

Was uns *bewegt*



Rechenschaftsbericht 2018/19



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Editorial // 04-05

Inhalt

Themen // 06-15

08 // Auf den Kopf gestellt

Der „Sockel-Spitze-Tausch“ in der Pflege ist keine gute Idee

10 // Beiträge in der PKV

Die Anpassungsvorschriften müssen modernisiert werden

12 // Kein Erfolgsmodell

Die „pauschale Beihilfe“ für Beamte bringt nur Nachteile

14 // Höhere Mehrumsätze

Ärzte auf dem Land profitieren besonders von Privatversicherten

Geschäftsbereiche // 16-49

18 // Politik

Ende der großen Systemdebatten

22 // Recht

300 Millionen Euro für die Branche

26 // Leistung

Medizinischer Fortschritt –
schnell und unbürokratisch

30 // Pflege

Hoffnung auf mehr Transparenz

33 // Mathematik-Statistik

Prüfen und prüfen lassen

36 // Kommunikation

Das Internet ersetzt nicht den
persönlichen Kontakt

40 // Medizinischer Leiter

Die PKV am Verhandlungstisch

44 // Zentrale Dienste

Vorleben stiftet Vertrauen

48 // Wissenschaftliches Institut

Blick über den Tellerrand

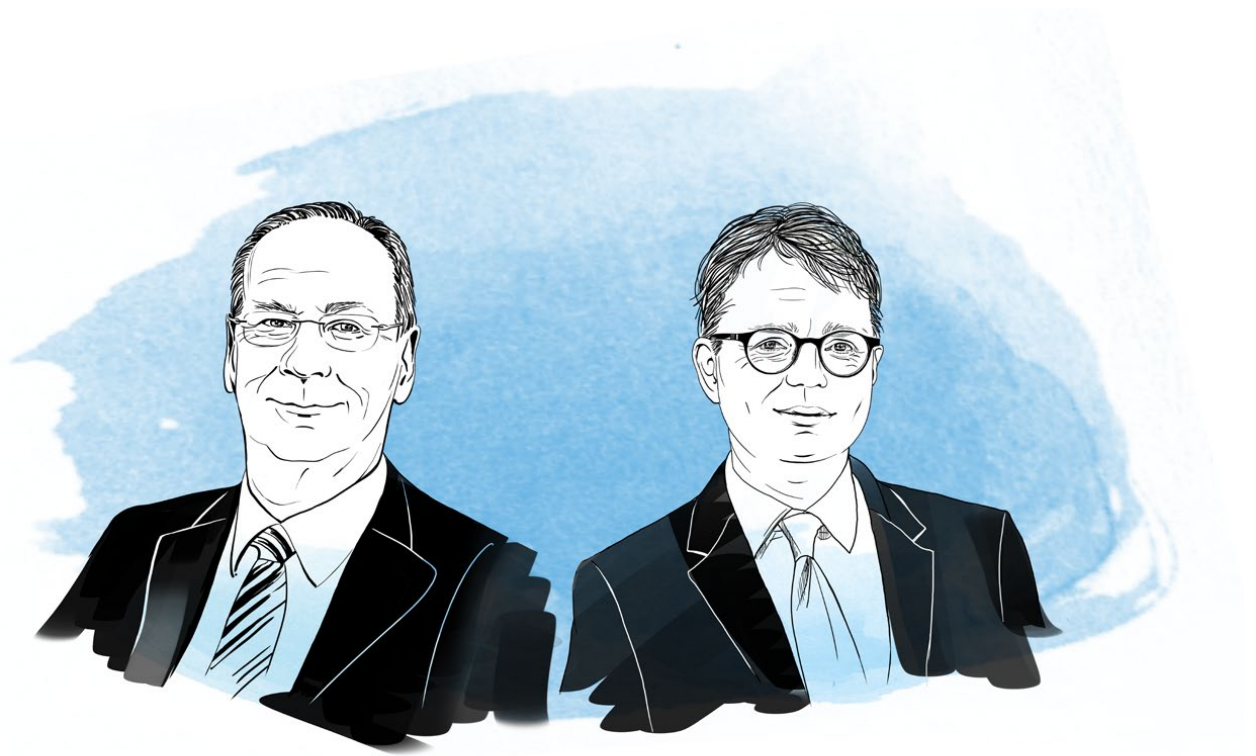
Zahlen // 50-55

Anhang // 56-66

56 // Ausschüsse des Verbandes

61 // Mitgliedsunternehmen

64 // Gesetzgebung 2018/2019



Liebe Leserinnen und Leser

Die Menschen in Deutschland spüren die Folgen einer alternden Gesellschaft immer deutlicher: Fast jeder hat bereits einen Pflegebedürftigen im persönlichen Umfeld, und wer sich im Krankenhaus behandeln lässt, merkt, dass der Bedarf an Pflegekräften riesengroß ist. Dennoch kommen die Probleme der demografischen Entwicklung in der öffentlichen Debatte kaum vor. Im Gegenteil: Auf der politischen Agenda stehen vor allem Forderungen nach Leistungsausweitungen. Prominentes Beispiel dafür sind die aktuellen Überlegungen über dauerhafte und unbegrenzte Leistungsausweitungen in der Pflege.

Diesen Gedankenspielen liegt das Prinzip Hoffnung zugrunde. Es setzt darauf, dass es in Zukunft genügend viele und leistungsfähige Beitragszahler gibt. Doch genau das ist nicht mehr gegeben.

Besser ist es, selbst für die zukünftigen Krankheits- und Pflegekosten vorzusorgen. Die Privatversicherten tun das bereits, indem sie von Anfang an Rückstellungen dafür bilden. Das ist das Wesen der Kapitaldeckung. So gelingt es der Privaten Krankenversicherung (PKV), das einmal gegebene Leistungsversprechen gegenüber den Versicherten dauerhaft zu garantieren – unabhängig von der demografischen und

wirtschaftlichen Entwicklung. Wie wertvoll diese vertraglich garantierte Leistungszusage ist, wird den Versicherten umso bewusster werden, je stärker die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung durch die abnehmende Zahl von leistungsfähigen Beitragszahlern unter Druck geraten werden.

Aber natürlich soll man ein gutes Produkt noch weiter verbessern. Deswegen arbeiten wir daran, die Private Krankenversicherung noch attraktiver zu gestalten.

Zum Beispiel wollen wir den Mechanismus bei notwendigen Beitragsanpassungen für unsere Ver-

sicherten verbessern. Ziel ist es, die Beitragsentwicklung zu verstetigen. Durch modernisierte Kalkulationsregeln würden sich die Beiträge für die Versicherten berechenbarer entwickeln. Dafür brauchen wir allerdings eine gesetzliche Regelung.

Ein wichtiger Erfolg war die Entscheidung des Bundesgerichtshofes Ende 2018 zu den Verfahrensregeln für Beitragserhöhungen. Er hat bestätigt, dass das seit 25 Jahren etablierte Verfahren zur Beteiligung von Treuhändern rechtmäßig ist.

Auch wenn Beitragsanpassungen in der Privaten Krankenversicherung regelmäßig im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen: Tatsache ist, dass die langfristige Beitragsentwicklung im Schnitt geringer ist als in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das ist ein weiterer Beleg dafür, wie gut unser System der Kapitaldeckung funktioniert.

Deshalb sollten noch mehr Menschen die Wahlmöglichkeit haben, sich für die private Absicherung zu entscheiden. Gerade für Angestellte ist das jedoch wegen der gesetzlich vorgeschriebenen Einkommensgrenze oft nicht möglich. Aus diesem Grund treten wir dafür ein, diese Grenze zumindest einzufrieren, wenn nicht sogar zu senken.

Das wäre ein wichtiger Schritt für mehr Wahlfreiheit.

Bisher wird Wahlfreiheit in der Politik jedoch meist nur in die andere Richtung gedacht. Jüngstes Beispiel dafür ist die Einführung eines Beitrags-Zuschusses für gesetzlich versicherte Beamte im rot-grün regierten Hamburg im August 2018. Erste Erfahrungen zeigen, dass sich die neu eingestellten Beamten davon nicht täuschen lassen. Mehr als vier von fünf Neubeamten entscheiden sich in der Hansestadt weiterhin für die bewährte Kombination aus Privater Krankenversicherung und individueller Beihilfe.

Überdies hat die Private Krankenversicherung in diesem Jahr weitere Verbesserungen für die Beamten und ihre beihilfeberechtigten Angehörigen umgesetzt. Seit Januar 2019 gilt die sogenannte Öffnungsaktion mit erleichtertem Zugang für erkrankte und behinderte Beamte auch für die Gruppe der Beamten auf Widerruf. Damit können wir allen Neubeamten ein sehr gutes Angebot machen.

Darüber hinaus wollen wir Chancen der Digitalisierung stärker nutzen und Innovationen in das Versorgungsgeschehen bringen. Die Branche wird einen Innovations-

fonds auflegen, mit dem Startup-Unternehmen unterstützt werden sollen, gute Ideen auch in die breite Versorgung zu bringen.

Das sind nur einige der Pläne, mit denen wir die Private Krankenversicherung weiterhin als tragende Säule des dualen Gesundheitssystems positionieren werden. Wir sind uns bewusst, dass diese Rolle mit einer hohen Verantwortung einhergeht. Denn natürlich gibt es auch Fälle, in denen das Leben nicht wie geplant verläuft und Menschen in Problemlagen Unterstützung benötigen. Hier bieten die Sozialtarife der Privaten Krankenversicherung heute schon gute Absicherungsmöglichkeiten. Noch besser wäre es, wenn ausnahmslos alle Privatversicherten wieder die Chance bekommen würden, im Falle finanzieller Probleme in den bewährten PKV-Standardtarif zu wechseln. Doch leider hat der Gesetzgeber diesen Weg für alle neuen Versicherten seit 2009 versperrt. Daher ist unser Appell an die Politik, den Versicherten hier mehr Flexibilität zu geben.

Denn eine verlässliche Absicherung im Krankheits- und Pflegefall gehört zum Gesamtpaket für ein gesundes Leben. Dafür steht die Private Krankenversicherung.



Uwe Laue
Vorstandsvorsitzender



Dr. Florian Reuther
Verbandsdirektor



Themen



Auf den **jdoy** gestellt

Unter dem klingenden Schlagwort „**Sockel-Spitze-Tausch**“ wollen mehrere Bundesländer die Leistungen der Pflegeversicherung dauerhaft und unbegrenzt ausweiten. Darunter leiden die Generationengerechtigkeit wie auch die Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung.

Die sinnvolle Begrenzung der Sozialabgaben auf 40 Prozent wäre nicht mehr zu halten.

Es wäre die Umkehr des bisherigen Prinzips der Kostenaufteilung: Hamburg, Berlin, Bremen und Schleswig-Holstein haben im Jahr 2019 eine Bundesratsinitiative gestartet, um die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung grundlegend zu ändern. Sie wollen den heutigen Eigenanteil an den Pflegekosten einfrieren.

Zukünftige Kostensteigerungen der Pflege soll hingegen vollständig die Pflegeversicherung tragen. Damit würden diese Kosten jedoch auf die Beitrags- und auch auf die Steuerzahler von morgen verlagert, da es nach den Plänen der Initiatoren einen Steuerzuschuss zur Pflegeversicherung geben soll. Begründet wird der Vorstoß damit, dass immer mehr Pflegebedürftige wegen hoher Eigenanteile in die Sozialhilfe rutschen würden.

Entscheidung vertagt

Zwar haben die Initiatoren den Punkt im Frühjahr 2019 von der Tagesordnung des Bundesrates genommen, als sich dafür keine Mehrheit abzeichnete. Der Antrag bleibt aber im Verfahren und kann jederzeit wieder aufgerufen werden. Sollte sich doch noch eine Mehrheit dafür finden, wäre das angesichts des demografischen Wandels in Deutschland die denkbar schlechteste Lösung. Denn mit dem eingefrorenen Eigenanteil würde sich die heutige Pflegegeldversicherung mittelfristig in eine Pflegevollversicherung verwandeln, die Rechnung dafür aber als ungedeckter Scheck in die Zukunft verschoben.

Scheitern an selbst gesteckten Zielen

Bei genauer Betrachtung kann die Länderinitiative keines der selbst gesetzten Ziele erreichen. Es droht kostbare Zeit verspielt zu werden, die zum Aufbau von mehr Eigenvorsorge genutzt werden sollte.

Und sie weckt Erwartungen, die sie enttäuschen muss: Der „Sockel-Spitze-Tausch“ deckelt nämlich nur den Eigenanteil an den Pflegekosten. Die Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Investitionen in den Pflegeeinrichtungen wachsen aber weiter – und damit auch die Eigenanteile der Versicherten.

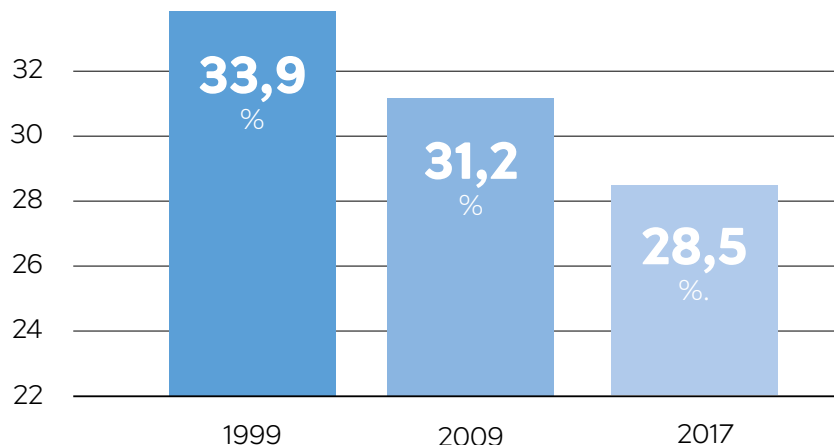
Auch die pauschale Annahme, dass immer mehr Pflegebedürftige zu Sozialfällen würden, ist falsch. Laut Statistischem Bundesamt ist der Anteil der Pflegeheimbewohner, die „Hilfe zur Pflege“ erhalten, rückläufig. Waren es kurz nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung noch 33,9 Prozent, sank der Anteil bis 2017 auf 28,5 Prozent. Entgegen häufigen Vermutungen ist die ältere Generation auch nicht per se finanziell überfordert. Vielmehr ist die Einkommens- und Vermögenssituation der Rentnerhaushalte besser denn je. Auch deshalb liegt das Armutsrisiko der über 65-Jährigen derzeit unter dem der Gesamtbevölkerung – und insbesondere deutlich unter dem von jungen Erwachsenen.

Überdies wäre der Vorschlag sozialpolitisch nicht gerecht. Von der Deckelung der Pflegekosten würden nämlich auch Normal- und Gutverdiener profitieren. Das wäre gerade

Anteil der Hilfe-Empfänger geht zurück

Anteil der Empfänger von
„Hilfe zur Pflege in
Einrichtungen“ in Prozent

Quelle: Statistisches Bundesamt



Die Annahme, dass immer mehr Pflegebedürftige zu Sozialfällen werden, ist falsch.

bei denjenigen ein falsches Signal für weniger statt mehr Eigenvorsorge, die aus eigener Kraft für ihre Pflegekosten aufkommen oder dafür vorsorgen können.

In der Finanzierungsstruktur der Pflege würde es zu kritischen Verschiebungen kommen. Die Haushalte der Länder würden entlastet, weil sie weniger für die „Hilfe zur Pflege“ zahlen müssen, Beitragszahler und Arbeitgeber dafür aber zusätzlich belastet. Dadurch wäre die wirtschaftspolitisch sinnvolle Begrenzung der Sozialabgabenquote auf 40 Prozent nicht mehr zu halten. Der Bundeshaushalt würde durch den neuen Steuerzuschuss ebenfalls zusätzlich belastet, was letztlich die Einhaltung der Schuldenbremse erschweren oder gar gefährden würde.

Und nicht zuletzt wäre der sogenannte „Sockel-Spitze-Tausch“ eine massive Ausweitung der Umlagefinanzierung in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dabei steht diese schon im Status quo durch den demografischen Wandel vor einem Finanzierungsproblem.

Alle Prognosen zeigen: Auf die Pflegeversicherung kommen in der Zukunft erhebliche Mehrkosten zu. Denn die Bevölkerung wird immer älter. Dadurch wird es immer mehr Pflegebedürftige geben – und gleichzeitig immer weniger junge Menschen, die deren

Kosten tragen müssen. In umlagefinanzierten Systemen wie der Sozialen Pflegeversicherung führt das zu einem enormen Druck auf die Beiträge oder Steuern derjenigen, die später aktiv dieses Geld erwirtschaften müssen. Das wäre ein massiver Verstoß gegen die Generationengerechtigkeit.

Statt immer mehr Pflegeleistungen über das Umlagesystem zu finanzieren und Steuerzuschüsse zu fordern, sollte die Politik sich lieber für den Ausbau der Eigenvorsorge stark machen. Alles andere wäre verantwortungslos und ginge immer zu Lasten jüngerer Generationen.

Schon heute kann jeder auf kapitalgedeckte private Zusatzversicherungen zugreifen, die es ermöglichen, ein relativ teures Risiko wie die Pflege mit relativ kleinen Beiträgen abzusichern. Zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung lässt sich damit durchaus für überschaubare Beiträge eine „Pflegevollversicherung“ erreichen. Das ist nicht nur gut für die Versicherten, die Vorsorge für den Pflegefall treffen, ohne die nachfolgenden Generationen noch weiter zu belasten. Es ist auch gut für die Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen, die von dieser Gesellschaft eine angemessene Honorierung und stabile Refinanzierung ihrer Leistungen erwarten.

Beiträge in der PKV: nachhaltig und leistungsgerecht

In der Privaten Krankenversicherung sorgt jede Versichertengeneration für sich selbst vor. Das Verfahren ist objektiv und missbrauchssicher. Dass es trotzdem zuweilen in der Kritik steht, liegt vor allem an veralteten Anpassungsvorschriften.

Die Private Krankenversicherung kalkuliert ihre Beiträge so, dass sie für jeden Tarif lebenslang die Ausgaben der Versicherten decken.

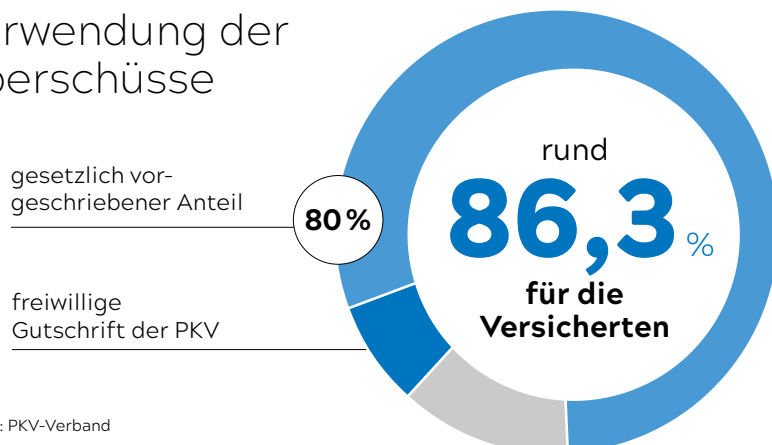
Dabei bezieht die PKV zu Versicherungsbeginn zwei Faktoren mit ein, die nachweisbar die Gesundheitskosten beeinflussen: das Alter sowie den Gesundheitszustand bei Eintritt in die Versicherung. Als dritter Faktor kommt der Umfang der

versicherten Leistungen hinzu. Verschlechtert sich im Laufe der Zeit der individuelle Gesundheitszustand, hat das dann keine Auswirkungen auf den Beitrag mehr – genau das ist ja der Kern einer Krankenversicherung.

Zudem trifft die PKV bei ihrer Kalkulation Vorsorge dafür, dass man im Alter im Schnitt mehr Gesundheitskosten als in jungen Jahren verursacht: Privatversicherte zah-

len anfangs höhere Beiträge, als es ihren tatsächlichen Gesundheitsleistungen, ihrem Risiko, entspricht. Die Differenz geht in die „Alterungsrückstellung“ – die Versicherung legt sie als Vorsorge gewinnbringend am Kapitalmarkt an. Später dient dieses Geld dazu, die höheren Gesundheitskosten der Versicherten im Alter zu decken. Privatversicherte belasten also nicht nachfolgende Generationen – ein nachhaltiges, generationengerechtes Verfahren.

Verwendung der Überschüsse



Quelle: PKV-Verband

Die Beiträge in der PKV entsprechen den versicherten Leistungen. Beitragserhöhungen führen nicht zu mehr Gewinn für die PKV-Unternehmen. Denn das Plus wird für die ermittelten Mehrleistungen verwendet. Ohnehin müssen die Versicherer 80 Prozent ihrer Überschüsse den Versicherten gutschreiben. Tatsächlich übertreffen sie diese Anforderung sogar.

WAS BESSER SEIN KÖNNTE

Obwohl das Kalkulationsverfahren der PKV erprobt und nachhaltig ist, könnte die Politik es im Interesse der Versicherten noch verbraucherfreundlicher ausgestalten:

→ **Verstetigung:** Die Kostensteigerungen überschreiten nicht in jedem Jahr die für eine Beitragsanpassung vorgeschriebenen Schwellenwerte. Daher fließen auch Veränderungen der Vorjahre in die Beiträge ein, sobald der Schwellenwert dann irgendwann überschritten wird. Über die Jahre

aufgelaufene Mehrkosten werden den Versicherten also nachträglich auf einen Schlag in Rechnung gestellt. Im Interesse der Versicherten sollte der Gesetzgeber stattdessen eine Verstetigung der Beitragsentwicklung ermöglichen.

→ **Zins als Auslösender Faktor:** Kann ein PKV-Unternehmen einen einkalkulierten Zinssatz nicht mehr erwirtschaften, muss es den Beitrag des Tarifs erhöhen. Dies darf es erst, wenn es wegen Kostensteigerungen ohnehin zu einer

Beitragserhöhung kommt; die Erhöhung ist dann umso größer. Sinnvoll wäre es stattdessen, wenn bereits die Änderung der Zinsen als solche eine Neukalkulation erlauben würde.

→ **Treuhändlerverfahren:** Trotz der höchstrichterlichen Bestätigung des etablierten Treuhändlerverfahrens in der PKV wäre eine Reform des Verfahrens sinnvoll. Ziel dabei sollte sein, dass es mittelfristig deutlich mehr Treuhänder in der PKV gibt.

