver Schoeller** (seit 21.06.2017)
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
19. **Dr. Rainer Wilmink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
20. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

... kooptierten Mitgliedern

21. **Tillmann Lukosch** (seit 21.06.2017)
Vorstandsmitglied 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

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Michael Kurtenbach** (bis 31.05.2017)
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

Vorstand

1. **Uwe Laue – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
2. **Dr. Harald Benzing – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
3. **Dr. Andreas Eurich – stellvertr. Vorsitzender** (seit 21.06.2017)
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
4. **Dr. Birgit König – stellvertr. Vorsitzende**
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
5. **Ulrich Leitermann – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
6. **Dr. Clemens Muth – stellvertr. Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
7. **Dr. Thilo Schumacher – stellvertr. Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
8. **Dr. Volker Leienbach – geschäftsführendes Vorstandsmitglied**
Verbandsdirektor, Köln
3. **Ralph Brouwers**
Bereichsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
4. **Dr. Jan Esser**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
5. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **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
7. **Dr. Marcus Kremer**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
8. **Ulrich Lamy**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
9. **Andreas Lauth**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, München
10. **Dr. Ralph Maaßen**
Bereichsleiter Mathematik und Ertragssteuerung der AXA Krankenversicherung AG, Köln
11. **Norbert Mattar**
Bereichsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
12. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Dr. Jochen Petin**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Enivas Krankenversicherung AG, Köln
14. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
15. **Benno Schmeing** (seit 14.03.2018)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
16. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
17. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
18. **Dr. Rainer Wilmink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
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

1.2 Sonderausschüsse**a) Mathematisch-Statistischer Ausschuss**

1. **Dr. Harald Benzing – Vorsitzender** (seit 21.06.2017)
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
2. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Frank-Henning Florian** (bis 31.12.2017)
Vorsitzender des Vorstandes der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden

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**
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
4. **Annabritta Biederbick**
Hauptabteilungsleiterin des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
5. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
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**
Abteilungsleiter der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
10. **Dr. Marcus Kremer**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
11. **Mark Lammerskitten** (seit 14.03.2018)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
12. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Dr. Jochen Petin**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
14. **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
15. **Benno Schmeing** (seit 07.12.2016)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
16. **Oliver Schoeller** (seit 21.06.2017)
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

17. **Roberto Svenda**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim
18. **Dr. Dietrich Vieregge** (seit 10.10.2017)
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
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

- **Michael Kurtenbach** (bis 31.05.2017)
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Silke Lautenschläger** (bis 31.12.2017)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Manfred Schnieders** (bis 10.10.2017)
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

c) Ausschuss für Pflegeversicherung

1. **Dr. Clemens Muth – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
2. **Dr. Karl-Josef Bierth – stellvertr. Vorsitzender**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
3. **Annabritta Biederbick**
Hauptabteilungsleiterin des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
4. **Ralph Brouwers** (seit 21.06.2017)
Bereichsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
5. **Dr. Jan Esser**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Dr. Marcus Kremer**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung 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**
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
15. **Dr. Dietrich Vieregge** (seit 10.10.2017)
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
16. **Dr. Rainer Wilmink** (seit 10.10.2017)
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Michael Kurtenbach** (bis 31.05.2017)
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

d) Rechtsausschuss der PKV

1. **Dr. Peter Görg – Vorsitzender**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
2. **Christian Barton**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
3. **Harald Becker**
Abteilungsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
4. **Jürgen Berressem**
Prokurist der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Dr. Jörg Etzkorn**
Prokurist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Christina Feldhaus**
Prokuristin der AXA Krankenversicherung AG, Köln
7. **Walter Gerhard**
Handlungsbevollmächtigter der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
8. **Dr. Bettina Haase-Uhländer**
Abteilungsleiterin Krankenversicherung – Recht der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
9. **Eric Lüthe** (seit 21.06.2017)
Prokurist der Central Krankenversicherung AG, Köln