Warum es trotzdem zu Beitragserhöhungen kommt

Gleichwohl gibt es in der PKV Beitragserhöhungen. Das haben Versicherte der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung in den Jahren 2018 und 2019 teils spürbar erfahren. In der Krankenversicherung sind steigende Preise für die medizinische Versorgung ein wesentlicher Grund dafür. So werden zum Beispiel neue und teilweise teure Arzneimittel automatisch in den Leistungsumfang einbezogen. Dadurch bleibt der Versicherungsschutz immer auf dem aktuellen Stand. Auch die anhaltende Niedrigzinsphase ist ein Grund für die jüngsten Beitragsanpassungen. Mittlerweile sind die gesunkenen Zinsen jedoch in vielen PKV-Tarifen berücksichtigt.

In der Privaten Pflegeversicherung kam es aufgrund der Leistungsausweitungen durch die jüngsten Pflegereformen zu deutlichen Beitragsanpassungen – pro Kopf in etwa

vergleichbar mit der Entwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung.

Doch unabhängig vom Grund gelten für Beitragserhöhungen klare Regeln: Das Versicherungsunternehmen muss die Beiträge immer dann überprüfen und gegebenenfalls neu kalkulieren, wenn die festgestellten Ausgaben in einem Tarif um mindestens 10 – teilweise auch 5 – Prozent von den ursprünglich kalkulierten Ausgaben abweichen. Ist dieser Schwellenwert überschritten, muss es alle Rechnungsgrundlagen überprüfen. Es muss damit insbesondere auch die Auswirkungen des gesunkenen Zinses bei einer Neuberechnung des Beitrags mit einkalkulieren.

Willkür der Versicherung ist bei diesem Verfahren ausgeschlossen. Sie muss alle Beitragserhöhungen einem unabhängigen Treuhänder zur Überprüfung vorlegen, bevor sie in Kraft treten. Die Anforderungen an die Auswahl dieser Treuhänder sind streng. Sie werden von der

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) geprüft und überwacht.

Im Beitragsvergleich kann sich die PKV sehen lassen

Aufgrund dieser Vorschriften kam es in der Krankenversicherung in jüngster Vergangenheit zu Beitragssprüngen. In der Pflegeversicherung für Beihilfeberechtigte steht noch einmal eine spürbare Erhöhung bevor, weil der gesunkene Zins in diesem Tarif bisher nicht mit eingerechnet werden durfte. Ansonsten hat sich die Lage jedoch branchenweit beruhigt: Im Jahr 2018 stiegen die Beiträge im Durchschnitt mit 1,9 Prozent nur moderat. Insgesamt sind sie von 2009 bis 2019 durchschnittlich um 2,8 Prozent pro Jahr gestiegen, gegenüber 3,3 Prozent in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das zeigt: Im langfristigen Beitragsvergleich kann sich die Private Krankenversicherung sehen lassen. ■

Kein Erfolgsmodell

Die „**pauschale Beihilfe**“ für Beamte bringt nur Nachteile.

Für Beamte in Deutschland gibt es ein bewährtes System der Absicherung im Krankheits- und Pflegefall. Sie haben Anspruch auf individuelle Beihilfe durch ihren Dienstherrn. Ist eine medizinische Behandlung notwendig, übernimmt dieser mindestens 50 Prozent der Kosten. Den Rest decken die Beamtinnen und Beamten über eine Private Krankenversicherung ab.

Mit der Einführung eines Zuschusses als pauschale Beihilfe wollen nun rot-rot, rot-grün oder rot-rot-grün regierte Bundesländer ihre Beamten zu einer Absicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) motivieren. In Hamburg gilt die Neuregelung bereits seit August 2018, Bremen und Brandenburg haben im Mai 2019 entsprechende Gesetze beschlossen. Ansonsten stehen nur noch Thüringen und Berlin diesem Experiment offen gegenüber.

Rein ideologische Gründe

Was als „Stärkung der Wahlfreiheit von Beamten“ verkauft wird, hat in Wirklichkeit rein ideologische Gründe. Der SPD-Bundestagsabgeordnete Karl Lauterbach preist das „Hamburger Modell“ als einen „großartigen Schritt in Richtung Bürgerversicherung“. Die SPD erhofft sich nämlich, das Projekt Bürgerversicherung, dem sie mehr als 15 Jahre nicht nähergekommen ist, nun in Teilschritten einzuführen. Einer davon soll eben die pauschale Beihilfe sein. Das Kalkül: Es sollen sich noch mehr Menschen im umlagefinanzierten System der GKV als im kapitalgedeckten System der Privaten Krankenversicherung absichern. Würden die Befürworter der „pauschalen Beihilfe“ es wirklich ernst mit der Wahlfreiheit in

der Krankenversicherung meinen, müssten sie erst einmal die Versicherungspflichtgrenze für Millionen in der GKV pflichtversicherte Arbeitnehmer senken.

Schritt in Richtung Bürgerversicherung

Um ihr politisches Ziel zu erreichen, nehmen SPD, Grüne und Linke billigend in Kauf, dass sich so gut wie alle Beteiligten schlechter stellen – allen voran die Beamten selbst. Das fängt schon bei der vielfach beschworenen Wahlfreiheit an. Die wird mit der pauschalen Beihilfe in Wirklichkeit sogar eingeschränkt. Bedingung für den Zuschuss zur GKV ist nämlich, dass die Beamten ihren Anspruch auf die individuelle Beihilfe unwiderruflich aufgeben. Die sich daraus ergebenden Nachteile dürften indes vielen Beamten erst später bewusst werden. Denn die individuelle Beihilfe des Dienstherrn steigt je nach Lebenssituation auf bis zu 80 Prozent, die Beiträge für eine Private Krankenversicherung sinken entsprechend. Wer sich vorschnell zur Absicherung in der GKV entschlossen hat, kann sich später aber nicht mehr umentscheiden.

Hinzu kommt, dass es durch die unterschiedliche Gesetzgebung in einzelnen Bundesländern zu Insellösungen kommt, was die Flexibilität der Beamten einschränkt. Bisher haben sich eben nur drei Bundesländer für die Einführung der pauschalen Beihilfe entschieden. Selbst wenn etwa mit Thüringen noch ein viertes hinzukommt, bleibt es bei einem geografischen Flickenteppich. Beamte,

94

Prozent der Beamten entscheiden sich für die Kombination aus Beihilfe und PKV.

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

ÖFFNUNGSAKTION

Die PKV steht allen Beamten offen – auch jenen mit Vorerkrankungen oder Behinderungen. Das garantiert die dauerhafte Öffnungsaktion, die seit 1. Januar 2019 auch für Beamte auf Widerruf gilt. Das bedeutet konkret:

- Bei allen teilnehmenden Mitgliedsunternehmen ist eine Aufnahme in für Beamte auf Widerruf offene Tarife garantiert.
- Eventuelle Risikozuschläge sind auf maximal 30 Prozent begrenzt.
- Es gibt keine Leistungsausschlüsse.

Voraussetzung ist lediglich, dass die Beamten den Antrag auf Aufnahme im Rahmen der Öffnungsaktion innerhalb von sechs Monaten nach der Verbeamtung stellen.

➔ www.beamte-in-der-pkv.de

die sich in einem der genannten Länder für die pauschale Beihilfe entschieden haben, würden also bei einem Wechsel in ein anderes Bundesland keinen Dienstherrn finden, der dies ebenfalls anbietet. Sie müssten den kompletten Beitrag zur GKV wieder selbst tragen.

Beamtenbund lehnt pauschale Beihilfe ab

Kein Wunder also, dass der Dachverband dbb beamtenbund und tarifunion die Einführung einer pauschalen Beihilfe mit deutlichen Worten ablehnt. So sagte der Zweite Vorsitzende des dbb, Friedhelm Schäfer, bei einer Bundestagsanhörung: „Die herkömmliche Beihilfe ist ein bedeutender Attraktivitätsfaktor des Berufsbeamtentums, der mit Blick auf die notwendige Nachwuchsgewinnung kommuniziert statt konfisziert werden sollte.“

Auch die Beamten selbst lassen sich übrigens nicht täuschen. Die ersten Zahlen aus Hamburg zeigen, dass sich nach wie vor eine sehr große Mehrheit der Neubeamten für die klassische Absicherung aus individueller Beihilfe und Privater Krankenversicherung entscheidet. Das ist kein Wunder, da nur diese Kombination einen maßgeschneiderten Versicherungsschutz bietet, der sich bei Bedarf jederzeit an neue Lebenssituationen anpassen lässt. Dabei ist von einem guten Standard- bis zum

Komfortschutz alles möglich. So entscheiden sich Beamte in der Regel für ein Leistungspaket, das über den Schutz in der GKV hinausgeht. Sie können sich zum Beispiel ambulant im Krankenhaus behandeln lassen, haben Anspruch auf eine Chefarztbehandlung oder die Unterbringung im Einzelzimmer. Wofür der Versicherte sich in der PKV auch entscheidet: Die vereinbarten Leistungen sind – anders als in der GKV, wo der Gesetzgeber Leistungen kürzen kann – privatrechtlich geschützt und gelten ein Leben lang. Diese Vorteile kommen allen Neubeamten zu Gute, unabhängig von eventuell bestehenden Vorerkrankungen oder Behinderungen.

Die herkömmliche Beihilfe ist ein bedeutender Attraktivitätsfaktor des Berufsbeamtentums.

Beamte entscheiden sich bei der Wahl der Absicherung für den Krankheitsfall rationaler als die Befürworter der „pauschalen Beihilfe“ meinen. Das Ziel, einen Großteil der Beamten in die GKV zu locken, wird sicher nicht erreicht. Frust in manchem Einzelfall über Fehlentscheidungen zu Laufbahnbeginn durch falsche Anreize ist aber programmiert. ■

Ärzte auf dem Land profitieren überproportional von Privatversicherten

Regionalatlas Bayern: Neue Daten widerlegen ein zentrales Argument von Befürwortern einer einheitlichen Gebührenordnung.

SPD, Grüne und Linke fordern regelmäßig, die Vergütung ärztlicher Leistungen zu vereinheitlichen. Und das, obwohl das gesamte Gesundheitswesen in Deutschland gerade davon profitiert, dass Privatpatienten in vielen Bereichen höhere Honorare zahlen. Der PKV-Regionalatlas Bayern zeigt nun erstmals, wie stark sich diese Vorteile gerade in ländlichen Gebieten auswirken.

Ausgangspunkt ist der sogenannte Mehrumsatz der Privatversicherten. Er entsteht, weil Privatpatienten für viele Leistungen höhere Honorare entrichten, als sie bei gesetzlich Versicherten anfallen. Dadurch fließt zusätzliches Geld ins Gesundheitssystem, das Ärzte, Apotheken, Therapeuten und Krankenhäuser in ihrer Region in Fachpersonal oder moderne Geräte investieren können. Davon profitieren natürlich auch gesetzlich Versicherte. Aktuell beträgt der Mehrumsatz der Privatversicherten 12,9 Milliarden Euro pro Jahr, knapp 6,3 Milliarden davon entfallen auf die ambulante ärztliche Versorgung.

Der PKV-Regionalatlas Bayern zeigt, dass die Mehrumsätze der

Privatversicherten gerade Ärzten auf dem Land überproportional zugutekommen und damit einen wichtigen Anteil an Einkommen und Fortbestand der Praxen haben. In ganz Bayern, auch auf dem Land, gibt es einen relevanten Anteil von Privatpatienten. Den niedrigsten PKV-Anteil gibt es mit 7,9 Prozent in Schweinfurt. Der durch die Privatpatienten entstehende Mehrumsatz beträgt in dem Bundesland 2,2 Milliarden Euro jährlich. Umgerechnet sind das etwa 170 Euro je Einwohner.

Fehlende Privatversicherte sind nicht der Grund für den Ärztemangel auf dem Land.

Gleichzeitig ist der reale Wert der Mehrumsätze auf dem Land in der Regel größer als in Ballungszentren. Das liegt daran, dass in der Stadt Gehälter, Mieten, und andere Kos-

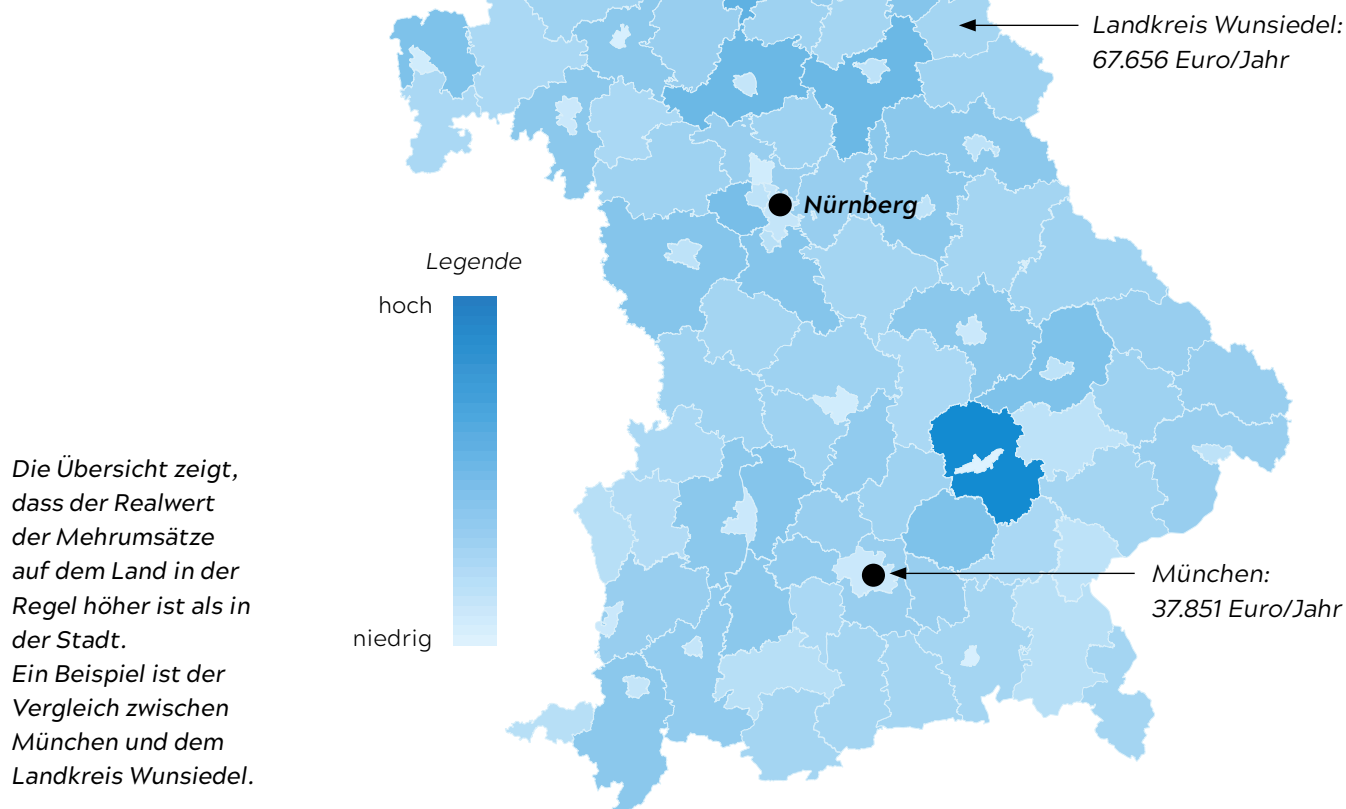
ten höher liegen als auf dem Land. Mehrumsätze in Ballungszentren sind damit weniger wert. Hinzu kommt, dass Privatversicherte auf dem Land häufig älter sind und im Durchschnitt mehr ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Beides macht sich bemerkbar. Ein Beispiel: Während bei den Ärzten im Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge Mehrumsätze im Realwert von 67.656 Euro je Praxis anfallen, sind es in den Arztpraxen in München nur 38.000 Euro jährlich.

Schließlich widerlegt der PKV-Regionalatlas Bayern die These, wonach sich Ärzte weniger in ländlichen Regionen niederlassen, weil es dort keine oder weniger Privatversicherte gebe. Denn obwohl für einen Arzt im ländlichen Raum jährlich ein durchschnittlicher Mehrumsatz von 65.191 Euro anfällt, bei einem Kollegen in der Stadt aber nur 53.147 Euro, liegt die Ärztedichte in den ländlichen Gebieten mit 164 Ärzten je 100.000 Einwohner unterhalb städtischer Ballungsgebiete mit 214 Ärzten. Mit anderen Worten: Der Grund für den Ärztemangel auf dem Land sind nicht fehlende Privatversicherte. Vielmehr sind andere Kriterien für die Stand-

Höhere Mehrumsätze auf dem Land

Mehrumsätze (Realwert) in Bayern je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Quelle: PKV-Regionalatlas Bayern



ortentscheidung der Ärzte relevant, vor allem das (Arbeits-)Umfeld für Partner und Familien.

Der PKV-Regionalatlas Bayern zeigt damit, dass eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung, wie sie unter anderem die SPD anstrebt, keineswegs zu einer besseren Verteilung der Ärzte in Deutschland führen würde. Im Gegenteil: Ländliche Regionen ständen bei einer Vereinheitlichung der Vergütungssysteme wieder einmal als Verlierer da. Es ist davon auszugehen, dass sich in anderen Bundes-

ländern ein ähnliches Bild zeigen wird. Weitere Berechnungen dazu laufen bereits.

Berechnungen für weitere Bundesländer folgen.

Es bleibt abzuwarten, ob die im Koalitionsvertrag verankerte Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen

(KOMV) auch Stellung zu einer einheitlichen Gebührenordnung nehmen wird. Doch fest steht schon jetzt: Nicht eine Vereinheitlichung der Gebührenordnungen, sondern die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wäre ein substanzieller Beitrag zur Modernisierung des Vergütungssystems. Der PKV-Verband hat dazu mit der Bundesärztekammer (BÄK) umfassende Vorarbeiten geleistet. Einer Novellierung der GOÄ wäre noch in dieser Legislaturperiode machbar. ■

➤ www.pkv.de/regionalatlas



Geschäfts- bereiche





„Die Zeit der großen Systemdebatten ist vorbei.“

*Statt auf die Bürgerversicherung als Maximalforderung setzen Gegner des dualen Systems mittlerweile auf eine Politik der kleinen Schritte. Welche Herausforderungen das für die PKV mit sich bringt und welche politischen Diskussionen zu erwarten sind, erläutert der Geschäftsführer Politik im PKV-Verband, **Dr. Timm Genett**.*

Herr Genett, was sind die Aufgaben der Politikabteilung im PKV-Verband?

Wir sind Ansprechpartner für Ministerien, Fraktionen, Bundes- und Landtagsabgeordnete zu allen Fragen, die die PKV betreffen. Dazu gehört, die komplexe Welt der PKV verständlich zu machen. Und natürlich müssen wir permanent die politische Erwartungshaltung in die Branche hinein vermitteln. Insofern haben

wir eine Scharnierfunktion zwischen Parlament und Regierung einerseits und den Unternehmen der Branche andererseits.

Dabei bedienen wir uns der klassischen Instrumente des Monitoring und des Lobbying: Wir analysieren die politische Debatte und beobachten den Willensbildungsprozess möglichst schon vor dem Start der eigentlichen Gesetzgebung. Und wir entwickeln strategisch wie sachlich in Kooperation mit den Fachab-

Die SPD hat inzwischen erkannt, dass eine Radikalreform mit einer Bürgerversicherung für alle nicht möglich ist.

teilungen die Positionen des PKV-Verbandes in Grundsatz- und Detailfragen des Gesundheitssystems. In diesem Kontext produzieren wir regelmäßig Inhalte zur Stärkung unserer Argumentationsbasis.

Können Sie ein Beispiel geben?

Wir beschäftigen uns aktuell mit dem Vorurteil, dass Ärzte sich bevorzugt in städtischen Regionen niederlassen, weil es dort viele Privatversicherte gibt. Doch wenn man sich die Situation auf dem Land genauer ansieht, wird deutlich, dass gerade die Ärzte dort von der Privaten Krankenversicherung profitieren. Das haben wir in einem ersten Schritt mit unserem Regionalatlas für Bayern gezeigt. Die Berechnungen für weitere Bundesländer laufen bereits.

Grundsätzlich kümmern wir uns um jedes politisch für die PKV relevante Thema. Sei es die Entwicklung eines Tarifwechselleitfadens zur Stärkung der Wahlfreiheiten von Privatversicherten, sei es die Konzipierung der Stiftung Gesundheitswissen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz oder sei es die Gründung einer Abteilung für Prävention und Gesundheitsförderung, um unserer Rolle als Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz gerecht zu werden.

Wie bewerten Sie die politischen Entwicklungen des vergangenen Jahres?

Das Jahr 2018 hat mit einer schwierigen Regierungsbildung begonnen. Die SPD hatte ja zunächst ausgeschlossen, sich an einer Regierung zu beteiligen. Nachdem aber die Verhandlungen für eine Jamaika-Koalition gescheitert waren, war schnell klar, dass daran kein Weg vorbeiführte. Für diese Kehrtwende musste sie ihre Mitglieder gewinnen. Daher hat die SPD in den Koalitionsverhandlungen mit der Union plötzlich auf andere Themen gesetzt als im Wahlkampf. Auf einmal wurde

die Forderung nach einer Bürgerversicherung wieder laut, obwohl sie im Wahlkampf keine Rolle gespielt hatte.

Weiß die SPD nicht, was sie will?

Parteiensoziologisch betrachtet ist das Verhalten der SPD durchaus schlüssig: Solange sie sich im Wahlkampf befand, war sie gut beraten, das Thema Bürgerversicherung nicht in den Mittelpunkt zu rücken. Schließlich hatte sie die Wähler im Blick. Und da die Menschen in Deutschland allgemein sehr zufrieden mit ihrer medizinischen Versorgung sind, machte es wenig Sinn, sich für einen Systembruch einzusetzen. Später ging es aber eben nicht mehr um die Wähler, sondern um die eigenen Parteimitglieder. Und da ist die Bürgerversicherung ein integrationsstiftender Kitt. Insofern war es nicht verwunderlich, dass es in den Koalitionsverhandlungen eine Neugewichtung gegeben hat.

Allerdings mit einem wesentlichen Unterschied: Denn die SPD hat inzwischen erkannt, dass eine Radikalreform mit einer Bürgerversicherung für alle ab einem bestimmten Stichtag nicht möglich ist. Die rechtlichen und technischen Hürden sind dafür unüberwindbar. Deshalb hat die Partei auf kleinere, überschaubare Projekte gesetzt und diese als Schritte zur Bürgerversicherung inszeniert. Das Ziel einer Bürgerversicherung bleibt dabei aber im Fokus.