10. **Dr. Volker Marko**
Abteilungsleiter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
11. **Christine Michl**
Prokuristin der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
12. **Lutz Rellstab** (seit 10.10.2017)
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Dieter Schlegel**
Hauptabteilungsleiter der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
14. **Dr. Torsten Schulte**
Prokurist der Barmenia Krankenversicherung a. G., Wuppertal
15. **Sabine Wittmann** (seit 14.03.2018)
Abteilungsleiterin der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Horst Ayasse** (bis 31.12.2017)
Prokurist der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
- **Thomas Görges** (bis 21.06.2017)
Abteilungsleiter der Central Krankenversicherung AG, Köln
- **Bernhard Kalis** (bis 10.10.2017)
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Dr. Thilo Schumacher – Vorsitzender**
(seit 21.06.2017)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
2. **Dr. Werner van Almsick**
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**
Vorsitzender des Vorstandes 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 VVaG, 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 HanseMerkur 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 IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
19. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
20. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Michael Kurtenbach** (bis 31.05.2017)
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

f) Haushaltsausschuss

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

g) Vertriebsausschuss der PKV

1. **Dr. Andreas Eurich – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Eric Bussert**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
3. **Olaf Engemann** (seit 10.10.2017)
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
3. **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
4. **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
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. **Manfred Schnieders** (seit 10.10.2017)
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
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
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

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Stephan Schinnenburg** (bis 18.01.2018)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Klaus Tisson** (bis 17.07.2017)
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

h) Ausschuss „Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern“

1. **Ulrich Leitermann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
2. **Ralf Degenhart** (seit 14.03.2018)
stellvertr. 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**
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 HanseMerkur 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

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Rolf Florian** (bis 31.12.2017)
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

i) Ausschuss „Zukunft des Gesundheitswesens“

1. **Dr. Walter Botermann – Vorsitzender**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
2. **Michael Baulig**
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
3. **Dr. Harald Benzing**
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
4. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
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. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
10. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
11. **Dr. Thilo Schumacher**
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
13. **Roland Weber**
12 des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
13. **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Silke Lautenschläger** (bis 31.12.2017)
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

j) Rechnungsprüfer

- Johannes Grale**
Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversicherungs-AG, Hannover
- Dr. Rainer Wilmink** (seit 21.06.2017)
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

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 Barmeria 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

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 Barmeria Krankenversicherung a. G., Wuppertal
- **Ulrich Leitermann**
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund

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 IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund

d) Ausschuss Kapitalanlagen

- **Dr. Werner van Almsick**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover

- **Martin Berger**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Harald Ingo Epple**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Ludger Grothues**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
- **Martin Risse**
Vorstandsmitglied der Barmeria Krankenversicherung a. G., Wuppertal

e) Ausschuss Rechnungslegung

- **Martin Berger**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmeria 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) WaG-Ausschuss

- **Dr. Karsten Eichmann**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Andreas Eurich**
Vorsitzender des Vorstandes der Barmeria 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 IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
- **Dr. Herbert Schneidemann**
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamten Versicherung AG, München

g) Ausschuss Vertrieb

- **Peter Bochnia**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
- **Oliver Brüß**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
- **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Uwe Laue**
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
- **Dirk von der Wroge**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover

h) Ausschuss Betriebstechnik, Digitalisierung und IT

- **Dr. Mathias Bühring-Uhle**
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
- **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 IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund

I.4 Geschäftsführung

(Stand: April 2018)

- 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.-Kfm. Michael Kreher**
(Revision)
- **Frank Schlerfer**
(Pflege Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen – QPP)
- **Harald Wild**
(Zentrale Dienste)
- **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 Raitel**
(Recht)
- **Dipl.-Volkswirt Wilhelm Roos**
(Leistung stationär)
- **Rolf Rummeler**
(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)

- **Olaf Schulze**
(Leistung ambulant)
- **Roger Wahl**
(Zentrale Dienste)