Um welche Projekte handelt es sich dabei?

Zum einen geht es um die Einführung eines Arbeitgeberzuschusses für gesetzlich versicherte Beamte zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen. Dieses Vorhaben treiben von der SPD mitregierte Länder seit einiger Zeit auf Landesebene voran. Natürlich hätte die Partei gern eine Regelung auf Bundesebene gehabt. Das scheiterte aber am Wider-

Die Stärken der PKV werden in einer alternden sondern sogar noch an Bedeutung gewinnen.

stand der Union. Die Koalitionsverhandlungen haben gezeigt, dass die Union die neue Strategie der SPD von Anfang an durchschaut hat.

Bedeutet die Änderung bei der Beamtenversorgung in den Ländern tatsächlich einen schleichenden Einstieg in eine Bürgerversicherung?

Die Bürgerversicherung ist zwar das Motiv für diese Änderungen, sie wird aber nicht das Ergebnis sein. Die Beamten entscheiden bei der Wahl der Krankenversicherung rationaler als der rot-rot-grüne Gesetzgeber sich das vorstellt. Die Kombination aus Beihilfe und Privater Krankenversicherung ist für die Beamten mit Blick auf Leistung und Preis unschlagbar.

Gibt es weitere Projekte in Richtung Bürgerversicherung?

Ja, die Angleichung der Gebühren in der ambulanten Versorgung, also der Gebührenordnung für Ärzte bei Privatpatienten und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bei gesetzlich Versicherten. Auch das sieht die SPD als Schritt in Richtung Bürgerversicherung. Im Koalitionsvertrag bekam sie eine Kommission, die sich mit der Reform der Gebührenordnungen beschäftigen soll. Ich werte das als politischen Kompromiss. Es bleibt abzuwarten, was die Analyse der Kommission ergibt.

Daneben gibt es zwei weitere Themen, die die SPD immer wieder als Bürgerversicherung verkauft, obwohl sie damit nichts zu tun haben.

Welche sind das?

Das eine ist die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei den GKV-Beiträgen. Dieses Projekt hat Gesundheitsminister Jens Spahn ja ziemlich rasch umgesetzt.

Das zweite ist eine Verkürzung der Wartezeiten für GKV-Mitglieder, Stichwort Terminservice- und Versorgungsgesetz. Das ist eine „Lösung“, die kein Mensch braucht, weil das GKV-System schon bisher mit durchweg akzeptablen Wartezeiten gut funktioniert hat. Das sieht der GKV-Spitzenverband im Übrigen genauso. Aber die SPD hat aus weltanschaulichen Gründen das Thema als angeblich riesiges Problem definiert. Und der Koalitionspartner hat diese Wahrnehmung angenommen und war schnell bereit, sich damit zu identifizieren.

Die Folge ist eine Gesetzgebung, die am Ende die Beitragszahler deutlich mehr kosten, das Hauptproblem bei den Wartezeiten gesetzlich Versicherter aber nicht beheben wird. Das ist nämlich die Tatsache, dass die Budgetierungslogik im GKV-System den Anreiz selbst schafft, Patienten am Ende eines Quartals auf das nächste Quartal zu vertrösten.

Was bedeutet diese Politik der kleinen Schritte für die PKV?

Im Koalitionsvertrag steht nichts, was der PKV schadet. Trotzdem prägen natürlich die Diskussionen über die einzelnen Schritte zur Vereinheitlichung der Systeme die gesundheitspolitische Agenda mit. Das

ist für uns durchaus eine Herausforderung. Bei den bisherigen Forderungen nach einer Radikalreform konnten wir die Absurdität leicht transparent machen: Sie würde nicht nur das Ziel von „mehr Gerechtigkeit“ nicht erreichen, sondern dabei auch die gute Versorgung gefährden. Das kann man zeigen.

Jetzt haben wir es mit Projekten zu tun, die die Bürgerversicherungsparteien unter anderen Überschriften verkaufen können. Zum Beispiel den Arbeitgeberzuschuss für Beamte als sozialpolitisches Instrument für Beamte mit kleinen Einkommen. Und die Kommission zur Reform der Gebührenordnungen spricht plötzlich über die richtigen „Anreize“ für Leistungserbringer. Das ist eine ganz andere Diskussionsebene.

Statt uns auf einer weltanschaulichen Ebene zu bewegen, müssen wir jeden konkreten Schritt beleuchten: Was ist die Zielsetzung? Sind die Instrumente richtig? Wie hoch sind die Transaktionskosten? Gibt es preiswertere Alternativen?

Welche konkreten Herausforderungen drohen in diesem Jahr?

Ein ganz zentrales Thema ist die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung. Im Moment sind leider diejenigen in der Offensive, die immer mehr Umlagefinanzierung fordern. Bestes Beispiel ist das Bundesland Hamburg, das mit dem sogenannten Sockel-Spitze-Tausch die Eigenverantwortung begrenzen und die Versicherungsleistungen

Gesellschaft nicht nur Bestand haben,

weiter ausbauen will. Und das nach einem Beitragsanstieg um 50 Prozent in nur fünf Jahren.

Wie wird sich das weiterentwickeln?

Im Gesundheits- und Pflegebereich diskutiert die Politik über Leistungsausweitungen, als gäbe es kein Morgen. Es wird aber nicht ständig wirtschaftlich so gute Zeiten wie jetzt geben – mit einem so hohen Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter, die in die Versicherung einzahlen. Außerdem wird die Baby-boomer-Generation in den nächsten 10 bis 15 Jahren in Rente gehen und muss dann von den Jüngeren mitfinanziert werden. Schon bald werden wir wieder Diskussionen über Leistungskürzungen und Beitragssteigerungen führen.

Gefordert wurde auch ein Steuerzuschuss zur Pflege ...

Auch ein Steuerzuschuss wäre nicht nachhaltig. Wie bei der Beitragsfinanzierung gibt es auch hier das Problem, dass das Verhältnis zwischen den Einzahlern und denen, die Leistungen erhalten, immer ungünstiger wird. Mit Blick auf diejenigen, die das System finanzieren, muss die Politik also irgendwann gegensteuern. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wird es dann nicht zum ersten Mal zu einer Diskussion über die Kürzung von Leistungen kommen. Und in der Pflege wird die Zeit umlagefinanzierter Leistungsausweitungen schon bald ein Ende haben. Die Versicherten werden für

den Pflegefall zukünftig mehr vorsorgen müssen.

Lässt sich das durchsetzen?

Jede Diskussion über Leistungseinschränkungen kann in einer alternden Gesellschaft natürlich zu erheblichem Widerstand führen. Ich bin aber optimistisch, dass auch die ältere Generation den Zusammenhang sieht, dass dieses Land für zukünftige Beitragszahler-Generationen attraktiv bleiben muss. Da müssen wir zu einem fairen Ausgleich kommen.

für einen Neustart der Beziehungen zwischen Versicherten und Versicherern. Nehmen wir zum Beispiel den Bereich eHealth: In Zukunft werden Patienten in der Lage sein, auf ihre Gesundheitsdaten jederzeit, an jedem Ort und präzise wie vollständig zuzugreifen. Hier können die Versicherungsunternehmen neue Schnittstellen zum Kunden schaffen und ein integriertes Versorgungsmanagement anbieten. Das beschleunigt den Weg der Privaten Krankenversicherung vom „payer“ zum „player“.

In der Gesundheits- und Pflegepolitik diskutieren die Parteien über Leistungsausweitungen, als gäbe es kein Morgen.

Wo sehen Sie die PKV im Jahr 2030?

Die Stärken der PKV werden in einer alternden Gesellschaft nicht nur Bestand haben, sondern sogar noch an Bedeutung gewinnen. Wahlfreiheit, lebenslange Leistungsgarantie, Eigenverantwortung, die Bildung von Alterungsrückstellungen oder auch Therapiefreiheit und Innovationsmotorik sind hier die entscheidenden Stichworte. Diese Wesensmerkmale werden wir noch stärker als bisher herausstellen.

Zudem sind der demografische Wandel, die Individualisierung der Gesellschaft sowie die Digitalisierung Herausforderung und Chance

RECHT



Dr. Florian Reuther, Geschäftsführer Recht und seit März 2019 Direktor des PKV-Verbandes, über die vielfältigen Aufgaben seines Bereichs, europäische Herausforderungen und Erfolge im Sinne der Privatversicherten.

Herr Reuther, der Geschäftsbereich Recht blickt auf ein ereignisreiches Jahr 2018 zurück. Was war das wichtigste Thema?

Am meisten haben uns die Rechtsstreitigkeiten um die Unabhängigkeit der mathematischen Treuhänder beschäftigt. Ausgangspunkt war die Rechtsprechung des Amts- und Landgerichts Potsdam. Diese Auseinandersetzung führte letztlich im Dezember 2018 zu einem Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH), das im Hinblick auf die Anforderungen an die Unabhängigkeit des Treuhänders für Klarheit und Rechtssicherheit gesorgt hat.

Welche Rolle hat die Rechtsabteilung des PKV-Verbandes gespielt?

Wir haben zahlreiche Rechtsfragen aufgearbeitet und im Rahmen einer

Informationsveranstaltung dargestellt. Weiterhin haben wir Gutachten in Auftrag gegeben, um die juristische Sachlage auffangen und untermauern zu können. Die Abteilung lieferte die wesentlichen Argumente, um die Unternehmen bei den Verfahren zu unterstützen. Zudem haben wir uns intensiv mit Szenarien befasst, die sich aus unterschiedlichen Urteilen für die Private Krankenversicherung ergeben hätten. Aber das hat sich nun erledigt.

Ist das Thema für die Abteilung jetzt abgeschlossen?

Nein, die Rechtsstreitigkeiten gehen weiter. Es gibt noch verfassungsrechtliche Fragen, die geklärt werden müssen. Außerdem streben wir weiterhin an, dass es zumindest eine andere Aufsichtspraxis bei der Bundesanstalt für Finanzdienst-

leistungsaufsicht (BaFin) gibt. Offen geblieben ist auch die Frage, welche Anforderung an die Begründung von Beitragsanpassungen zu stellen ist. Das bleibt eines der ganz großen Themen. Auch dazu gibt es Rechtsprechung. Aber eben noch keine BGH-Entscheidung.

Wann rechnen Sie mit einem BGH-Urteil?

Kurzfristig ist das nicht zu erwarten. Es können aber immer Entwicklungen eintreten, durch die wir eine höchstrichterliche Rechtsprechung bekommen.

Am 1. August 2018 hat Hamburg die pauschale Beihilfe eingeführt. Das Modell ist umstritten. Warum?

Bei der pauschalen Beihilfe erhalten Beamte einen Zuschuss, wenn sie sich für die Gesetzliche Krankenver-

„Wir haben über 300 Millionen Euro für die Branche und die Beihilfe gesichert.“

sicherung entscheiden. Wir sehen keinen Bedarf für eine derartige Neuregelung, denn die Beamtinnen und Beamten sind in der Privaten Krankenversicherung sehr gut abgesichert.

Die mangelnde Nachfrage bestätigt uns in diesem Punkt. Der Vorstoß ist unserer Ansicht nach allein ein Versuch, einen Schritt in Richtung Bürgerversicherung zu gehen. Denn isoliert für eine kleine Personengruppe soll zu Lasten der PKV Wahlfreiheit zwischen PKV und GKV eingeführt werden, obwohl der ganz überwiegende Großteil der Bevölkerung der Versicherungspflicht in der GKV unterliegt und keine Wahlfreiheit hat.

Wie bewerten Sie das Modell aus juristischer Perspektive?

Wir haben verfassungsrechtliche Einwände gegen die pauschale Beihilfe. Diese stehen bisher aber nur in Gutachten. Wir werden noch genau

prüfen, wie man diese Einwände vor Gericht bringen kann.

Seit Januar 2019 erhalten auch Beamte auf Widerruf erleichterten Zugang zur PKV. Wie war Ihre Abteilung an den Vorbereitungen dafür beteiligt?

Die Rechtsabteilung hat die Ausweitung der Öffnungsaktion begleitet und tatkräftig unterstützt. Allem voran haben wir uns mit den rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Erweiterung befasst. Außerdem haben wir in enger Abstimmung mit dem Bereich Mathematik-Statistik und unseren Mitgliedsunternehmen den sogenannten Überschadenausgleichsvertrag neu aufgesetzt.

Ein regelmäßiges Thema im Bereich Recht sind Steuerfragen. Gibt es hierzu Berichtenswertes?

Ein Erfolg war zum Beispiel die Re-

form des Körperschaftsteuergesetzes. Nach fast 15 Jahren Diskussion ist es gelungen, hier im Jahr 2018 eine Neufassung im Sinne der Branche zu erreichen. Wir konnten zum 1. Januar 2019 eine unbefristete Regelung durchsetzen, in der auch die erfolgsunabhängigen Rückstellungen für Beitragsrückerstattung steuerfrei gestellt wurden. Das war ein sehr positives Ereignis.

Gibt es weitere Beispiele?

Sehr am Herzen lag uns eine Klärung im Bereich der ausländischen Versicherungssteuer. Wir haben seit einiger Zeit versucht, eine Einschätzung von den französischen Behörden zu bekommen, welchen steuerlichen Status deutsche private Krankenversicherungsverträge in Frankreich unterliegen. Die langwierigen Bemühungen haben sich gelohnt, die PKV hat eine offizielle Stellungnahme der zuständigen französischen Behörde bekommen.

ÜBERSCHADENAUSGLEICH

Der Überschadenausgleich ist Teil der Öffnungsaktionen für Beamte. Er wird durchgeführt, um die Aufnahme von Personen mit erhöhtem Risiko in den einzelnen Versicherungsunternehmen möglich zu machen.

Wir werden uns weiter ausführlich mit Solvency II und dem Review 2018 sowie 2020 befassen.

Mit welchem Ergebnis?

In Frankreich unterliegen bestimmte Versicherungsverträge einer gesonderten Steuer. Das gilt auch für Versicherungsverträge der deutschen Privaten Krankenversicherung. Wir haben nun die Antwort bekommen, dass nur derjenige Teil des Krankenversicherungsschutzes dieser Steuer unterliegt, der über einen Basisschutz hinausgeht.

Ein Dauerthema für die PKV ist die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Gab es hier Fortschritte?

Ich bin selbst Teil des Verhandlungsteams. Wir haben in verschiedenen Terminen mit den Vertretern der Bundesärztekammer und Fachgesellschaften die Legenden verhandelt. Das waren durchaus anstrengende Verhandlungsrunden. Im September 2018 waren die Gespräche dann abgeschlossen. Am Ende haben wir uns dann auch einigen können. Ich bin zuversichtlich, dass wir die gute Zusammenarbeit mit Klaus Reinhardt, dem neu gewählten Präsidenten der Bundesärztekammer, erfolgreich fortsetzen werden.

Wie geht es jetzt weiter?

Der nächste Schritt sind die konkreten Preisverhandlungen. Dazu müssen die beiden Verhandlungsseiten zunächst ihre Preisvorstellungen präsentieren.

Um viel Geld geht es für die Branche auch bei der Durchsetzung von Herstellerrabatten gegenüber Pharmaunternehmen. Wie hat sich die Lage 2018 entwickelt?

Schon 2017 sind wir mit einer Vielzahl von Klagen gestartet. Wir konnten 2018 eine ganze Reihe dieser Verfahren zu unserer Zufriedenheit abschließen. Es ist uns gelungen, über 98 Prozent unserer Hauptforderungen durchzusetzen. In Zahlen bedeutet das, wir haben weit über 300 Millionen Euro Rabatte für die Branche und für die Beihilfe gesichert. Das Thema wird uns auch im laufenden Jahr beschäftigen, da nach wie vor noch einige Verfahren anhängig sind.

Am 25. Mai 2018 trat die europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Kraft. Wie ist der Verband davon betroffen?

Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung verfügen

naturgemäß über große Mengen an personenbezogenen, besonders sensiblen Gesundheitsdaten. Daher tauchten durch die Verordnung zahlreiche neue datenschutzrechtliche Anwendungsfragen auf. Das hat uns stark beschäftigt. Eine unserer zentralen Aufgaben war es zum Beispiel, die DSGVO-konformen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen umzusetzen. Diese Vorschriften sind wichtig, damit Versicherungsverhältnisse überhaupt zustande kommen können. Wir unterstützen auch unsere Tochterunternehmen wie MEDICPROOF und compass, die in ihrer Arbeit viel mit Versicherten zu tun haben. Und natürlich wurden verbandsintern die organisatorischen Stellschrauben auf den aktuellsten datenschutzrechtlichen Stand gebracht.

Ist das Kapitel DSGVO damit beendet?

Im Kern ist das Projekt jetzt abgeschlossen und wir haben eine sehr gute Basis gelegt. In der Praxis der Unternehmen kommen aber immer wieder Fragestellungen auf, die es hier und da zu klären gilt. Wir werden uns daher auch weiterhin mit der DSGVO beschäftigen.

DURCHLEITUNGSGEBOT

Das Durchleitungsgebot ergibt sich aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (§ 48c VAG). Es ermöglicht Honorarberatern, Bruttotarife zu vermitteln. Es sieht vor, dass dem Kunden die Zuwendungen an den Vermittler für den Abschluss des Vertrages in Form von Prämien gutschrift oder Prämienreduzierung gutgeschrieben werden.

Bruttotarife beinhalten die Kosten für Zuwendungen (Provisionen), die Versicherer zum Beispiel an Versicherungsmakler bei erfolgreicher Vermittlung eines Versicherungsvertrages zahlen.

SOLVENCY II

Bei Solvency II handelt es sich um das einheitliche europäische Aufsichtsrecht. Grundlage ist die Solvency II-Richtlinie und das hierzu erlassene Recht. Die Richtlinie soll sicherstellen, dass Versicherer über genügend Eigenkapital verfügen, damit mögliche Risiken aus dem Versicherungsgeschäft abgedeckt sind. Im Falle ungünstiger Entwicklungen können die Ansprüche von Versicherungsnehmern durch die Eigenmittel bedient werden.

Gab es weitere europäische Vorgaben, die Auswirkung auf die PKV haben?

Sehr wichtig war die Umsetzung der EU-Versicherungsvertriebsrichtlinie (IDD), die zum Februar 2018 in Kraft getreten ist. Das brachte eine ganze Reihe neuer Regelungen mit sich. Im Rahmen der Umsetzung wurde die Honorarberatung gestärkt. Es wurde eine Vermittlungsbefugnis für Honorarberater begründet. Zugleich gibt es an dieser Stelle noch einige offene Rechtsfragen, die die Private Krankenversicherung betreffen. Wir als Verband haben dazu einen Fragenkatalog mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) abgestimmt, um die wichtigsten Themen für die Mitgliedsunternehmen zu klären.

Was ist noch offen?

Eine offene Frage betrifft das Verhältnis von Bruttotarifen und Nettotarifen im Zusammenhang mit dem Tarifwechselrecht.

Die Debatte um den EU-Austritt Großbritanniens beherrschte die Schlagzeilen des vergangenen Jahres. Wie ist die Rechtsabteilung mit dem Thema umgegangen?

Im letzten Jahr haben wir alle möglichen Szenarien durchgespielt, die in London auf dem Tisch lagen. Wir haben uns angeschaut, welche Konsequenzen die jeweiligen Szenarien für die Verträge und aufsichtsrechtlichen Anforderungen an unsere Mitgliedsunternehmen nach sich ziehen könnten. Aus-

gangspunkt war die Frage, wie die Rahmenbedingungen gestaltet sein müssen, um die Verträge in Großbritannien auch nach einem „Brexit“ fortführen zu können. Dazu standen wir in engem Kontakt mit den britischen Behörden.

Wie ist das Verbindungsbüro der PKV nach Brüssel in solche Vorgänge involviert?

Das Brüsseler Büro spielt für uns eine große Rolle. Darüber pflegen wir den Kontakt zum europäischen Versicherungsverband „Insurance Europe“, der für die gesamte europäische Versicherungswirtschaft die Verbindungen zu den europäischen Behörden hält. Unser Büro ist der Brückenkopf zu den anderen ausländischen Verbänden. Über Brüssel sind wir zum Beispiel auf den

Solvency II und dem Review 2018 sowie 2020 befassten. Die Kommission hat ja von Anfang an gesagt, dass regelmäßig das gesamte Solvency-II-Regelwerk einer Prüfung unterzogen werden soll – um nachsteuern und Änderungen durchführen zu können. An dieser Stelle sind wir dabei, uns sehr gründlich vorzubereiten, um unsere Positionen auszuformulieren.

Welche Themen sind für die Rechtsabteilung des Verbandes für die nächste Zeit von großer Bedeutung?

Viele der angesprochenen Themen setzen sich weiter fort. Aber es werden auch einige neue Fragestellungen auf uns zukommen, die uns letztes Jahr noch kaum beschäftigt haben. Ein neuer Sach-

Das Brüsseler PKV-Büro spielt für uns eine große Rolle.

britischen Versicherungsverband „Association of British Insurers“ zugegangen und haben britische Finanz- und Wirtschaftsbehörden kontaktiert.

Was ist in Sachen EU-Regulierung zu erwarten?

Wir werden uns vor allem im Rahmen unserer Arbeit im Ausschuss Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern weiter ausführlich mit

verhält wird zum Beispiel sein, inwiefern die PKV in der Lage ist, gesundheitsbewusstes Verhalten zu bonifizieren. Wie lassen sich Anreize für ein gesundes Leben setzen? Wie können Versicherer dieses Verhalten bewerten? Damit werden wir uns intensiv beschäftigen. Zunächst prüfen wir für uns die rechtlichen Rahmenbedingungen. Später werden wir zusammen mit der BaFin weitere Einzelheiten klären. ■

„Wir sorgen dafür, dass die Leistungen für Versicherte attraktiv bleiben.“

*Der Geschäftsbereich Leistung ist dafür zuständig, dass Privatversicherte schnell und möglichst unbürokratisch am medizinischen Fortschritt teilhaben können und dabei in finanzieller Hinsicht nicht übervorteilt werden. Diese Zielsetzung verfolgen Geschäftsführer **Dr. Joachim Patt** und seine Mitarbeiter auf vielfache Weise.*

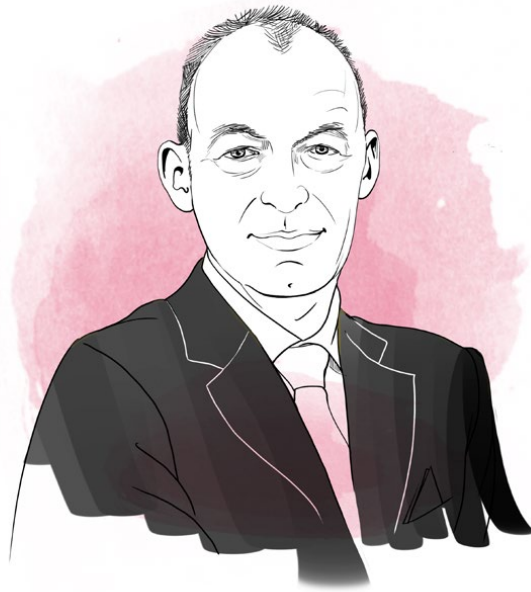
Herr Patt, wie würden Sie die Aufgaben Ihres Geschäftsbereichs kurz zusammenfassen?

Insgesamt gesehen sorgen wir dafür, dass die Leistungen der PKV für die Versicherten attraktiv bleiben. Vor allem haben wir ein Auge darauf, dass das Leistungsrecht der PKV sinnvoll auf neue Fragestellungen angewendet wird und neue Leistungsangebote den Privatversicherten in geeigneter und gesicherter Weise zu angemessenen Kosten zur Verfügung gestellt werden können. Dabei verstehen wir uns natürlich auch als Dienstleister unserer Mitgliedsunternehmen, konzentrieren uns also auf komplexe, rechtliche Fragestellungen von branchenweitem Interesse.

Im Mittelpunkt steht immer die Frage nach dem objektiven Patientennutzen.

Wie erreichen Sie Ihre Ziele?

Da gibt es eine Vielzahl von Instrumenten. Im Mittelpunkt steht immer die Frage nach einem objektiven Patientennutzen. Um die zu klären, treten wir regelmäßig in Kontakt mit den jeweiligen Anbietern einzelner Leistungen. Wobei wir immer auch darauf achten, dass dieser Nutzen zu angemessenen Preisen erbracht wird. Dabei gibt es im Grunde zwei Bereiche: Einen institutionalisierten Bereich in Form unserer gesetzlich verankerten Mitwirkung in der Selbstverwaltung – sei es als Vereinbarungspartner, Schiedsstellenmitglied oder einer anderen Rolle. Daneben gibt es den freien Bereich. Hier diskutieren wir auf der Grundlage des Krankenversicherungsrechts Angebote mit Leistungserbringern und gestalten nach Möglichkeit die Rahmenbedingungen im Interesse unserer Versicherten mit. Wenn nötig, formulieren wir dann im Hinblick auf einen fehlenden Patientennutzen oder überhöhte Kosten Gegenpositionen. Das kann auch so weit gehen, dass bestimmte Fragen gerichtlich geklärt werden müssen.



Können Sie dazu ein Beispiel nennen?

Immer wieder gibt es beim Einsatz von Lasern Ärger in der Augenheilkunde. Jüngstes Beispiel ist hier der Einsatz des Femtosekunden-Lasers bei Katarakt-Operationen des sogenannten Grauen Stars. Hier wird die eingetrübte Linse des Auges durch eine künstliche Linse ausgetauscht. Der Femtosekunden-Laser ersetzt dabei vom Operateur manuell ausgeführte Schnitte. Patienten werden recht aggressiv für diese Laserbehandlung geworben. Abgerechnet wird dann mehr oder weniger freihändig ein zusätzlicher Kostenansatz nach einer Analog-Position, ohne dass die rechtlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt wären. Lässt man das durchgehen, kostet jede OP bis zu 1.000 Euro mehr als bei korrekter Rechtsanwendung gerechtfertigt ist. Bei 50.000 Operationen pro Jahr an Privatpatienten geht es also um rund 50 Millionen Euro im Jahr. Da müssen wir einfach dagegenhalten.

Wie läuft das dann im Einzelnen?

Ganz einfach mit Aufarbeitung der rechtlichen Voraussetzungen für die fraglichen Abrechnungen. Auch beim Femtosekunden-Laser haben wir das bereits mehrfach getan. Übrigens mit Erfolg. Inzwischen gibt es bereits eine ganze Reihe von Gerichten, die unsere Rechtsauffassung als zutreffend anerkannt und die

fraglichen Abrechnungen gestoppt haben. Andere sind noch nicht soweit, erkennen die Analog-Abrechnung der Augenärzte weiterhin an. Hier wird es letztlich auf eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes hinauslaufen.

Das kann so weit gehen, dass bestimmte Fragen gerichtlich geklärt werden müssen.

Ein entsprechendes Urteil könnte für die PKV auch negativ ausfallen ...

Das ist richtig. Wenn man aber aus Sorge vor einer solchen Entscheidung trotz guter Argumente nicht dagegenhält, hat man schon verloren, man zahlt dann ja den zusätzlich geforderten Betrag.

Was bekommen denn die Versicherten von solchen Auseinandersetzungen mit?

Die Versicherten erfahren von solchen Diskussionen natürlich, wenn Ihr Versicherungsunternehmen die Rechnungen prüft. Aber durch eine gute Abstimmung zwischen Ver-

Innovationen werden extrem teuer verkauft. Hier Leistungserbringung und Preisbildung genau zu

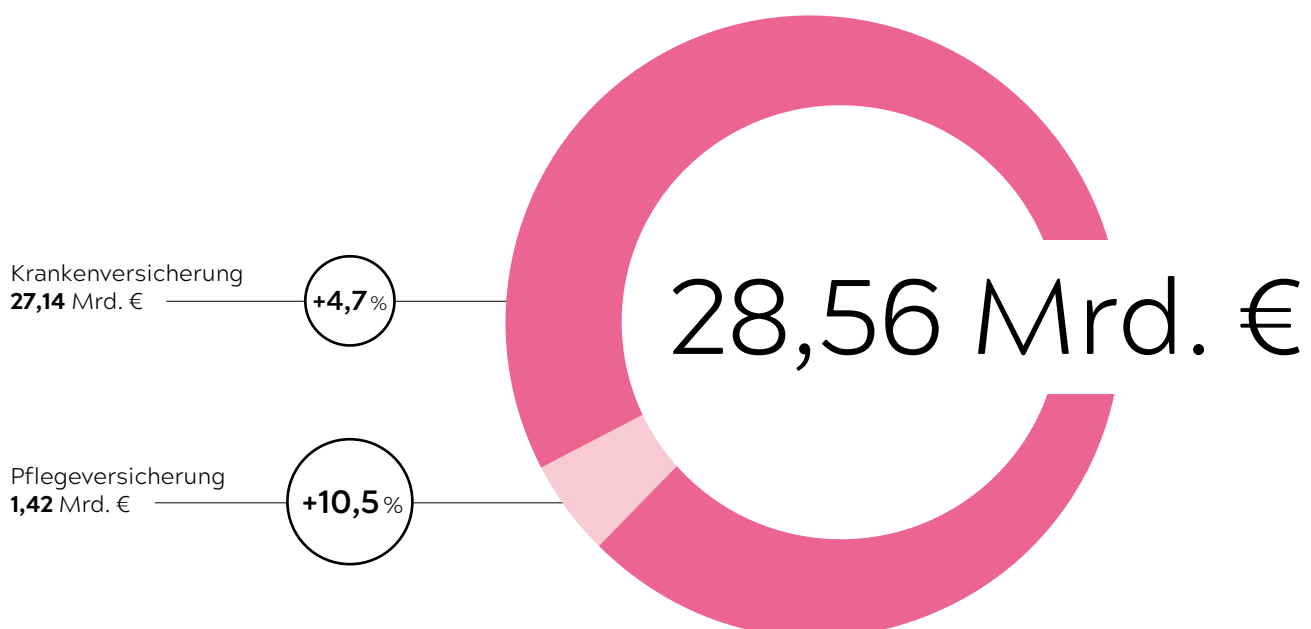
sicherern und den Versicherten lässt sich vermeiden, dass die Patienten zu viele Umstände haben. Die Unternehmen unterstützen den Versicherten bei der Klärung unangebrachter Forderungen oder auch schon im Vorfeld geplanter Operationen. Und unterm Strich profitieren die Versicherten: Jeder nicht ausgegebene Euro muss nicht über Prämiensteigerungen refinanziert werden. Neben der Katarakt-Operation mittels Femtosekunden-Laser gibt es ja noch viele weitere Beispiele. Etwa teure Bestrahlungstechniken wie IMRT, Cyberknife und Protonentherapie oder auch neue Zelltherapie-Verfahren im sta-

tionären Bereich. Fast jede Innovation wird extrem teuer verkauft. Hier lohnt es sich, die rechtlichen Grundlagen der Leistungserbringung und Preisbildung genau zu hinterfragen. Es hilft den Versicherten ja nicht weiter, wenn die Versicherungsunternehmen alles ungeprüft bezahlen.

Über welche Erfolge im vergangenen Jahr freuen Sie sich besonders?

Da fällt mir ein sehr schönes Urteil zur Wahlarzt-Klausel ein, zu dem der Bundesgerichtshof eine enorm hilfreiche Begründung geliefert hat. Aus den darin hinterlegten Kriterien

Versicherungsleistungen der Privaten Krankenversicherung 2018



Rechnet man die im Jahr 2018 ausgezahlten Versicherungsleistungen der PKV auf die durchschnittlich 250 Arbeitstage im Jahr um, ergibt sich eine Versicherungsleistung von 114,2 Millionen Euro pro Tag. Im Jahr 2017 betrug dieser Wert 108,7 Millionen Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen bei 2,38 Milliarden Euro.

lohnt es sich, die rechtlichen Grundlagen der hinterfragen.

lesen wir heraus, dass wir künftig gegenüber Krankenhäusern öfter mal hinterfragen dürfen, ob ein Arzt, der eine zusätzliche Rechnung schreibt, tatsächlich eine Funktion hat, die dem Patienten einen Mehrwert bietet. Die Patienten wollen und bezahlen eine Chefarztbehandlung und die sollen sie auch bekommen. Ein anderes Urteil des Bundesgerichtshofes hat noch einmal ausdrücklich klargemacht, dass Ausgründungen von Krankenhäusern nicht statthaft sind.

Also, wenn ein Krankenhaus einen Teil der Klinik in eine Privatklinik umwandelt, um dort höher abzurechnen ...

Genau. Auf unser Betreiben hin wurde eigentlich schon 2012 die Vorschrift erlassen, dass solche Ausgründungen nicht zulässig sind. Viele Krankenhäuser haben aber weiter versucht, diese Regelung über Schlupflöcher zu umgehen. Insofern war das Verfahren vor dem Bundesgerichtshof noch einmal ein richtiger Belastungstest. Wäre es verloren gegangen, hätten wir in diesem Bereich sofort wieder Nachahmereffekte gehabt. Das hätte schnell zu einer Übervorteilung Privatversicherter führen können. Insofern war das Urteil extrem wertvoll für uns.

Können Sie auch Einfluss nehmen, bevor es zu einem Gerichtsverfahren kommt?

Das versuchen wir. Im zahnärztlichen Bereich ist uns das im gemeinsamen Beratungsforum mit der Bundeszahnärztekammer und den Beihilfestellen gelungen. Dort lösen wir zusammen strittige und praxisrelevante Gebührenrechtsfragen. Das ist eine echte Erfolgsgeschichte – nicht nur, weil sich damit die Beziehungen zur Zahnärzteschaft enorm verbessert haben. Allein im März dieses Jahres konnten wir mehrere Beschlüsse fassen. Das ist oft noch wertvoller als Gerichtsurteile, weil die Zahnärzte bei der Entscheidungsfindung selbst beteiligt sind. Ein guter Kompromiss mit der Zahnärzteschaft, der sich in einem Beschluss dieses Gremiums manifestiert, hat natürlich eine klare Außenwirkung. Nicht zu-

letzt für die einzelnen Zahnärzte, die die Rechnungen erstellen.

Sie schließen auch Rahmenverträge mit einzelnen Leistungserbringern. Wie funktioniert das genau?

Damit bringen wir echte Innovationen auf den Markt: Wir treffen solche Vereinbarungen für Leuchtturmprojekte, die nicht unbedingt zur Regelversorgung gehören, damit Privatversicherte schnellen, aber auch sicheren Zugang zu Innovationen bei angemessenen Preisen

Die Patienten zahlen für eine Chefarztbehandlung, und die sollen sie auch bekommen.

haben. Häufig handelt es sich dabei um Verfahren, die nicht in der Gebührenordnung für Ärzte abgebildet sind und meist auch kostspielig sind. Wenn wir ein entsprechendes Verfahren für sinnvoll erachten, besprechen und klären wir die Einzelheiten mit den Anbietern. Zum Beispiel konnten wir im vergangenen Jahr eine Vereinbarung mit dem Netzwerk Genomische Medizin über eine molekulare Diagnostik und personalisierte Therapie bei Lungenkrebs abschließen, ein echter Fortschritt in der Patientenversorgung und ein Vorteil für alle Beteiligten. ■



Hoffnung auf mehr Transparenz

Für **Andreas Besche** ist die Weiterentwicklung des sogenannten Pflege-TÜVs eines der wichtigsten Themen der kommenden Monate. Der Geschäftsführer Pflege im PKV-Verband berichtet zudem über die Kernaufgaben seines Bereichs.

Herr Besche, das Thema Pflege steht seit Jahren ganz oben in der öffentlichen Diskussion und der Gesetzgebung. Wie schlägt sich das auf die Arbeit in Ihrem Bereich nieder?

Jens Spahn ist seit einem Jahr Gesundheitsminister und auch in der Pflege sehr aktiv. Gerade das Pflegepersonalstärkungsgesetz und die „Konzertierte Aktion Pflege“ haben uns in den vergangenen Mo-

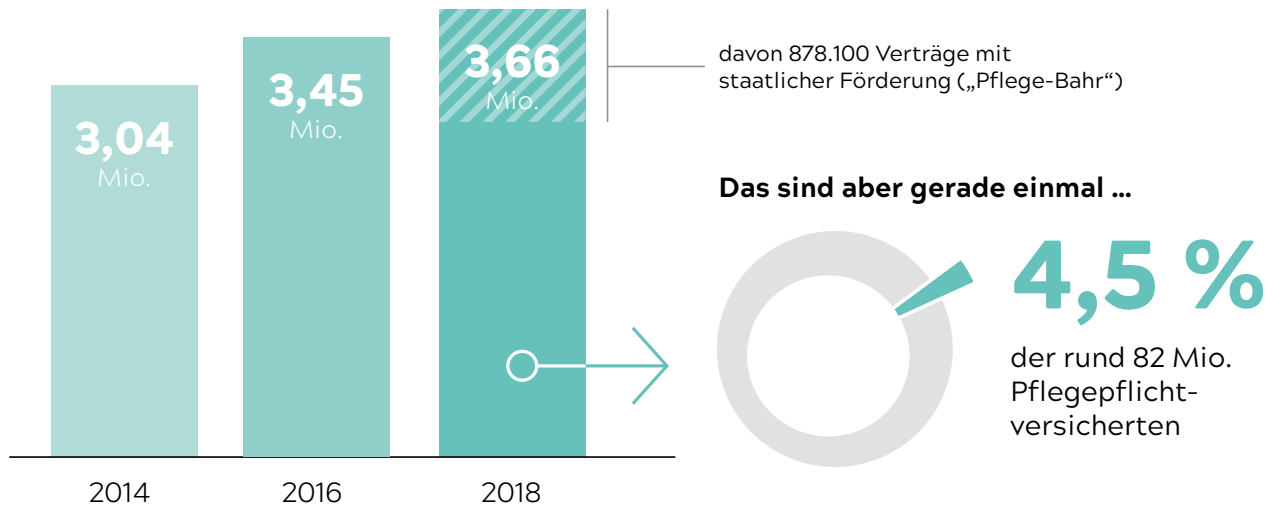
naten stark beschäftigt. Wobei das natürlich unter seinem Vorgänger Hermann Gröhe nicht anders war. Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade war mindestens genauso komplex. Insofern ist die Arbeitsbelastung seit längerem recht hoch. Wir haben für die Kernaufgaben ja nur einen kleinen Mitarbeiterstab von vier Referenten.

Was genau sind denn die Kernaufgaben?

Mit Blick auf die Gesetzgebung gehört dazu, unsere Mitgliedsunternehmen darüber zu informieren, wie sich Neuregelungen auf das Leistungsrecht auswirken und was konkret zu beachten ist. Damit müssen wir früh anfangen – in der Regel schon, wenn für ein Gesetz ein Kabinettsbeschluss vorliegt, also noch bevor es in den Bundestag eingebracht wird. Dann entwerfen wir Auslegungshinweise – oft auch schon mit konkreten Berechnungs-

Entwicklung der Pflegezusatzversicherung

Nachfrage wächst stetig, Verbreitung aber immer noch gering



beispielen. Die stimmen wir mit der Leistungskommission ab und schicken sie rund sechs Monate vor Inkrafttreten des Gesetzes an die Versicherer.

Aber die Regelungen können sich im Laufe des Gesetzgebungsprozesses noch verändern ...

Natürlich ist das nicht der letzte Stand. Oft geben uns die Praktiker auch noch wertvolle Hinweise für das Gesetzgebungsverfahren. Mit der Zeit entwickelt man dann ein Gefühl dafür, was von einem Entwurf noch übrigbleibt und was sich ändern kann. Aber wenn wir überhaupt eine Chance haben wollen, dass die Unternehmen die Regelungen pünktlich zum Inkrafttreten eines Gesetzes umsetzen, bleibt uns keine andere Wahl. Die Unternehmen müssen die Neuerungen ja dann auch in ihrer Software umsetzen. Und mit der Pflege drängeln wir uns da ohnehin immer etwas vor. Denn die Regelungen sind ja

gesetzlich vorgeschrieben und müssen umgesetzt werden. Die Unternehmen müssen dann im Zweifel andere Dinge beiseiteschieben.

Und über den endgültigen Stand informieren Sie dann erneut?

Selbstverständlich. Die entsprechenden Auslegungshinweise haben wir sogar in unserer Pflegesammlung zusammengefasst. Die haben wir gerade neu strukturiert und ein Buch daraus gemacht. Zwei Drittel davon haben wir gerade abgeschlossen. Das ist für die Versicherungsunternehmen sehr wertvoll und hilft zum

Beispiel bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Das letzte Drittel wollen wir im kommenden Jahr fertigstellen.

Neben der Gesetzgebung haben Sie die Konzentrierte Aktion Pflege erwähnt. Welche Rolle spielt der PKV-Verband darin?

Die Konzentrierte Aktion Pflege wurde im Juli 2018 gemäß Koalitionsvertrag gestartet und lief bis zum 4. Juni 2019. Ziel war es, den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden unmittelbar und spürbar zu verbessern. Sie

FINANZIERUNG DER PFLEGE

Auch die Diskussion über die zukünftige Finanzierung der Pflege, die Hamburg und drei weitere Länder mit einer Bundesratsinitiative gestartet haben, hat den Geschäftsbereich Pflege stark beschäftigt. Mehr zu der Idee des sogenannten „Sockel-Spitze-Tausches“ finden Sie auf Seite 8.

Mit der Zeit entwickelt man ein Gefühl dafür, was von einem Gesetzesentwurf noch übrigbleibt und was sich ändern kann.

bietet die Chance, dass sich die Verantwortlichen für die definierten Handlungsfelder – etwa Ausbildung und Qualifizierung – zu konkreten und wirksamen Maßnahmen verpflichten. Die PKV beteiligte sich an vier der fünf Arbeitsgruppen. Das war recht aufwändig und mit vielen Präsenzterminen verbunden.

Was ist aus Ihrer Sicht das wichtigste Pflegeethema in den nächsten Monaten?

Das ist die Weiterentwicklung des sogenannten Pflege-TÜVs – also die neuen Regeln für die Qualitätsprüfung und -darstellung von Pflegeeinrichtungen. Damit sind die Hoffnungen verbunden, dass das ungeliebte System der Pflegenoten abgelöst wird und es mehr Transparenz gibt. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen sich so zukünftig bei der Auswahl besser zurecht-

finden. Wir sind als Mitglied des Qualitätsausschusses an dem Prozess beteiligt. Der Ausschuss hat einen wissenschaftlichen Entwurf für einen Neustart genehmigt.

Ab November 2019 sollen nun die Qualitätsprüfungen nach dem neuen Schema in stationären Einrichtungen erfolgen. Ab 2020 gibt es dann die Ergebnisse auch im Netz. Für den ambulanten Bereich wird das leider noch bis 2022 dauern. Ich persönlich hätte mir ein schnelleres Vorgehen gewünscht, aber es gehen immer von Pflegewissenschaftlern erarbeitete Konzepte voran und zudem muss die Selbstverwaltung viele Interessen unter einen Hut bringen. Das dauert.

Umsetzen müssen die neuen Regeln dann die Qualitätsprüfer. Also auch der Prüfdienst der PKV ...

Ja, unser Prüfdienst hat auch schon mit den entsprechenden Schulungen für seine 160 Prüferinnen und Prüfer und weiteren Vorbereitungen, wie der neuen Prüfsoftware, begonnen. Alles, was bisher da ist, ist mit den neuen Regeln hinfällig. Aber wir sind da auf einem sehr guten Weg.

Ich lege meine Hand dafür ins Feuer, dass Herr Schlerfer – der Leiter unseres Prüfdienstes – es hinkriegt, dass unsere Leute zum Stichtag 1. November nach den neuen Regeln prüfen. Die sind schon sehr gespannt auf die „neue Welt“, in der sie mehr Spielraum haben, um auf die Situation in der Pflegeeinrichtung einzugehen. Das bringt auch mehr Verantwortung mit sich. Das Ziel ist aber, dass die Verbraucher etwas davon haben, denn letztlich sind wir über pflegebedürftige Angehörige alle betroffen. ■

WEITERE ERFOLGE IM PFLEGEBEREICH

- Im Gesetzgebungsprozess des Pflegepersonalstärkungsgesetzes ist es gelungen, die **Finanzierungsquote** der PKV von den ursprünglich vorgesehenen 10 auf 7 Prozent zu senken. Das ist fair, denn die Hälfte der Privatversicherten ist beihilfeberechtigt und deshalb nur anteilig pflegeversichert.
- **Leitfaden Hilfsmittel:** Medicproof und PKV-Verband haben zusammen ein umfangreiches Handbuch zur Hilfsmittelversorgung entwickelt, das den Unternehmen zur Verfügung gestellt wurde und als Orientierung dient.
- **Pflegedatenbank:** Im Jahr 2018 konnte mit dem vdek endlich eine Vereinbarung zur Übermittlung der Daten zu Pflegeeinrichtungen geschlossen werden. Die Daten zu den ambulanten und stationären Einrichtungen werden nun einmal monatlich abgeglichen. Dadurch wird die Datenqualität des PKV-Verbandes weiter verbessert. Selber können wir die Daten, z.B. die Vergütungssätze der Pflegeeinrichtungen, die auch für die Privatversicherten gelten, nicht erheben.
- **PKV Konnektor:** Über einen Vertrag mit dem Bundesversicherungsamt konnte der sogenannte PKV-Konnektor weiterentwickelt werden. Damit ist den Versicherungsunternehmen nun die Daten-Übermittlung für die säumigen Beitragszahler in der Pflegepflichtversicherung auf elektronischem Weg leichter möglich. Das erleichtert die Durchsetzung der Beitragszahlungspflicht, auf die nun einmal jede Versicherung angewiesen ist. Kündigen können wir die Pflegeversicherung ja nicht.