Referenten

- **Dipl.-Kfm. Michael Backes**
(Revision)
- **Eric Bastendorf, M.Sc.**
(Mathematik/Statistik)
- **Dr. iur. Diana Bechte-Horbach**
(Recht)
- **Christina Beinke, M.A.**
(Kommunikation)
- **Bastian Biermann, M.A.**
(Recht)
- **Rudolf Boldt**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Stefan Brachmüller**
(Ombudsmann)
- **Stephan Caspary**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Math. Patricia Derksen**
(Mathematik/Statistik)
- **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)
- **Melanie Hansen**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Russ. Sabine Heche**
(Kommunikation)
- **Dominik Heck, M.A.**
(Kommunikation)
- **Dipl.-Kffr. (FH) Melanie Höffner**
(Interne Revision)
- **RA Clemens Hof**
(Ombudsmann)
- **Apothekerin Susanne Hübner**
(Leistung ambulant)
- **Jürgen Huppertz**
(Zentrale Dienste)
- **Anna Klawitter**
(Revision)
- **Dipl.-Pflegerin Andrea Kleiner-Zander**
(Pflege QPP)
- **Christoph Knabel**
(Zentrale Dienste)
- **RA Paul Kurscheidt**
(Pflege QPP)
- **Anna Lepka, M.Sc.**
(Revision)
- **Dirk Lullies, M. A.**
(Kommunikation)
- **Ass. iur. Michelle Mahlke**
(Ombudsmann)
- **Dr. Belinda Martschinke, MSc**
(Medizinische Leitung)
- **Matthieu Meillerais, M.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Kffr. Anne-Katrin Merkelbach**
(Zentrale Dienste)
- **Wirtschaftsmath. Maik Moritz, B.Sc.**
(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)
- **Pascal Preuß**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Verw.wirtin Anja Radtke-Panse, M.A.**
(Politik)
- **Stephan Räder, B.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **Kirsten von Reth**
(Pflege QPP)
- **Ass. iur. Sabine Rettschlag**
(Ombudsmann)
- **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)
- **Hildrun Schürig, B.Sc.**
(Zentrale Dienste)
- **Dipl.-Pflegerin Barbara Schütt**
(Pflege QPP)
- **Guido Steigner, B.A.**
(Zentrale Dienste)
- **Dr. med. Hannah Stelberg**
(Leistung ambulant)
- **RA'in Sandy Stephan**
(Ombudsmann)

- **Hans-Jürgen Szabries**
(Pflege QPP)
- **Dr. Getachew Befekadu Tessema**
(Zentrale Dienste)
- **Katharina Thiemann, MBA**
(Zentrale Dienste)
- **Melanie Thom**
(Zentrale Dienste)
- **Anne Timm**
(Kommunikation)
- **RA Jörg Uthmann**
(Leistung Pflege)
- **Dipl.-Kffr. Meltem Uzunlar**
(Revision)
- **Ron-Gerrit Vahle**
(Zentrale Dienste)
- **Ass. iur. Anne Kristina Vieweg**
(Leistung Pflege)
- **Sébastien Vion, LL.M.**
(Revision)
- **Ass. iur. Judith Vollmer**
(Ombudsmann)
- **Ass. iur. Markus Vomweg**
(Leistung stationär)
- **Stephan-Matthias Wagner, M.Sc.**
(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)
- **Ass. iur. Frank Zimmermann**
(Leistung Wahlleistung)

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**, Vorstandsvor-
sitzender der Bayerische Beamtenkranken-
kasse 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 IDUNA),
44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**, ordentl. Vor-
standsmitglied der SIGNAL IDUNA
* Monika **Möhlig-Doetsch**, 1. Handlungsbevoll-
mächtigte (SIGNAL IDUNA, 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 IDUNA),
44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**, ordentl. Vor-
standsmitglied der SIGNAL IDUNA
* Monika **Möhlig-Doetsch**, 1. Handlungsbevoll-
mächtigte (SIGNAL IDUNA, 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. Vorstands-
mitglied 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 (Continental),
44139 Dortmund
E-Mail: pkv.lasa@continentale.de

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

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

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Landesausschuss Schleswig-Holstein

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

Vorstand: Dr. Karl-Josef **Bierth**, ordentl. Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA

- * Monika **Möhlig-Doetsch**, 1. Handlungsbevollmächtigte (SIGNAL IDUNA, 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: April 2018)



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.de
service@axa.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

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

Bahnhofplatz, 96450 Coburg
Postanschrift: 96444 Coburg
Tel.: (09561) 96-0 / Fax: (09561) 96-36 36
www.huk.de
info@huk-coburg.de

inter
VERSICHERUNGSGRUPPE

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

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 Krankenversicherung a.G.
Pettenkoferstraße 19, 80336 München
Postanschrift: 80283 München
Tel.: (089) 51 52-0 / Fax: (089) 51 52-15 01
www.muenchener-verein.de
info@muenchener-verein.de



NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
Postanschrift: 90334 Nürnberg
Tel.: (0911) 5 31-0 / Fax: (0911) 5 31-32 06
www.nuernberger.de
info@nuernberger.de

ottonova

ottonova Krankenversicherung AG
Ottostraße 4, 80333 München
Tel.: (089) 12 14 07 12
www.ottonova.de
support@ottonova.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 IDUNA 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



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



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



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.stmartinusvwa.de
info@stmartinusvwa.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



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

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

II. Publikationen des PKV-Verbandes

(www.pkv.de/service)

„PKV Publik“

Verbandszeitschrift; bis Ende 2017 zehnmal jährlich erschienen

„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

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

„Die PKV in der Niedrigzinsphase“ (Flyer)

„Vorsicht, Einheitskasse!“ (Flyer)

„Die PKV als Wirtschaftsfaktor“ (Flyer)

„Fakten zum deutschen Gesundheitssystem“ (Flyer)

„Fakten, die für die PKV sprechen“ (Flyer)

„Fakten zur geförderten Pflegezusatzversicherung“ (Flyer)

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

„Pflegekompetenz der Privaten Krankenversicherung“ (Flyer)

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

"Starke Stimmen für ein starkes Gesundheitssystem" (Flyer)**"Beamtenanfänger mit Behinderungen bzw. Vorerkrankungen: Häufig gestellte Fragen zur Kranken- und Pflegeversicherung" (Merkblatt)****„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 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.“**Veröffentlichungen des
Wissenschaftlichen Instituts der PKV – WIP**

- Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 – Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen,
WIP-Analyse 01/2018 (März), Christine Arentz
- Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte,
WIP-Diskussionspapier 3/2017 (Dezember), Verena Finkenstädt
- Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern,
WIP-Diskussionspapier 2/2017 (Oktober), Christine Arentz
- Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich,
Christian O. Jacke, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-1-3 (August 2017)
- Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken,
WIP-Kurzanalyse 1/2017 (Juni 2017), Frank Wild
- Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017,
WIP-Diskussionspapier 1/2017 (Mai 2017), Sonja Hagemeister, Frank Wild,
- Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – ein europäischer Überblick,
Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9818269-0-6, (März 2017)

- Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, WIP-Diskussionspapier 1/2016 (Dezember), Frank Wild
- Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse 3/2016 (November 2016), Frank Wild, Christine Arentz
- Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV, WIP-Kurzanalyse 2/2016 (November 2016), Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild
- Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 – Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP-Kurzanalyse 1/2016 (April 2016), Verena Finkenstädt
- Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, WIP-Diskussionspapier 4/2015 (November 2015), Verena Finkenstädt
- Prävalenz und Krankheitskosten der HIV-Infektion in der PKV, WIP-Kurzanalyse 3/2015 (November 2015), Dr. David Bowles, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild
- Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler – Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV, WIP-Kurzanalyse 2/2015 (November 2015), Dr. Frank Wild
- Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, WIP-Diskussionspapier 3/2015 (September 2015), Dr. Frank Wild
- Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands, WIP-Kurzanalyse 1/2015 (Juli 2015), Dr. Frank Wild
- Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015 (April 2015), Dr. Frank Niehaus
- Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt – Eine Analyse der neusten Entwicklung, WIP-Diskussionspapier 1/2015 (März 2015), Dr. Frank Niehaus
- Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-8-4 (März 2015)
- Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich – Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-7-7 (Februar 2015)
- Die Heilmittelversorgung der PKV und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 02/2014 (Dezember 2014), Verena Finkenstädt
- Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014 (Juli 2014), Dr. Frank Wild
- Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-6-0

- Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion,
Prof. Dr. Bruno Schönfelder, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-5-3
- Das Gesundheitssystem in Singapur,
WIP-Diskussionspapier 3/2013 (Juli 2013), Verena Finkenstädt
- HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung,
WIP-Diskussionspapier 2/2013 (Mai 2013), Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild
- Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011,
WIP-Diskussionspapier 1/2013 (März 2013), Dr. Frank Niehaus
- Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick,
Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6
- Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV,
WIP-Diskussionspapier 4/2012
- Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008,
WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Dr. Torsten Keßler
- Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich – Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010,
WIP-Diskussionspapier 2/2012, Dr. Frank Niehaus
- Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich,
Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5
- Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten,
WIP-Diskussionspapier 1/2012, Dr. Frank Wild

Alle genannten Publikationen ebenso wie ältere Veröffentlichungen des WIP finden Sie unter www.wip-pkv.de