Prüfen und prüfen lassen

*Der Geschäftsbereich Mathematik-Statistik ist permanent damit beschäftigt, Daten zu generieren, zu vergleichen und zu kontrollieren. Dabei muss auch er sich regelmäßig überprüfen lassen. Geschäftsführer **Holger Eich** berichtet aus seinem Arbeitsalltag.*

Herr Eich, Sie leiten im PKV-Verband den Geschäftsbereich Mathematik-Statistik. Das hört sich nach einer Menge Rechnerei an ...

Das ist es auch. Zu unseren wichtigsten Aufgaben gehört es, die einheitlichen Branchentarife zu kalkulieren und bei Bedarf zu überprüfen, in welchem Umfang eine Beitragsanpassung notwendig ist. Dabei sind wir tatsächlich permanent am Rechnen. Nicht umsonst sind die meisten meiner Mitarbeiter Mathematiker.

Zu den brancheneinheitlichen Tarifen gehören Standard- und Basistarif, aber auch die Pflegeversicherung. Verläuft das Verfahren bei allen gleich?

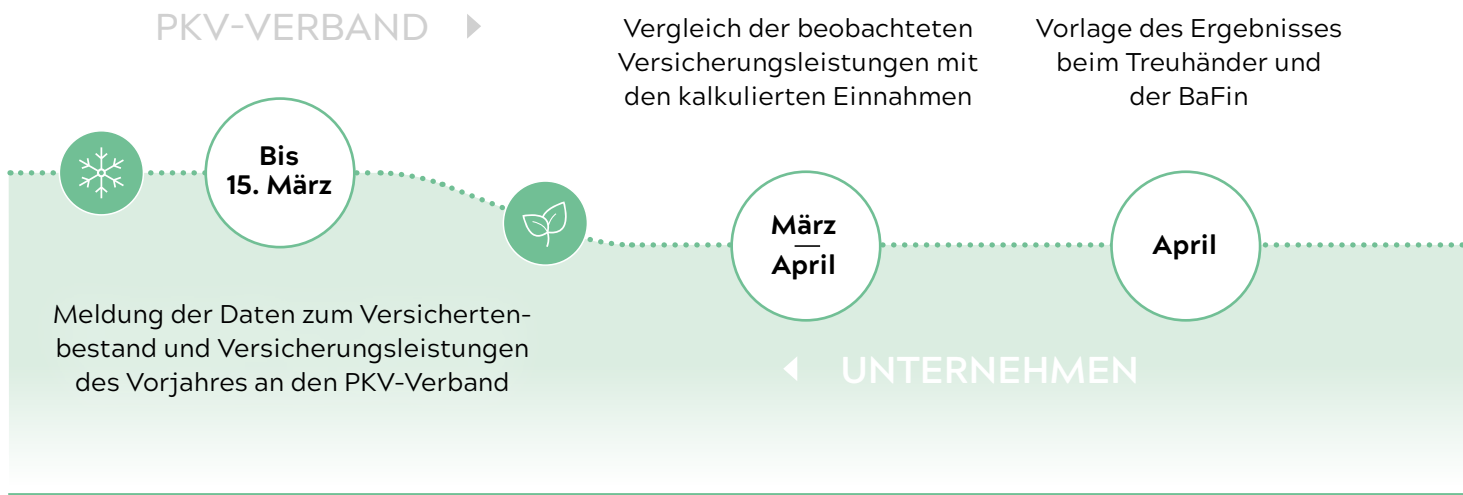
Im Prinzip ja. Natürlich gibt es teilweise gra-

vierende Unterschiede. So gibt es etwa im Standardtarif Beobachtungseinheiten, in denen bei der Kalkulation noch nach Geschlecht getrennt wird. Die sogenannte Unisex-Kalkulation wurde erst 2012 eingeführt. Auch die Pflegeversicherung ist eine Besonderheit. Hier sind politische Reformen der größte Unsicherheitsfaktor. Die Kostenauswirkungen durch die jüngsten Leistungsausweitungen haben die Versicherten über Beitragserhöhungen ja jüngst zu spüren bekommen.

Sie berechnen aber nicht, wie sich die individuellen Beiträge eines jeden Versicherten ändern?

Nein, wir nehmen eine reine Nettokalkulation vor. Das heißt, wir berechnen für jeden Alters-

Prozess der Beitragsüberprüfung in einem brancheneinheitlichen Tarif am Beispiel Pflegepflichtversicherung



jahrgang einer Beobachtungseinheit, wie hoch der Beitrag ohne Verwaltungskostenanteil für einen Neuversicherten – zum Beispiel im Standardtarif – wäre. Diese Daten schicken wir an die Unternehmen, die dann noch ihre Verwaltungskosten hinzurechnen. Und natürlich werden in den Unternehmen die bereits gebildeten Alterungsrückstellungen berücksichtigt. Denn ein 40-Jähriger, der schon 20 Jahre versichert ist, zahlt deutlich weniger als jemand im gleichen Alter, der sich erst heute versichert.

Wie wird diese Berechnung denn überprüft?

Es gibt zahlreiche Qualitäts-sicherungsmaßnahmen. Schon wenn es darum geht, ob die Beiträge überhaupt überprüft werden dürfen, muss ein unabhängiger mathematischer Treuhänder grünes Licht geben. Diese Überprüfung kann dazu führen, dass wir neu kalkulieren müssen. Das entsprechende Ergebnis muss dann wiederum von dem Treuhänder genehmigt werden. Und schließlich muss auch noch der Treuhänder jedes

Versicherungsunternehmens sein Einverständnis geben, dass bei der Hinzurechnung der Verwaltungskosten alles gesetzeskonform zugegangen ist.

Um die Unabhängigkeit der Treuhänder gab es ja im Jahr 2018 einige Diskussionen ...

Das liegt daran, dass das Landgericht Potsdam meinte, dass die Regeln für einen Wirtschaftsprüfer auf die Treuhänder in der PKV angewendet werden können. Das funktioniert nicht. Hinzu kommt, dass

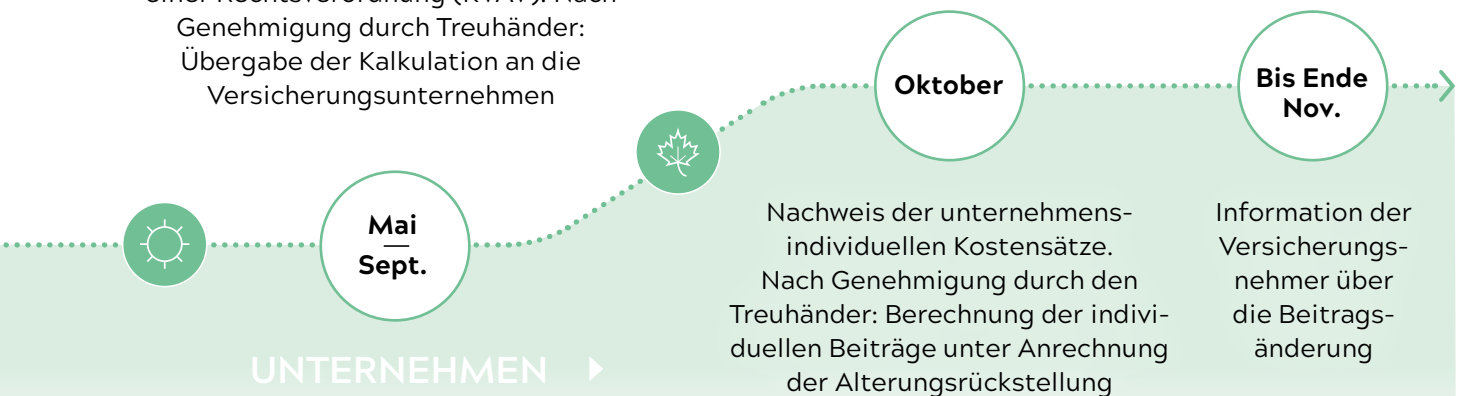
BRANCHENEINHEITLICHE TARIFE

Die brancheneinheitlichen Tarife in der PKV zeichnen sich dadurch aus, dass die Leistungen für alle Versicherten gleich sind, unabhängig davon, bei welchem Unternehmen sie versichert sind. Dazu zählt natürlich die Pflegepflichtversicherung, da die Leistungen dafür gesetzlich vorgeschrieben sind und sie zudem mit den Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) identisch sind.

Aber auch Basis-, Standard- und Notlagentarif gehören hierzu. Für all diese Tarife übernimmt der PKV-Verband die Nettokalkulation. Die Versicherungsunternehmen rechnen dann ihre individuellen Verwaltungsaufwendungen hinzu. Dafür ist dann der jeweilige Chefaktuar im Unternehmen verantwortlich.

Berechnung des Beitrags pro Jahrgang für einen Neuversicherten auf Grundlage einer Rechtsverordnung (KVAV). Nach Genehmigung durch Treuhänder: Übergabe der Kalkulation an die Versicherungsunternehmen

◀ PKV-VERBAND



unsere Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), die Vorgabe macht, dass es pro Versicherungsunternehmen nur einen Treuhänder geben darf. Bei den brancheneinheitlichen Tarifen ist das etwas anders. Hier gibt es einen Treuhänder pro Tarif.

Eine weitere Aufgabe Ihres Bereichs ist es, die Zahlen für die Branche zusammenzutragen und zu veröffentlichen. Wer entscheidet denn, welche Daten abgefragt werden?

Letztlich entscheidet das der Ausschuss Mathematik-Statistik bei uns im PKV-Verband. Die Vorarbeiten finden jedoch viel früher statt, vor allem im Arbeitskreis Statistikhandbuch. Er definiert unter anderem die Abfragen und den Abfragerhythmus. Das ist ziemlich aufwändig. Wenn wir neue Daten regelmäßig abfragen wollen, benötigt der ganze Prozess von der Definition über die Umsetzung in den Unternehmen bis zur Datenmeldung im PKV-Verband mindestens ein Jahr Vorlauf.

Die endgültigen Zahlen der Branche für das Vorjahr stehen in der Regel erst am Ende des Folgejahres fest. Warum dauert das so lange?

Weil es auch hier mehrere Qualitätssicherungsstufen gibt. Zunächst prüfen wir, ob die uns gemeldeten Zahlen zueinander passen. Ist das nicht der Fall, wird die Meldung abgelehnt und wir bitten das Versicherungsunternehmen, die Daten zu überprüfen und erneut zu melden. Außerdem warten wir ab, bis die Geschäftsberichte sämtlicher Unternehmen veröffentlicht sind, und gleichen diese dann noch einmal mit den uns gemeldeten Angaben ab. Dabei stellen wir häufig noch Unterschiede fest, was überwiegend an den in den Geschäftsberichten vorgenommenen Rundungen liegt. Diese Qualitätskontrollen nehmen einige Zeit in Anspruch, sind aber notwendig.

Können die Unternehmen ihre Zahlen mit den Gesamtzahlen vergleichen?

Grundsätzlich stellen wir allen Unternehmen, die Daten gemeldet haben, eine Branchenauswertung zur Verfügung. Damit ist den Häusern ein Vergleich möglich. Aktuell arbeiten wir zusätzlich daran, die Auswertungsmöglichkeiten so zu erweitern, dass für alle Statistiken die Möglichkeiten der Kopfschadenstatistik verfügbar sind. Dort ist schon heute ein Vergleich zwischen Branchenzahlen und dem einzelnen Unternehmen online verfügbar. ■

„Das Internet kann den persönlichen Kontakt nicht ersetzen.“

*Die Öffentlichkeitsarbeit ist das Sprachrohr des Verbandes. **Stefan Reker**, Leiter des Geschäftsbereichs Kommunikation, über die spannendsten Projekte des vergangenen Jahres und neue Herausforderungen.*

Herr Reker, was war aus Sicht der Öffentlichkeitsarbeit das Topthema des vergangenen Jahres? Besonders stark gefordert haben uns die Themen Pflege und Pflegeversicherung. Das verwundert nicht, wenn man sich die politische Dimension der Debatte anschaut: Pflegereform 2017, der Umbau des Pflegesystems und die Diskussion über den Pflegekräftemangel – um nur ein paar Beispiele zu nennen.

Wie hat Sie das konkret beschäftigt?

Im Zuge der Pflegereform kam es zu Leistungsausweitungen in der Pflege. Die Kosten dafür schlugen sich wenig später in Beitragserhöhungen bei der Pflegepflichtversicherung nieder. Wir sind dadurch in die Situation ge-

raten, Journalisten und Versicherten erklären zu müssen, wie diese höheren Beiträge zustande kommen. Man darf nicht vergessen, dass vielen der Zusammenhang zwischen den politisch beschlossenen Mehrleistungen und den Konsequenzen für die eigenen Beiträge gar nicht bewusst ist.

Auf der anderen Seite ist es unsere Aufgabe als Verband, auf die Vorteile des kapitalgedeckten Systems für die individuelle Vorsorge in der Pflegeversicherung hinzuweisen. Gerade in Zeiten, in denen sich einige Parteien eine Art Überbietungswettbewerb mit immer neuen Leistungsversprechen liefern, muss man auf die Realität hinweisen, dass in unserer stark alternden Gesellschaft die Finanzbasis im Umlageverfahren der sozialen Pflegever-

Besonders stark gefordert haben uns die Themen Pflege und Pflegeversicherung. Das verwundert nicht, wenn man sich die politische Dimension der Debatte anschaut.



sicherung immer schwächer wird. Wir hingegen bieten bezahlbare Lösungen, die zudem nachhaltig und generationengerecht sind.

Stichwort Pflege: Der Pflegewettbewerb „Deutschland beliebteste Pflegeprofis“ geht 2019 in eine neue Runde.

Die Resonanz der Teilnehmer der ersten Auflage war grandios. Der Grundgedanke, den Pflegekräften mehr Wertschätzung und Anerkennung entgegen zu bringen, kommt bei den Pflegerinnen und Pflegern sehr gut an. Und unsere Pflegeprofi-Aktion ist sogar mit dem „Politik-Award“ ausgezeichnet worden. Das alles hat uns ermutigt, den Wettbewerb fortzuführen. Und nach gut der Hälfte des Wettbewerbs sehen wir, dass das Thema keineswegs aus der öffentlichen Wahrnehmung verschwunden ist - im Gegenteil. Wir haben mehr Nominierte und auch deutlich mehr Personen, die online an der Abstimmung über die Landessieger teilnehmen.

Welche Aktion aus dem Jahr 2018 ist Ihnen noch besonders in Erinnerung geblieben?

Wir wurden herausgefordert durch die Entscheidung des rot-grünen Hamburger Senats, eine pauschale Beihilfe einzuführen, quasi als Hintertür zum ideologischen Ziel einer Einheits-Bürgerversicherung. Darauf haben wir

mit einer Informationskampagne reagiert – zielgenau auf junge Neubeamte abgestimmt. Unter dem Motto „Passt wie Fisch zu Brötchen“ und auf der neuen Webseite www.beamte-in-der-pkv.de haben wir die handfesten Vorteile der bewährten Kombination von Beihilfe und PKV erläutert.

Unser Wettbewerb kommt bei Pflegekräften sehr gut an. Die öffentliche Resonanz darauf ist hervorragend.

Welche Informationen bietet die Kampagne?

Wir geben den Neubeamten alle wesentlichen Einstiegsinformationen, die sie benötigen, um die richtige Entscheidung für eine optimal abgesicherte Zukunft zu treffen – in einem leicht verständlichen und übersichtlichen Format. Denn die meisten Beamtenanfänger haben sich vorher noch nie mit den Themen Krankenversicherung oder Beihilfe beschäftigt.

Und wir wissen ja, dass unsere Zielgruppe Informationen hauptsächlich über ihre Smartphones sucht. Entsprechend haben wir unsere Kampagne konzipiert. Dabei haben wir natürlich darauf geachtet, dass die Internetseite auch schnell und gut im Web gefunden werden kann. Und wir haben – ganz klassisch – auf einer Informationsveranstaltung für Beamte und mit Aktionen in regionalen Medien vor Ort für die Vorteile der Kombination aus Beihilfe und Privater Krankenversicherung geworben.

Ihr vorläufiges Fazit?

Die Nutzerzahlen zeigen, dass wir den richtigen Nerv getroffen haben. Nicht nur die Hamburger informieren sich auf der Webseite, sondern Neubeamte aus der gesamten Bundesrepublik.

Die Nutzerzahlen der Website zeigen, dass wir den richtigen Nerv getroffen haben.

Gesundheit wird zur Chefsache. Die betriebliche Krankenversicherung beschäftigt die Branche - und auch Ihre Arbeit ...

Hier handelt es sich um ein relativ junges Produkt mit großem Zukunftspotenzial für die ganze Branche. Deswegen haben wir das Thema in unserer Kommunikationsarbeit aufgegriffen. Wir haben direkt bei Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Betriebsräten nachgefragt, wie diese Form der Zusatzversicherung in der Praxis ankommt. Das Feedback war sehr positiv. Auf unseren verschiedenen Kanälen und Publikationen konnten wir dann die Geschichten sehr lebensnah und authentisch aufarbeiten.

Die Medienwelt wandelt sich: Wie verändert das die Verbandskommunikation?

Der Wandel bringt sowohl Chancen als auch Risiken mit sich. Durch das Internet hat sich die Geschwindigkeit in der Kommunikation erheblich erhöht. Heute verbreiten sich Botschaften binnen weniger Sekunden. Nahezu jeder kann über die unterschiedlichsten Kanäle seine Botschaften verbreiten und potenziell Millionen Nutzer erreichen. Die etablierten Medien sehen sich durch diese digitalen Kanäle und neuen Akteure herausgefordert. Sie verlieren ihre Gatekeeper-Funktion.

Wie macht sich das bemerkbar?

Auf diese Herausforderungen reagieren manche klassischen Medienhäuser und Fernsehanstalten, indem sie das Online-Phänomen des sogenannten „Clickbaiting“ nachahmen – also die künstliche Dramatisierung von Überschriften, die gegenüber den Lesern eine ähnliche Funktion haben wie früher die lauten Marktschreier auf der Kirmes.

Dabei werden dann Einzelfälle lustvoll dramatisiert und zugleich repräsentative Fakten bewusst ausgeblendet. Da beruht zum Beispiel ein Artikel in einer großen deutschen Zeitung mit dem reißerischen Titel „Beitragsschock“ auf dem aufgebauchten Fall eines einzelnen Arbeitnehmers, der nach einer Beitragserhöhung jetzt rund 600 Euro zahlt. Die Tatsache, dass derselbe Mann in der Gesetzlichen Krankenkasse 703 Euro Monatsbeitrag – und weniger Leistungen – hätte und zudem sein Pflege-Beitrag dort mehr als doppelt so hoch wäre wie in der PKV, erfährt man nicht.

Manche Medien sind da wie in einer selbstgebauten Echokammer unterwegs. Wie weit das von der Realität der 8,8 Millionen Privatversicherten entfernt ist, zeigt zum Beispiel eine repräsentative Umfrage des Emnid-Instituts im Auftrag der Verbraucherzentrale Hamburg: 90 Prozent der Befragten sind mit ihrer PKV zufrieden oder sogar sehr zufrieden.

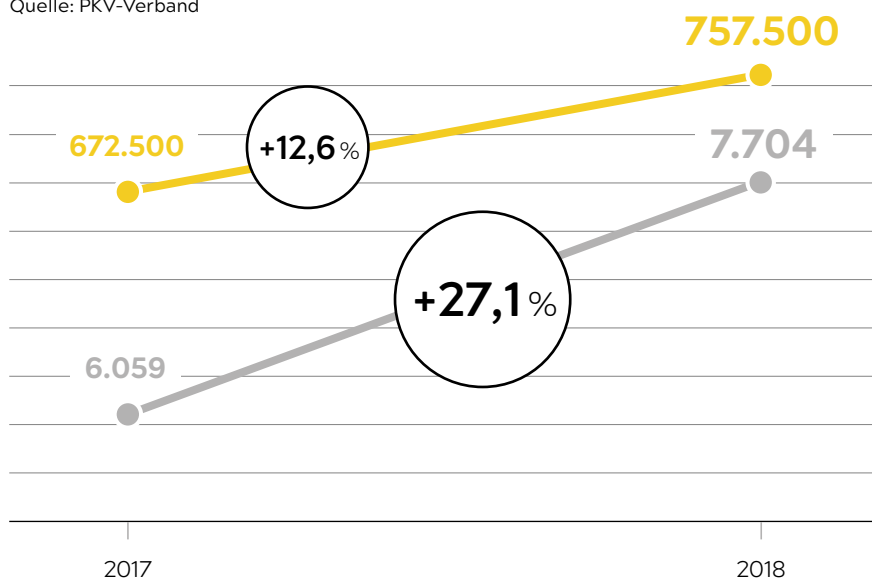
Was folgt daraus für die eigene Öffentlichkeitsarbeit?

Auf diese Entwicklung haben wir beispielsweise mit dem Aufbau einer Online-Redaktion reagiert. Wir produzieren Nachrichten vermehrt

Chefsache Gesundheit: die Kampagne zur betrieblichen Krankenversicherung

— Zahl der Beschäftigten mit einer bKV
— Zahl der Betriebe, die eine bKV anbieten

Quelle: PKV-Verband



Die betriebliche Krankenversicherung (bKV) erfreut sich immer größerer Beliebtheit. Mit einem crossmedialen Informationsangebot macht der PKV-Verband diese neue und erfolgreiche Versicherungsmöglichkeit noch bekannter: www.chefsache-gesundheit.de.

selbst, um der Branche Gehör zu verschaffen und allen Interessierten Informationen aus erster Hand zu liefern. Außerdem beobachten wir mit großer Aufmerksamkeit die Debatten in den sozialen Medien, um unverzüglich auf Entwicklungen reagieren zu können.

Hat die klassische Öffentlichkeitsarbeit ausgedient?

Auf keinen Fall. Das Internet kann den persönlichen Kontakt nicht ersetzen. Je komplizierter die Themen, desto wichtiger sind direkte Gespräche. Wir setzen daher weiterhin auf die bewährten Mittel, um professionelle, vertrauenswürdige Kontakte zu den Multiplikatoren der öffentlichen Meinung zu pflegen. Nicht nur mit Blick auf die Medien, sondern zum Beispiel auch mit unserem Informationsstand bei wichtigen Parteitagen, um unser Angebot zum Dialog immer wieder mit Leben zu füllen. Denn das Wichtigste ist nach wie vor: Blickkontakt halten und miteinander im Gespräch bleiben.

Dafür zeigen die Mitarbeiter ja gelegentlich auch körperlichen Einsatz ...

... ja, zum Beispiel beim alljährlichen Bundestagslauf. Der PKV-Verband unterstützt dieses Event nicht nur als Sponsor, wir sind persönlich vor Ort. Einige Kollegen kommen dabei auch selbst auf der Laufstrecke ins Schwitzen. Solche Veranstaltungen bieten zudem die Chance, gute Gespräche zu führen und interessante Kontakte zu knüpfen.

Wir sind als PKV-Verband ohnehin sehr engagiert in der medizinischen Prävention und finanzieren dort viele wertvolle Projekte – von der HIV/AIDS-Prävention über den Kampf gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen bis hin zur Prävention von Pflegebedürftigkeit durch die Mobilisierung von älteren Menschen zu mehr Bewegung im Alltag. Da gilt auch im Online-Zeitalter die klassische Parole der Öffentlichkeitsarbeit: Tue Gutes und rede darüber. ■

MEDIZINISCHER LEITER



Für die PKV am Verhandlungstisch

*Der Stabsbereich Medizinischer Leiter im PKV-Verband hat die Aufgabe, die Versorgung der Privatversicherten zu verbessern und die Qualität zu fördern. Warum dafür nicht nur medizinische Expertise, sondern vor allem Verhandlungsgeschick nötig ist, erläutert **Dr. Norbert Loskamp** im Interview.*

Herr Loskamp, was ist der „Stabsbereich“ Medizinischer Leiter eigentlich und was macht er?

Der Stabsbereich besteht aus zwei Mitarbeitern. Wir sind keinem anderen Geschäftsbereich unterstellt, sondern direkt dem Verbandsdirektor. Unser Anspruch ist es, Versorgungsstrukturen im Sinne der Patienten zu gestalten, sie zu

optimieren und die Qualität zu sichern. Wir setzen dabei sowohl Vorgaben aus der Politik als auch Wünsche aus den Unternehmen um. Wir sind für ambulante und stationäre Themen zuständig, wobei letztere überwiegen.

Das klingt nach einer großen Verantwortung. Wie sieht das konkret aus?

Unsere wichtigste Aufgabe ist es, die Interessen der Privaten Krankenversicherung in der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu vertreten. Wir sitzen beispielsweise an einem Tisch mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft – oder in anderen Fällen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

In unseren verbandseigenen Gremien beteiligen wir uns im Leistungsausschuss und in der Leistungskommission, wo es oft um neue Versorgungsideen geht sowie um die Frage, ob Rahmenverträge mit innovativen Behandlungsangeboten für Privatversicherte geschlossen werden. Wir bereiten die Themen für die Mitgliedsunternehmen vor und kümmern uns zusammen mit der Leistungsabteilung darum, dass gewünschte Vereinbarungen auch zustande kommen. Zudem sind wir Ansprechpartner für medizinische Anfragen der Unternehmen und organisieren jedes Jahr die wissenschaftliche Tagung der Gesellschaftsärzte, auf der es um aktuelle medizinische Versorgungsthemen geht.

Sie haben die gemeinsame Selbstverwaltung angesprochen. Was macht man da?

Es geht um Verträge, Versorgung und wieder Verträge. Als Private Krankenversicherer werden wir von der Gesundheitsgesetzgebung oft nicht unmittelbar verpflichtet,

Unsere wichtigste Aufgabe ist es, die Interessen der Privaten Krankenversicherung in der gemeinsamen Selbstverwaltung zu vertreten.

uns an Versorgungsstrukturen zu beteiligen.

Aber: Die Privatversicherten und die gesetzlich Versicherten werden in der Regel in einem einheitlichen Versorgungssystem behandelt. Deshalb haben wir ein großes Interesse daran, uns in den Gestaltungsprozess mit einzubringen. Wir begleiten den Prozess der Gesetzgebung, schreiben Stellungnahmen zu den Gesetzentwürfen und vertreten die Positionen der Privaten Krankenversicherung in den Anhörungen beim Bundesgesundheitsministerium und im Gesundheitsausschuss.

Der Gesetzgeber legt nämlich meist nur die Rahmenbedingungen fest oder gibt ein bestimmtes Ziel vor, zum Beispiel bei den neuen Pflegepersonaluntergrenzen in

Kliniken. Die konkrete Umsetzung in die Praxis muss die Selbstverwaltung aushandeln. Um die Interessen der Privatversicherten dort wahrzunehmen, beteiligen wir uns an vielen Arbeitsgruppen.

Insgesamt summieren sich unsere Sitzungstermine auf gut 300 jedes Jahr.

Sie sitzen ja oft mit der GKV an einem Tisch. Kracht es da auch mal zwischen GKV und PKV?

Ganz im Gegenteil. Als Kostenträger haben wir in der Regel sehr ähnliche Interessen – gerade wenn es um die Frage der Vergütung von Leistungen geht.

Was die Wenigsten wissen: Wir als PKV sitzen auch im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Wir haben

WARUM ES KLINISCHE REGISTER GIBT

Klinische Register gibt es zum Beispiel für Krebs oder Transplantationen, zukünftig auch für Implantate. In diesen Registern werden Versorgungsdaten zu einem Patienten aus verschiedenen Quellen zusammengeführt. Sie enthalten meist umfangreiche Datensätze zu Erkrankungen und Behandlungen der betroffenen Patienten.

Die Analysen dieser Daten aus dem Versorgungsalltag können helfen, viele Fragen zu diesen Erkrankungen zu beantworten. Damit kann man bestehende Standards einer Behandlung auch außerhalb von klinischen Studien überprüfen. Durch Registerdaten können Krankheiten und deren Verläufe besser verstanden und die Wirksamkeit von Therapien weiterentwickelt werden.

Uns hat 2018 die Neuverhandlung der Förderung der klinischen Krebsregister stark beschäftigt.

zwar kein Stimmrecht, aber mit dem uns gesetzlich zustehenden Beteiligungsrecht können wir dort argumentieren, Fragen stellen und so zumindest indirekt mitgestalten. Bei PKV-relevanten Themen versuchen wir auf diese Weise, unsere Position gezielt einzubringen. Wir haben zum Beispiel in der entsprechenden Arbeitsgruppe dafür gesorgt, dass bei Transplantationen die Qualitätssicherung auch bei Privatversicherten weiter stattfindet.

Was war denn aus Ihrer Sicht das wichtigste Thema im vergangenen Jahr?

Uns hat 2018 die Neuverhandlung der Förderung der klinischen Krebsregister stark beschäftigt, die wir seit ihrem Aufbau ab 2014 wie die GKV mitfinanzieren. Diese erfassen Daten von Krebsfällen standardisiert und qualitätsgesichert, um sie später mit Blick auf die Versorgungsqualität auszuwerten oder neue Erkenntnisse über die Erkrankung zu

gewinnen. Der Betrieb der Register ist Ländersache. Insgesamt haben wir 15 Krebsregister, weil Berlin und Brandenburg zusammenarbeiten. Nachdem wir mit den Registern die Förderbedingungen neu ausgehandelt haben, wollen wir in diesem Jahr mit allen neue Verträge abschließen.

Gab es noch andere zentrale Projekte?

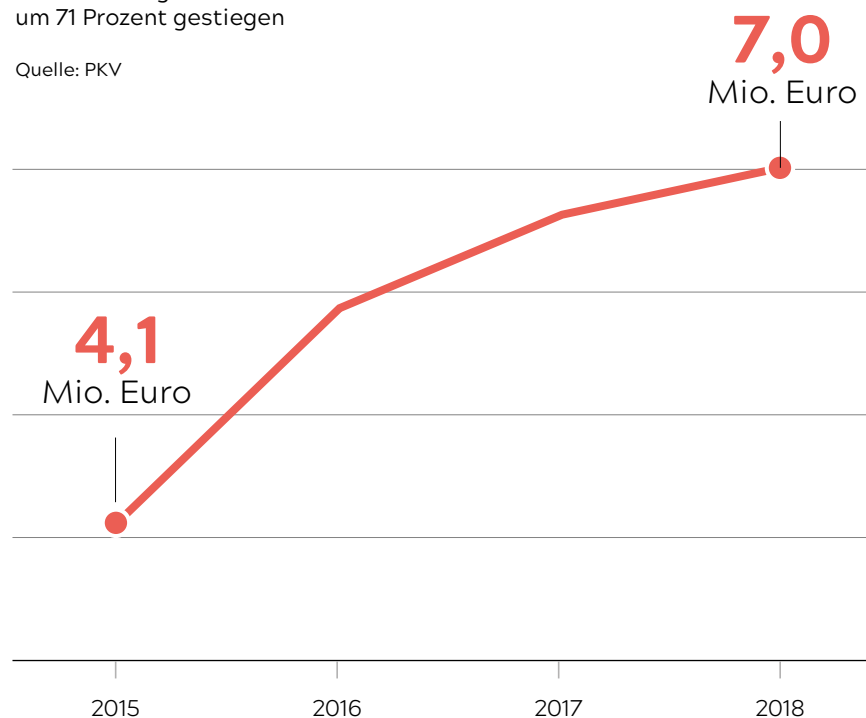
Ein weiteres wichtiges Thema war

Förderung ambulanter Hospizdienste

Förderbeiträge der PKV sind seit 2015 um 71 Prozent gestiegen

Quelle: PKV

Voraussetzung für die finanzielle Beteiligung durch die PKV ist, dass die ambulanten Hospizdienste eine Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen erhalten und im Jahr vor der Antragstellung mindestens einen Privatversicherten begleitet haben. Mit den rund 7 Millionen Euro in 2018 fördert die PKV über 600 ambulante Hospizdienste.



die 24-Stunden-Intensivpflege. Es geht dabei um schwerkranke Patienten, die dauerhaft beatmet werden. Dies geschieht im häuslichen Umfeld, zum Beispiel einer Pflege-Wohngemeinschaft. Hier gibt es viele Probleme: schwarze Schafe unter Pflegediensten zum Beispiel. Oder es fehlen auch oft spezialisierte Ärzte. Das heißt: Die Patienten werden zwar dauerhaft beatmet, aber kein Experte prüft regelmäßig nach, ob sie dies überhaupt noch benötigen. Es fehlt im System schlicht eine Schnittstelle dafür, und zwar in GKV wie PKV. Hier suchen wir gemeinsam nach Möglichkeiten, diese zu schaffen und die Patienten wenn möglich von der Beatmung zu entöhnen. Es geht also weniger ums Geld als um medizinische Inhalte zum Wohl der Patienten.

Daneben haben Sie vermutlich noch an weiteren Themen gearbeitet. Gibt es welche, die Sie herausheben möchten?

Wir haben uns ausgiebig mit der Finanzierung der ambulanten Hospizdienste beschäftigt. Hier haben wir 2018 die Einbeziehung der verbundenen Einrichtungen des PKV-Verbandes – also Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten – erreicht.

Außerdem gibt es „Dauerbrenner“-Themen: Für den Bereich der Krankenhausfinanzierung schließen wir jedes Jahr rund 20 Verträge ab, die oft nur Laufzeiten von

einem Jahr haben. Zudem erfordert die Gesetzgebung der letzten Jahre viele Umbauten im Vergütungs- und Versorgungssystem.

Auch die finanzielle Förderung der Weiterbildung von Allgemeinmedizinern und anderen Facharztgruppen ist für uns weiterhin ein Thema. Die GKV muss per Gesetz dafür aufkommen; wir beteiligen uns freiwillig. Gemeinsam legen wir mit der Selbstverwaltung regelmäßig neu fest, wie diese Weiter-

In den letzten Jahren haben wir außerdem gemeinsam das Transplantationsregister aufgebaut.

bildung ausgestaltet ist, wie die Qualität sichergestellt wird, und die Effekte der Fördergelder evaluiert werden.

In den letzten Jahren haben wir außerdem gemeinsam das Transplantationsregister aufgebaut. Neben den regelmäßig zu aktualisierenden Verträgen, beispielsweise jedes Jahr zum Budget von Eurotransplant und der Deutschen

Stiftung Organtransplantation, hat der Gesetzgeber in diesem Jahr weitere Maßnahmen zur Stärkung der Organspende vorgegeben.

Wenn wir auf das laufende Jahr blicken: Wird Sie dieses Thema weiter beschäftigen?

Ja, beim Thema Organspende bleibt viel zu tun, vor allem mit Blick auf die Aufklärung der Bevölkerung und die Verbesserung der bestehenden Strukturen in den Krankenhäusern. Zudem werden die Krebsregister und die Intensivpflege weiterhin viel Aufmerksamkeit fordern – ebenso wie die Förderung der ärztlichen Weiterbildung, die der Gesetzgeber noch ausbauen will. Neu dazu kommen die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Krankenhaus-Fallpauschalen und das geplante Implantateregister, das der Gesetzgeber ab 2021 einführen will. ■

ZENTRALE DIENSTE



*Das Jahr 2018 hat frische Impulse für neue Arbeitswelten und mehr IT-Sicherheit gelegt: Warum die Digitalisierung den Geschäftsbereich Zentrale Dienste agiler macht - und welche Rolle dabei die Führungskräfte spielen, erläutert Geschäftsführer **Christian Hälker**.*

Herr Hälker, Ihr Geschäftsbereich kümmert sich vor allem um die innere Organisation des PKV-Verbandes. Was beschäftigte Ihre Mitarbeiter und Sie im vergangenen Jahr am meisten?

Eine der wichtigsten Aufgaben war die Zertifizierung der IT-Sicherheit nach ISO 27001 im Verband. Unsere IT-Strukturen sind im letzten Jahr durch den TÜV-Prüfdienst erfolgreich zertifiziert worden.

Was heißt das genau?

Eine solche Zertifizierung bestätigt einen qualitativ hochwertigen Umgang mit Informationen und Daten unter vorgegebenen Sicherheitskriterien. Die Vorgaben sind durch internationale Standards festgelegt. Mit einer Zertifizierung weisen wir nach, dass wir diese

Vorgaben erfüllen können. Aber nicht nur das. Die Auditoren haben genau geprüft, ob wir die neu eingeführten Prozesse auch wirklich leben. Sie schauen nicht nur darauf, wie wir alles dokumentieren, sondern auch, wie Mitarbeiter mit konkreten IT-Problemstellungen umgehen.

Wie lange hat die gesamte Umsetzung denn gedauert?

Eigentlich dauert der Prozess drei Jahre. Wir haben es aber sogar in zwei Jahren geschafft. Alle Mitarbeiter der IT-Abteilung haben hier neben dem Tagesgeschäft großartige Arbeit geleistet.

Wen betreffen die neuen Normen?

Die Zertifizierung gilt für die gesamte IT des Verbandes und darüber hinaus auch für die mit

„Vorleben stiftet Vertrauen.“

uns verbundenen Unternehmen. Denn über Shared Services erbringt der PKV-Verband ebenso Dienstleistungen für seine Tochterunternehmen. Und von mehr Sicherheit profitieren letztlich unsere Kunden und Mitgliedsunternehmen.

IT-Sicherheit ist eine wesentliche Komponente der Digitalisierung. Wie hat sich die Arbeit im Verband hinsichtlich der Digitalisierung generell verändert?

Wir merken im Augenblick, dass durch die Digitalisierung viele einfache Tätigkeiten wegfallen, weil Computer diese übernehmen. Somit verändern sich Arbeitsabläufe. Arbeitsprozesse werden komplexer. Das ist der Grund, warum ich in meinem Geschäftsbereich neue

Formen des Arbeitens eingeführt habe. Ein wichtiges Thema für uns ist deshalb agiles Führen und Arbeiten.

Wie sehen diese neuen, agilen Formen des Führens und Arbeitens aus?

Bisher wurde klassisch hierarchisch geführt. Wir haben uns nun bewusst für einen anderen Weg entschieden, um die Potenziale unserer Mitarbeiter durch mehr Eigenverantwortung und Motivation zu fördern. Für Mitarbeiter ist es häufig schwierig, sich selbst zu optimieren und als Team zu strukturieren. Über den Prozess der agilen Transition helfen wir ihnen dabei.

Wir etablieren eigenverantwortliche, interdisziplinäre Teams im Bereich Shared Services, um sowohl konzeptionelle als auch operative

STÄNDIGER VERBESSERUNGSPROZESS

Her mit den Ideen! Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im PKV-Verband sind eingeladen, ihre Vorschläge zu Verbesserungen in ihrem Arbeitsumfeld einzureichen: Möglich macht dies das neu eingeführte betriebliche **Vorschlagswesen**. Gemeinsam mit dem Betriebsrat konnte bereits eine Betriebsvereinbarung geschlossen werden. Darin finden sich alle wichtigen Informationen, wie Vorschläge eingebracht, bewertet und belohnt werden.

Der PKV-Verband fördert bereits durch verschiedene Maßnahmen die Gesundheit und das Wohlbefinden seiner Mitarbeiter. Die Einzelperson soll nun weiter in den Mittelpunkt gestellt werden. Die Abteilung Zentrale Dienste erarbeitete ein ganzheitliches Konzept zum **Betrieblichen Gesundheitsmanagement**, das das Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiter stärken und die Kompetenz zum eigenständigen gesunden Handeln fördern soll. Im Jahr 2019 soll die Umsetzung erfolgen.

Ein zentrales Thema für uns ist agiles Führen und Arbeiten.

Themen zu bearbeiten und umzusetzen. Die Führungskräfte werden zu Coaches, die ihre Mitarbeiter anleiten und ein Umfeld schaffen, in dem die Bedürfnisse der Mitarbeiter im Zentrum stehen.

Lassen sich schon erste Ergebnisse erkennen?

Ja, wir haben bereits abteilungsübergreifende Teams gebildet, die sich selbstständig Themen herausuchen, um Lösungen rund um unsere Shared Services zu entwickeln.

Die ersten Schritte sind vielversprechend. Daran wollen wir uns weiter orientieren. Deshalb werden künftig öfter Kollegen der unterschiedlichen Abteilungen zusammensitzen, damit sie gemeinsam Lösungen für unsere Dienstleistungen und Prozesse erarbeiten.

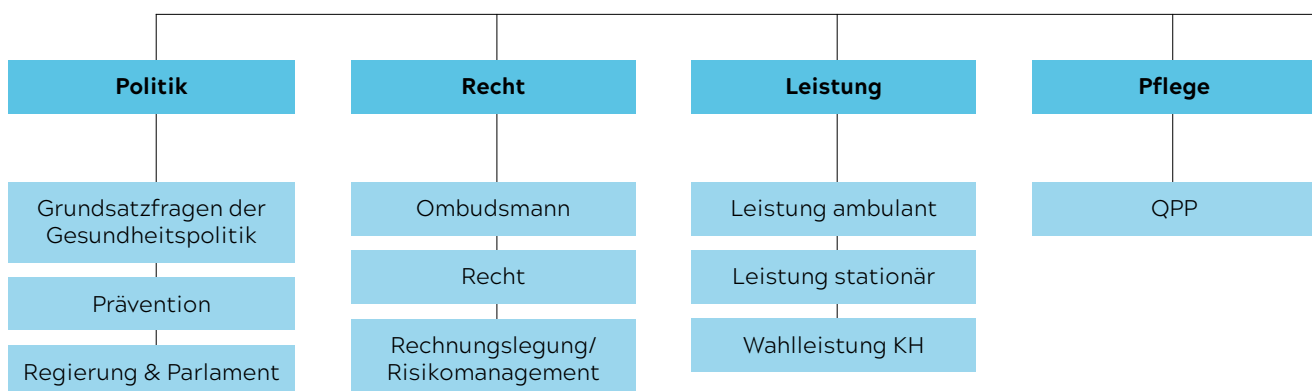
Neue Methoden erfordern neue Kenntnisse ...

Das ist richtig. Deshalb haben wir uns als Allererstes dem Mindset unserer Führungsebene gewidmet. In praxisnahen Workshops und Schulungen konnte sie sowohl die agilen Prinzipien kennenlernen als auch agile Methoden ausprobieren. Eine sehr spannende Erfahrung. Wir haben uns übrigens auch hierbei zertifizieren lassen – nach dem Certified Agile Leader der Scrum Alliance.

Um den agilen Wandel voranzutreiben, haben Sie zunächst die Führungskräfte geschult. Das ist nicht überall üblich.

Anders als in vielen anderen Unternehmen gehen bei uns die Chefs bei diesem Prozess voran. Top-down lautet die Devise. Denn nur wenn die oberen Hierarchieebenen das Selbstverständnis agiler Führung verinnerlicht haben – so unsere Überzeugung – kann auch bei den Mitarbeitern die nötige Veränderung hin zu eigenverantwortlichem und selbst-

Der PKV-Verband und seine Geschäftsbereiche

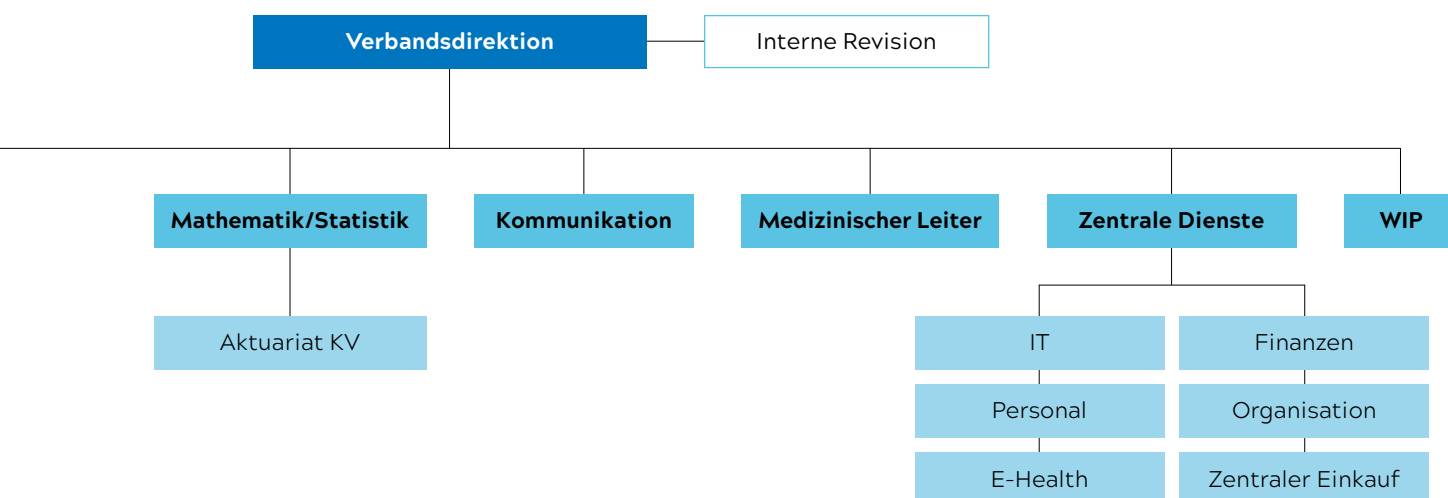


organisiertem Arbeiten in interdisziplinären Teams erfolgen. Vorleben stiftet Vertrauen.

Wie geht es weiter?

Am Ende soll unsere Shared Services Einheit zu einer agilen Organisation werden: anpassungsfähig, schnell und flexibel. Für uns ist es wichtig, dass wir als lernende Organisation eine offene Fehlerkultur etablieren, in der wir aus Fehlern Schlüsse ziehen und diese umgehend ins Tagesgeschäft einfließen lassen. Zudem wollen wir als positives Beispiel vorangehen, damit wir auch andere Abteilungen für diese Formen des Führens und Arbeitens gewinnen. Es würde uns natürlich besonders freuen, wenn unsere Mitarbeiter und Führungskräfte zukünftig diesen Wandel leben. ■

Für uns ist es wichtig, dass wir als lernende Organisation eine offene Fehlerkultur etablieren.





„Wir blicken gern über den Tellerrand.“

Dr. Frank Wild ist Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP). Mit seinem Team widmet er sich zentralen Fragen des deutschen Gesundheitswesens - aus Sicht der Privaten Krankenversicherung. Sein unabhängiges Institut nimmt dabei eine besondere Rolle ein.

Herr Wild, warum braucht das deutsche Gesundheitswesen wissenschaftliche Untersuchungen mit Perspektive auf die Private Krankenversicherung?

Die Forschungslandschaft in Deutschland orientiert sich in erster Linie an der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die PKV wird da gern etwas vernachlässigt. Diese Lücke schließt unser Institut. Wir rufen als einzige Vertreter der

Wissenschaft regelmäßig die zentralen PKV-Themen auf – zum Beispiel Kapitaldeckung, Alterungsrückstellungen oder Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Studien des WIP befassen sich aber nicht nur mit den klassischen PKV-Themen, oder? Nein, wir blicken gern über den Tellerrand. Der Arbeitsbereich Internationales schaut sich regelmäßig die Entwicklungen der Gesundheitssysteme anderer Staaten an.

Im vergangenen Jahr haben wir beispielsweise das niederländische Gesundheitswesen näher unter die Lupe genommen.

Dort wurde im Jahr 2006 das duale System in ein einheitliches Krankenversicherungssystem überführt. Fazit?

Ernüchternd. Die Niederlande leisten sich mittlerweile eines der teuersten Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Die Gesundheitsausgaben liegen in etwa

WICHTIGE WIP-PUBLIKATIONEN UND VERANSTALTUNGEN MIT WIP-VORTRÄGEN 2018

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> → Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in der PKV und GKV 2009 bis 2019 → Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 → Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten - Jahresbericht 2018 → Arzneimittelversorgung von Privatversicherten | <ul style="list-style-type: none"> → 25. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittel-anwendungsforschung und Arzneimittelerpidemiologie (GAA) → 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung → 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheits-ökonomie e.V. (dggö) | <ul style="list-style-type: none"> → 31st International Congress of Actuaries (ICA) → EUHEA Conference 2018: European Conference on Health Economics → 19. INSIGHT-HEALTH-Tagung → Euroforum Konferenz PKV aktuell & digital |
|--|--|--|

➤ www.wip-pkv.de

auf dem Niveau Deutschlands, obwohl die Bevölkerung um einiges jünger ist. Nach der Reform stiegen die Kosten, weshalb die Regierung versuchte, mit verschiedenen Maßnahmen gegenzusteuern. Das half allerdings wenig, die finanziellen Belastungen für die Versicherten stiegen trotzdem.

Wie positionieren Sie sich in einer GKV-lastigen Forschungswelt?

Wir verstehen uns als Gegengewicht zur GKV-nahen Wissenschaft. Das fordert uns, Aufklärung zu leisten, um die typischen Vorurteile gegenüber der PKV zu entkräften. Dem treten wir mit wissenschaftlich fundierten Argumenten entgegen, die wir auf Tagungen präsentieren und in Fachzeitschriften publizieren. Wir bringen so aktiv eine alternative Perspektive in die gesundheitspolitische Debatte ein.

Reichen dazu denn wissenschaftliche Formate aus?

Die Ergebnisse unserer Studien finden auch in den Medien Anklang und erreichen so die Öffentlichkeit. Außerdem liefern wir den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung wichtige Erkenntnisse und Argumente. Damit dringt die Arbeit zwangsläufig aus dem Kreis der wissenschaftlichen Exklusivität.

Was waren die spannendsten Themen im vergangenen Jahr?

Ein großes Ereignis war der Weltkongress der Aktuarien (ICA), der im Sommer 2018 in Berlin stattfand. Es war deshalb etwas Besonderes, weil wir mit gleich zwei Vorträgen teilnehmen durften. Das WIP präsentiert zwar regelmäßig seine Ergebnisse auf wissenschaftlichen Symposien und Kongressen – allein 2018 haben wir mehr als zehn Vorträge vor Fachpublikum gehalten. Trotzdem war es eine besondere Ehre, die deutsche Private Krankenversicherung vor Teilnehmern aus über 100 Ländern zu präsentieren.

Über welche Themen haben Sie denn gesprochen?

Das erste Thema stand ganz im Zeichen von Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung. Wir haben gezeigt, dass es funktionieren kann, Pflegerisiken einer ganzen Gesellschaft über die Kapitaldeckung abzusichern. Es war erstaunlich, wie viel Interesse wir unter den internationalen Experten wecken konnten. Das zweite Thema widmete sich der Frage, wie sich die Häufigkeit von Krankheiten in einer Gesellschaft mit steigender Lebenserwartung entwickelt, und welchen Einfluss das auf die Gesundheitsausgaben nimmt. Wir konnten darauf hinweisen, dass die Senioren heute zwar fitter sind –

dies jedoch häufig an medizinischen Vorbehandlungen liegt.

Welche weiteren Schwerpunkte beschäftigen das WIP?

Ein wichtiger Teil unserer Arbeit ist die Versorgungsforschung. Hier stehen wir im engen Austausch mit den Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes. Im Bereich Arzneimittel unterstützen wir sie zum Beispiel mit Unternehmensberichten. Wir berechnen mit den uns zur Verfügung gestellten Daten unterschiedliche Kennzahlen etwa zur Ausgabenentwicklung, zu Generikaquoten oder zu Medikamenten der PRISCUS-Liste. Auf dieser Basis können die Unternehmen ihr Leistungsmanagement optimieren. Dadurch wird letztlich die Versorgung der Patienten verbessert.

Was sind die nächsten großen Projekte?

Studien zu Mehrumsatz, Ärzteverteilung und Arzneimittel stehen bereits in den Startlöchern. Langfristig planen wir ein Projekt zur Auswertung von Rechnungsdaten zu Krankenhausleistungen. Dafür prüfen wir die technischen Voraussetzungen, um die nötigen Datengrundlagen beschaffen zu können. Das ist allerdings nur ein kleiner Ausschnitt. Man darf also gespannt sein. ■

Zahlen

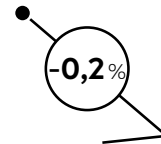




Vollversicherte Personen

Bestand bleibt annähernd stabil

8.736.300



Der Anteil der Krankheitsvollversicherung an den gesamten Beitragseinnahmen der PKV in Höhe von 39,77 Milliarden Euro beträgt 69,5 Prozent. Der An-

teil der Privatversicherten an der Bevölkerung liegt bei über 10 Prozent. Im Jahr 2018 hat sich der Bestand um 0,2 Prozent bzw. 17.100 Personen minimal verringert.

Wanderungsbewegung

PKV mit leichtem Plus

Saldo **+ 2.100** Personen



Die Wanderungsbewegung zeigt, dass 2018 etwas mehr Menschen von der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung wechselten als umgekehrt. Dabei ist zu beachten: Ein Wechsel in die Private Krankenver-

sicherung ist immer freiwillig. Umgekehrt werden viele Privatversicherte jedoch durch Eintritt der Versicherungspflicht wieder in die Gesetzliche Krankenversicherung gezwungen.

Bruttoneuzugang

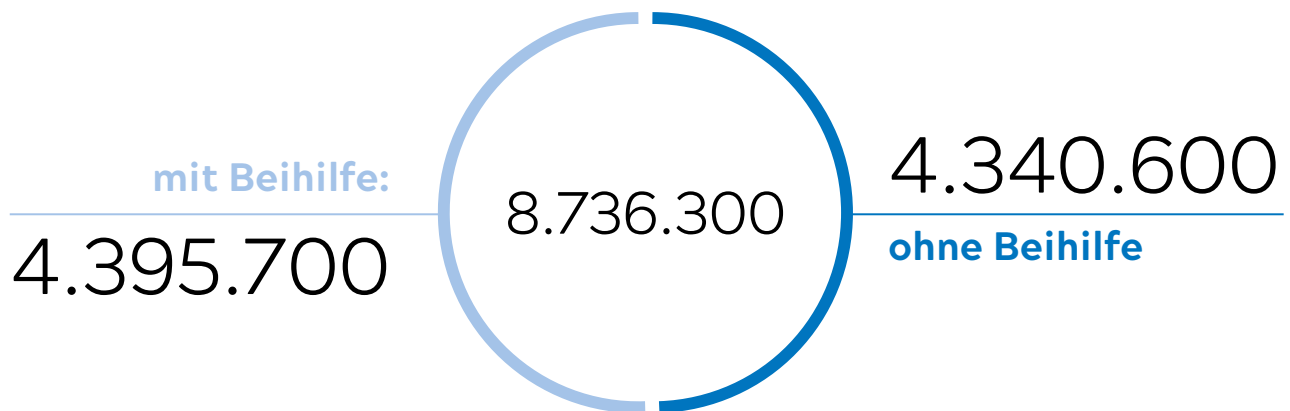
284.600



Hierzu zählen alle Personen, die eine Krankheitsvollversicherung neu abgeschlossen haben. Anders als bei der Wanderungsbewegung sind hier auch die Zugänge durch Geburten und Wechsel aus anderen

PKV-Unternehmen enthalten. Die Abgänge aus der Privaten Krankenversicherung durch Kündigung des Versicherungsschutzes oder Tod werden jedoch nicht berücksichtigt.

Versichertenstruktur



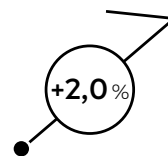
Im Jahr 2018 waren rund 50 Prozent der Vollversicherten beihilfeberechtigt – entweder als Beamte, als deren enge Angehörige oder als Pensionäre. Übrigens: Es sind weniger Frauen in der Private Krankenversicherung vollversichert als Männer. Ein Grund dürfte

sein, dass Arbeitnehmerinnen im Durchschnitt ein geringeres Einkommen haben und deshalb seltener die Versicherungspflichtgrenze überschreiten, um von der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung wechseln zu können.

Zusatzversicherungen

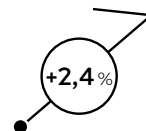
Weiterhin steigende Nachfrage¹

26.029.900



Zusatzversicherungen, die in der Regel nur von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden

20.056.900

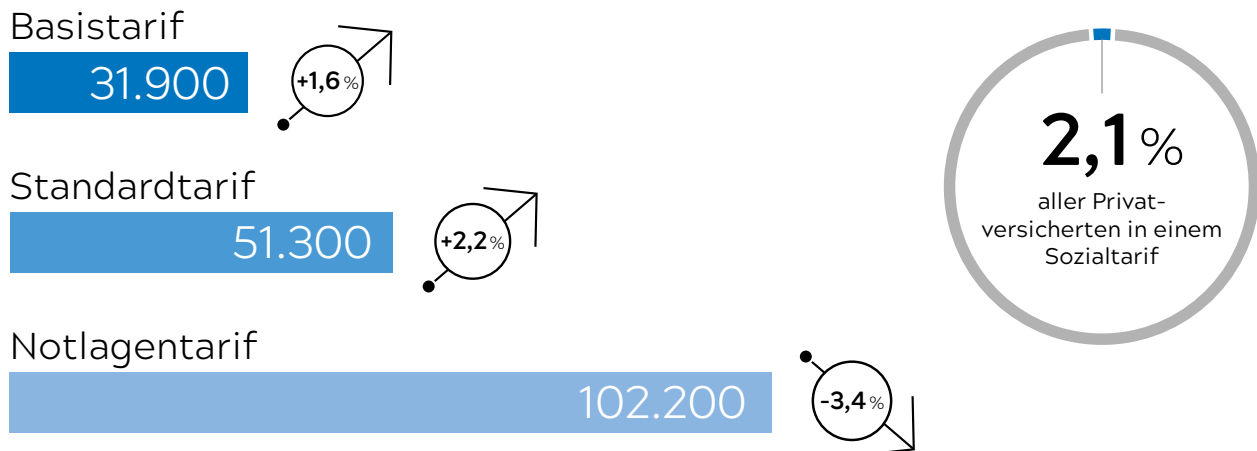


¹ Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife gleichzeitig abschließen und ebenso nachträglich einzelne Tarife kündigen oder weitere hinzunehmen.

Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, hält seit Jahren an. So erhöhte sich der Bestand auch 2018 wieder in fast allen Zusatz-

versicherungsarten. Mit über 16 Millionen Versicherungen stellen die Zahntarife die beliebteste Zusatzversicherung dar. Dahinter folgen ambulante Tarife mit knapp 8 Millionen.

Versicherte in den Sozialtarifen der PKV

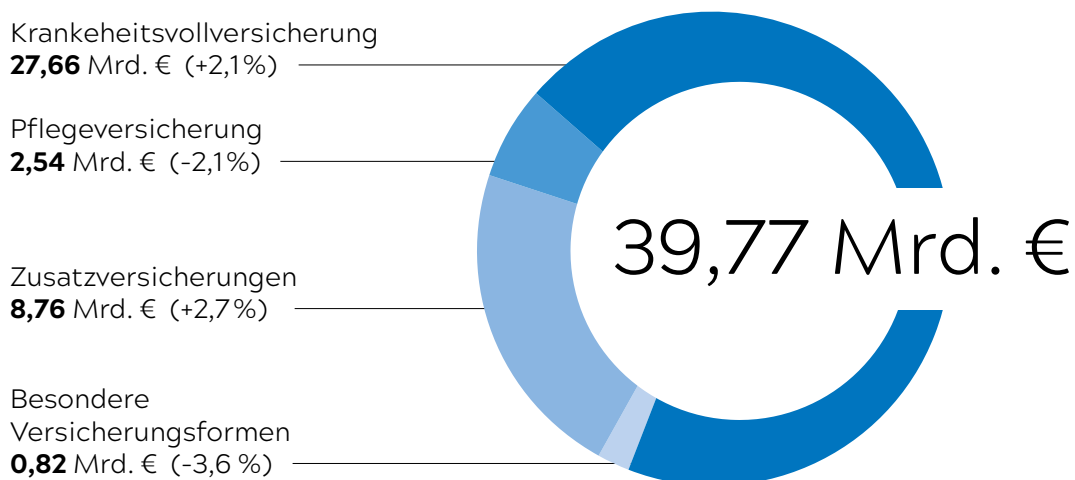


Der Standardtarif und der Basistarif sind branchen-einheitliche Tarife mit einem gesetzlich festgelegten Höchstbeitrag, deren Versicherungsschutz vergleich-bar ist mit dem der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Diese Tarife richten sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen preiswerten Tarif benötigen. Der Notlagentarif bietet eine Lösung für vorübergehende Zahlungsunfähigkeit.

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten

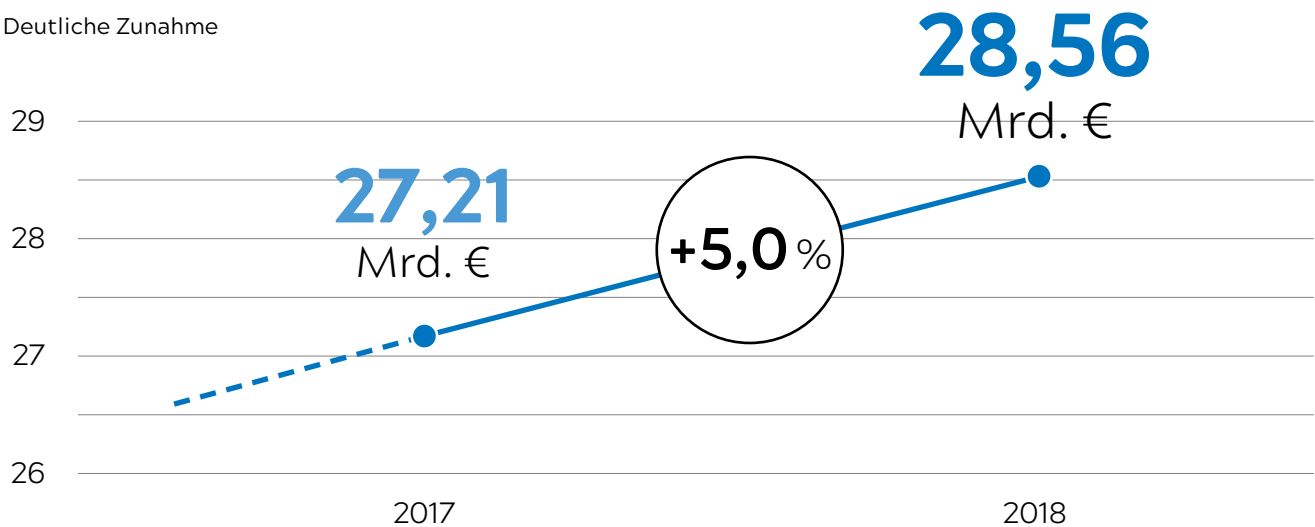
Die Beitragseinnahmen haben im Jahr 2018 insgesamt um 1,8 Prozent zugenommen



Zu den Besonderen Versicherungsformen zählen zum Beispiel die Auslandsreisekrankenversicherungen und Beihilfeablöseversicherungen.

Versicherungsleistungen

Deutliche Zunahme

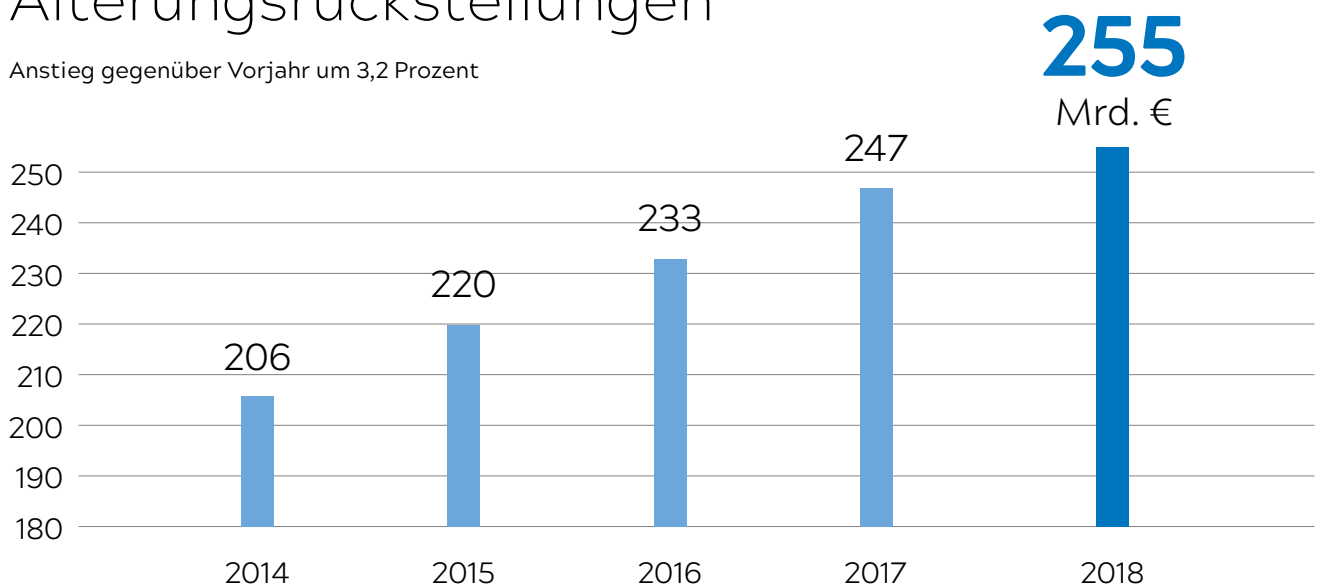


Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an Versicherte und die Schadenregulierungskosten. Von den 28,56 Milliarden Euro Gesamtausgaben im Jahr 2018 entfielen 1,42 Milliarden auf die

Pflegeversicherung. Diese verzeichnete damit einen Zuwachs von 10,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Ausgaben für die Krankenversicherung stiegen um 4,7 Prozent auf 27,14 Milliarden Euro.

Alterungsrückstellungen

Anstieg gegenüber Vorjahr um 3,2 Prozent



Die Private Krankenversicherung bildet Alterungsrückstellungen, um höheren Krankheitskosten aufgrund des steigenden Lebensalters entgegenzuwirken. Auf diese Weise wird garantiert, dass die Beiträge

nicht deswegen steigen, weil die Versicherten älter werden. Von den gesamten Alterungsrückstellungen im Jahr 2018 entfielen 36,15 Milliarden Euro auf die Pflegeversicherung.

Anhang

Ehrenmitglieder des Verbandes

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

Trauerfälle 2018

Günther Aumüller

Ehemaliger stellvertr. Verbandsdirektor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Zuständigkeit für den Rechtsausschuss, Arztausschuss und die Kommission für Leistungsfragen
verstorben am 20. Juli 2018

Direktor i. R. Wolfgang Roitzheim

Ehemaliges Mitglied des Wettbewerbs- und Außendienstsausschusses des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., ehemaliges Mitglied des Vorstandes der HALLESCHKE Krankenversicherung a.G.
verstorben am 13. Dezember 2018

Hauptausschuss

bestehend aus von der Mitglieder-versammlung gewählten Mitgliedern

1. **Uwe Laue**
(Vorsitzender)
Vorsitzender des Aufsichtsrates 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. **Ulrich Leitermann**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Dortmund
5. **Dr. Clemens Muth**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

6. **Dr. Thilo Schumacher**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
7. **Michael Baulig**
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a. G., Nürnberg
8. **Christoph Bohn**
seit 01.07.2018
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHKE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
9. **Dr. Christoph Helmich**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a. G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
10. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
11. **Dr. Ralf Kantak**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Fellbach
12. **Dr. Jochen Petin**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envisas Krankenversicherung AG, Köln

13. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Krankenversicherung a. G., München
14. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
15. **Dr. Roland Schäfer**
Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversicherungs-AG, München
16. **Oliver Schoeller**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
17. **Dr. Rainer Wilmink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

Kooptierte Mitglieder

18. **Nina Henschel**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
19. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Walter Botermann**
bis 30.06.2018
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
- **Dr. Birgit König**
(stellvertr. Vorsitzende)
bis 31.03.2019
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Matthias Kreibich**
bis 31.12.2018
Vorstandssprecher der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt am Main
- **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
bis 31.12.2018
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

Vorstand

1. **Uwe Laue**
(Vorsitzender)
Vorsitzender des Aufsichtsrates 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. **Ulrich Leitermann**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Dr. Clemens Muth**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
6. **Dr. Thilo Schumacher**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
7. **Dr. Florian Reuther**
(geschäftsführendes Vorstandsmitglied)
Verbandsdirektor, Köln

Sonderausschüsse

a) Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. **Claudia Andersch**
seit 29.03.2019
Vorsitzende des Vorstandes der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
2. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
3. **Ralph Brouwers**
Bereichsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
4. **Dr. Jan Esser**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
5. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Matthias Kreibich**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und 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, Nürnberg
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 HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Dr. Jochen Petin**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln

14. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
15. **Dr. Gerd Sautter**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der Württembergische Krankenversicherung AG, Stuttgart
16. **Benno Schmeing**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
17. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
18. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
19. **Dr. Rainer Wilmink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
20. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Harald Benzing**
bis 21.03.2019
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
- **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
bis 31.12.2018
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

b) Ausschuss ambulantes und stationäres Leistungsrecht

1. **Daniel Bahr**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
2. **Michael Baulig**
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
3. **Annabritta Biederbick**
Hauptabteilungsleiterin des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

4. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
5. **Klaus-Dieter Dombke**
Bereichsleiter der AXA Krankenversicherung AG, Köln
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Andreas Kolb**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
8. **Dr. Achim Kramer**
Abteilungsleiter der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
9. **Dr. Marcus Kremer**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
10. **Mark Lammerskitten**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
11. **Gisela Lenk**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
12. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHKE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Dr. Jochen Petin**
Vorsitzender des Vorstandes der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
14. **Benno Schmeing**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
15. **Oliver Schoeller**
Vorsitzender des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
16. **Carola Schroeder**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
17. **Roberto Svenda**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim
18. **Dr. Dietrich Vieregge**
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. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Birgit König**
(Vorsitzende) bis 31.03.2019
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Martin Risse**
bis 31.12.2018
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
bis 31.12.2018
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

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**
Bereichsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
5. **Dr. Jan Esser**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
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 HALLESCHKE 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**
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**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

d) Rechtsausschuss

1. **Dr. Peter Görg**
(Vorsitzender)
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
2. **Christian Barton**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
3. **Dr. Jörg Etzkorn**
Prokurist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
4. **Frauke Fiegl**
seit 29.03.2019
Rechtsanwältin der AXA Krankenversicherung AG, Köln
5. **Dr. Bettina Haase-Uhländer**
Abteilungsleiterin Krankenversicherung Recht der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
6. **Stefan Koske**
seit 01.12.2018
Stellvertr. Abteilungsleiter der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
7. **Gisela Lenk**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

8. **Eric Lütke**
Prokurist der Central Krankenversicherung AG, Köln
9. **Dr. Volker Marko**
Abteilungsleiter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
10. **Christine Michl**
Prokuristin der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
11. **Dr. Margret Obladen**
seit 20.06.2018
Abteilungsleiterin der Wüstenrot & Württembergische AG, Ludwigsburg
12. **Lutz Rellstab**
Abteilungsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
13. **Dr. Veronika Renner**
seit 29.03.2019
Syndikusrechtsanwältin des Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
14. **Rudolf Rönisch**
seit 29.03.2019
Prokurist der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
15. **Martina Sauer**
seit 20.06.2018
Abteilungsleiterin der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
16. **Dieter Schlegel**
Hauptabteilungsleiter der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
17. **Dr. Torsten Schulte**
Prokurist der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
18. **Sabine Wittmann**
Abteilungsleiterin der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Harald Becker**
bis 20.06.2018
Abteilungsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Jürgen Berressem**
bis 30.11.2018
Prokurist der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Christina Feldhaus**
bis 31.12.2018
Prokuristin der AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Walter Gerhard**
bis 31.12.2018
Handlungsbevollmächtigter der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

e) Ausschuss für Betriebs-technik

1. **Dr. Thilo Schumacher**
(Vorsitzender)
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. **Andreas Kolb**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
10. **Matthias Kreibich**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt am Main
11. **Christian Molt**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
12. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
14. **Werner Schmidt**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

15. **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
16. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
17. **Dr. Mirko Tillmann**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der Central Krankenversicherung AG, Köln, und der Ennivas Krankenversicherung AG, Köln
18. **Kai Völker**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
19. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
20. **Dr. Martin Zsohar**
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Tillmann Lukosch**
bis 22.06.2018
Vorstandsmitglied der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
- **Prof. Dr. Markus Warg**
bis 31.12.2018
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund

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 HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

g) Vertriebsausschuss

1. **Dr. Andreas Eurich**
(Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
2. **Olaf Bläser**
seit 20.06.2018
Vorsitzender des Vorstandes der ERGO Beratung und Vertrieb AG, Düsseldorf
3. **Eric Bussert**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
4. **Olaf Engemann**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
5. **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Michael Johnigk**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
7. **Jesko David Kannenberg**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der ottonova Krankenversicherung AG, München
8. **Frank Kettner**
Vorstandsmitglied der HALLESCHKE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
9. **Manuela Kiechle**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
10. **Hendrik Lowey**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
11. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
12. **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
13. **Paul Stein**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz

14. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
15. **Dr. Thomas Wiesemann**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**
bis 31.12.2018
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

h) Ausschuss Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern

1. **Ulrich Leitermann**
(Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
2. **Ralf Degenhart**
Stellvertr. Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
3. **Dr. Ralf Kantak**
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
4. **Ole Kielmann**
Abteilungsleiter der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
5. **Andreas Kolb**
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
6. **Matthias Kreibich**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
7. **Raik Mildner**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
8. **Stephan Oetzel**
Chief Risk Officer der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
9. **Alf N. Schlegel**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln

10. **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
11. **Carola Schroeder**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
12. **Frank Sievert**
Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
13. **Knut Söderberg**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
14. **Heiko Stüber**
seit 29.03.2019
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Christoph Jurecka**
bis 31.12.2018
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Martin Risse**
bis 31.12.2018
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Holger Tietz**
bis 31.10.2018
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim

i) Rechnungsprüfer

1. **Johannes Grale**
Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversicherungs-AG, Hannover
2. **Dr. Rainer Wilmink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

Mitglieds- unternehmen:

1. Ordentliche Mitglieder



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



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
Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover
Postanschrift: 30621 Hannover
Tel.: (0511) 57 01-0 / Fax: (0511) 57 01-19 05
www.concordia.de
kv@concordia.de



Continental Krankenversicherung a.G.
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44118 Dortmund
Tel.: (0231) 9 19-0 / Fax: (0231) 9 19-29 13
www.continentale.de
info@continentale.de



Debeka 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 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 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
service@dkv.com



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 Krankenversicherung AG
Karl-Martell-Straße 60, 90344 Nürnberg
Tel.: (0911) 1 48-01 / Fax: (0911) 1 48-17 00
www.ergodirekt.de
info@ergodirekt.de



**FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr
und der Polizei VVaG**
Hansaallee 154, 60320 Frankfurt
Postanschrift: Postfach 11 07 52,
60042 Frankfurt
Tel.: (069) 9 74 66-0
Fax: (069) 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de



Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
Postanschrift: 50598 Köln
Tel.: (0221) 3 08-00 / Fax: (0221) 3 08-1 03
www.gothaer.de
info@gothaer.de



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



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

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



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



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



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



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



LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG
Weißenburgstraße 17, 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-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 Krankenversicherung AG
Ottostraße 4, 80333 München
Tel.: (089) 12 14 07 12
www.ottonova.de
support@ottonova.de



Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen
Doktorweg 2-4, 32756 Detmold
Tel.: (05231) 9 75-0 / Fax: (05231) 9 75-1 02
www.vrk.de
info@vrk.de



Provinzial Krankenversicherung Hannover AG
Schiffgraben 4, 30159 Hannover
Postanschrift: 30140 Hannover
Tel.: (0511) 3 62-0 / Fax: (0511) 3 62-29 60
www.vgh.de
service@vgh.de



R+V Krankenversicherung AG
Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65181 Wiesbaden
Tel.: (0611) 5 33-0 / Fax: (0611) 5 33-45 00
www.ruv.de
ruv@ruv.de



SIGNAL 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



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



ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese Rottenburg-Stuttgart - Kranken- und Sterbekasse (KSK) - V.V.a.G.

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



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
Postanschrift: Postfach 19 23,
70709 Fellbach
Tel.: (0711) 73 72-77 77
Fax: (0711) 73 72-77 88
www.sdk.de
sdk@sdk.de



Union Krankenversicherung AG
Peter-Zimmer-Straße 2,
66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
Tel.: (0681) 8 44-70 00
Fax: (0681) 8 44-25 09
www.ukv.de
service@ukv.de



uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg
Tel.: (0911) 53 07-0 / Fax: (0911) 53 07-16 76
www.universa.de
info@universa.de



vigo Krankenversicherung VVaG
Konrad-Adenauer-Platz 12,
40210 Düsseldorf
Postanschrift: Postfach 10 33 64,
40024 Düsseldorf
Tel.: (0211) 35 59 00-0
Fax: (0211) 35 59 00-20
www.vigo-krankenversicherung.de
service@vigo-krankenversicherung.de



Württembergische Krankenversicherung AG
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Postanschrift: 70163 Stuttgart
Tel.: (0711) 6 62-0
Fax: (0711) 6 62-82 25 20
www.wuerttembergische.de
krankenversicherung@
wuerttembergische.de

2. Außerordentliche Mitglieder



AstraDirect Versicherung AG
Dudenstraße 46, 68167 Mannheim
Tel.: (0621) 1 24 76 82-0
Fax: (0621) 1 24 76 82-6 42
www.astradirect-versicherung.de
email@astradirect-versicherung.de



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
Postanschrift: 50595 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

3. 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 03-0
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

Gesetzgebung 2018/2019

GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG

(Gesetz vom 11. Dezember 2018)

Kern des Vorhabens war die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Die einzelnen Maßnahmen wirken sich auf den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV aus.

Ausgewählte Maßnahmen:

→ **Paritätische Finanzierung der GKV-Beiträge:** Die Wiedereinführung der Parität wird dadurch realisiert, dass zukünftig auch der von den Krankenkassen festzusetzende Zusatzbeitrag zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt wird.

→ **Zuschuss für Privatversicherte:** Durch die Wiedereinführung der Parität erhöht sich für Privatversicherte der Arbeitgeberzuschuss, der künftig unter Berücksichtigung der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet wird.

→ **Senkung des Mindestbeitrags für Kleinselbstständige:** Freiwillig versicherte Selbstständige werden bei den Mindestbeiträgen den übrigen freiwillig Versicherten in der GKV gleichgestellt. Damit verringert sich der Mindestbeitrag für hauptberuflich Selbstständige erheblich (statt ca. 360 Euro ca. 156 Euro Mindestbeitrag).

→ **Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für Soldatinnen und Soldaten auf Zeit nach Ende der Dienstzeit:** Ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit erhalten ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in der GKV und nach dem Ende ihrer Dienstzeit einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen als Ersatz für die bisherige Beihilfe.

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG

(Gesetz vom 11. Dezember 2018)

Kern des Vorhabens war eine Schaffung neuer Pflegestellen in der Altenpflege und die Verbesserung der Vergütung der Pflegekräfte. Der PKV-Verband hat die Ausweitung der

versicherungsfremden Leistungen in der Pflegeversicherung kritisiert.

Ausgewählte Maßnahmen:

→ **Zusätzliche Pflegestellen:** In der vollstationären Altenpflege werden 13.000 zusätzliche Stellen geschaffen, die von den gesetzlichen Krankenkassen und der PKV (Kosten für die PKV: 44 Mio. Euro/Jahr) ohne finanzielle Beteiligung der Pflegebedürftigen finanziert werden. Um die Personalausstattung in der Krankenhaus-Pflege zu verbessern, wird jede zusätzliche oder aufgestockte Pflegestelle am Krankenhausbett vollständig refinanziert.

→ **Vergütung für Pflegekräfte:** Ab 2018 werden die Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte im Krankenhaus vollständig von den Kostenträgern, also auch der PKV, refinanziert.

→ **Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte:** Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser werden finanziell dabei unterstützt, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Die PPV muss dafür 7 Mio. Euro im Jahr aufwenden.

→ **Förderung der Digitalisierung:** Die Pflegeversicherung, auch die PPV, stellt zur Förderung der Digitalisierung einmalig pro Einrichtung Mittel zur Verfügung, insgesamt 7,33 Mio. Euro im Jahr.

Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG

(Gesetz vom 6. Mai 2019)

Zentrales Anliegen dieses Vorhabens war die Verkürzung von Wartezeiten auf Arzttermine für gesetzlich versicherte Patienten. Viele Maßnahmen lassen sich als Folgen des Systemwettbewerbs mit der PKV verstehen. Das Gesetz wird zu Ausgabensteigerungen für die GKV in Höhe von bis zu 3,1 Mrd. Euro im Jahr führen.

Ausgewählte Maßnahmen:

→ **Zugang zur ambulanten Versorgung:** Terminservicestellen werden zu Servicestellen für die ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt, die über die bundesweit einheitliche Notdienstnummer (116117) täglich 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche erreichbar sein soll.

→ **Ambulante ärztliche Versorgung:** Das Mindestsprechstundenangebot der niedergelassenen Ärzte wird verbindlich erweitert auf mind. 25 Stunden pro Woche. Wichtige Fach-

arztgruppen, z.B. Augenärzte, müssen mindestens 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten. Für verschiedene Leistungen (u.a. für die Versorgung neuer Patienten in der Praxis) erhalten die Ärzte zusätzliche Vergütungen.

→ **Heil- und Hilfsmittelversorgung:** Ausschreibungen für Hilfsmittel werden abgeschafft. Bei den Heilmittelbringern werden die Preise für die Leistungen der Therapeuten zum 1. Juli 2019 bundesweit auf dem höchsten Niveau angeglichen. Die Honorarentwicklung wird von der Grundlohnsomme abgekoppelt.

→ **Versorgung mit Zahnersatz:** Die Zuschüsse werden von 50 auf 60 Prozent der Kosten für die Regelversorgung erhöht.

→ **Digitalisierung:** Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten bis spätestens 2021 elektronische Patientenakten anzubieten.

Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung - GSAV

(Kabinettdentwurf vom 30. Januar 2019)

Mit diesem Vorhaben reagiert der Gesetzgeber vornehmlich auf Skandale bei Vertrieb und Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln. Das Gesetz wurde um zahlreiche weitere Maßnahmen erweitert, die über diese Maßnahmen hinausgehen, z.B. die Einführung des E-Rezeptes.

Der PKV-Verband hat während des Gesetzgebungsverfahrens darauf verwiesen, dass die PKV nicht angemessen berücksichtigt wurde. Ihr werden z. B. keine funktionierenden Instrumente zur Verfügung gestellt, um die Ausgabenentwicklung im Bereich teurer Krebsarzneimittel zu bremsen. Auch bei der Einführung des E-Rezeptes ist die Einbeziehung von Privatversicherten und Beihilferechtigen offen.

Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

(Kabinettdentwurf vom 27. Februar 2019)

Mit dem Vorhaben will der Gesetzgeber den Beruf des psychologischen Psychotherapeuten auf eine neue Grundlage stellen und die Ausbildung attraktiver und bundesweit einheitlich gestalten. Ein auf die Heilkunde

zugeschnittenes Psychologiestudium soll künftig nach einer staatlichen Prüfung zur Approbation führen.

Aus Sicht der PKV bedarf es der Klarstellung, dass die selbständige Behandlung aller Patientinnen und Patienten den Erwerb der Weiterbildung (Fachkundenachweis) voraussetzt. Ein zentrales Anliegen der Reform war die Einführung einer Vergütung der Weiterzubildenden, die vorerst nicht geregelt wird. Die PKV lehnt eine Beteiligung der Kostenträger an den Weiterbildungskosten aus ordnungspolitischen Gründen ab.

Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende - GZSO

(Gesetz vom 22. März 2019)

Ziel des Gesetzes ist die Verbesserung der Organisation der Organspende, u.a. durch eine Stärkung der Rolle von Transplantationsbeauftragten in Krankenhäusern. Potentielle Organspender sollen besser erkannt und erfasst, Entnahmekrankenhäuser besser vergütet und kleinere Entnahmekrankenhäuser durch qualifizierte Ärzte unterstützt werden.

Das Gesetz wird zu Mehrausgaben in nicht näher beziffertem Umfang führen. Die PKV wird sich daran - wie bisher auch - beteiligen.

Faire-Kassenwahl-Gesetz - GKV-FKG

(Referentenentwurf vom 25. März 2019)

Ziel des Vorhabens ist es, gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen. Dazu wird eine Reform des Risikostrukturausgleichs vorgesehen. Weiter wird die regionale Beschränkung der Krankenkassen aufgehoben, so dass günstige Kassen für Mitglieder aus dem gesamten Bundesgebiet wählbar werden. Durch die bundesweite Öffnung wird auch für einen Großteil der Krankenkassen eine einheitliche Rechtsaufsicht durch das Bundesversicherungsamt erreicht.

In der gesundheitspolitischen Szene werden die vorgesehenen Regelungen als Frontalangriff auf das System der AOKen interpretiert - bei gleichzeitiger Stärkung der Position der Ersatzkassen.

Implantateregister-Errichtungsgesetz - EIRD

(Kabinetentwurf vom 3. April 2019)

Mit einem neuen Register will der Gesetzgeber mehr Transparenz und Sicherheit bei Implantaten schaffen. Geregelt werden eine verpflichtende Teilnahme betroffener Patienten an dem Register und die Grundsätze der Meldepflichten der Gesundheitseinrichtungen, der Krankenkassen und der PKV-Unternehmen an das Register.

Auch PKV-Versicherte, die ein Implantat erhalten haben, werden zukünftig vom Register erfasst. Dazu erhalten alle Versicherten eine eindeutige und unveränderbare Identifikationsnummer, die durch die PKV bereitgestellt wird.

Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

(Referentenentwurf vom 11. April 2019)

Mit dem Vorhaben reagiert der Gesetzgeber auf ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs, das die Preisbindung der deutschen Arzneimittelpreisverordnung für verschreibungspflichtige Arzneimittel, bezogen aus EU-Versandapotheken, für nicht anwendbar erklärte. Mit den vorgesehenen Regelungen wird auf ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verzichtet.

Als Gegenleistung sollen die deutschen Vor-Ort-Apotheken neue pharmazeutische Dienstleistungen anbieten dürfen, z.B. ein Medikationsmanagement. Zudem sollen die Vergütungen für den Nacht- und Notdienst erhöht werden. Insgesamt werden GKV, PKV und Beihilfekostenträger mit circa 200 Mio. Euro zusätzlich belastet.

Für die PKV könnte die Nichtgeltung der Arzneimittelpreisverordnung im PKV-Bereich langfristig zu höheren Preisen führen. Die vorgesehene Neuregelung würde dazu führen, dass PKV und Beihilfe den Anspruch auf Herstellerabschlüsse verlieren.

MDK-Reformgesetz

(Referentenentwurf vom 2. Mai 2019)

Das MDK-Reformgesetz hat bessere und unabhängige Prüfungen der medizinischen Dienste der Krankenkassen zum Ziel. Dazu wird eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung MD geschaffen.

Für die PKV relevant ist eine Regelung, mit der Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht (1.1.2007) bestanden, als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gesetzlich anerkannt werden. Die Regelung sieht vor, dass die Mitglieder einen Leistungsanspruch auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenkassen haben. Im Fall der Zahlungsunfähigkeit einer Solidargemeinschaft oder einer aus anderen Gründen endenden Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft sind die PKV-Unternehmen oder die Krankenkassen aufgrund der wieder auflebenden Versicherungspflicht zur Versicherung der ausgeschiedenen Mitglieder einer anerkannten Solidargemeinschaft verpflichtet. Die Versichertengemeinschaften von PKV und GKV tragen somit faktisch das Risiko der Zahlungsunfähigkeit einer anerkannten Solidargemeinschaft.

Masernschutzgesetz

(Referentenentwurf vom 10. Mai 2019)

Mit diesem Vorhaben soll die Durchimpfungsrate deutlich gesteigert werden, um auf diesem Weg die Ausrottung der Masern in Deutschland zu erreichen. Dazu wird für Kinder und Erzieher in Gemeinschaftseinrichtungen sowie für Personal in bestimmten medizinischen Einrichtungen verpflichtend geregelt, dass sie einen Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen. Der Entwurf wird zu Mehrausgaben auch für die PKV führen.

Digitale Versorgung-Gesetz - DVG

(Referentenentwurf vom 16. Mai 2019)

Mit dem Vorhaben sind eine Reihe von Maßnahmen vorgesehen, die vor allem den Eingang digitaler Innovationen in die Versorgung erleichtern sollen. Vorgesehen ist u.a. ein Anspruch für GKV-Versicherte auf digitale Gesundheitsanwendungen. Zudem werden die Regelungen zur elektronischen Patientenakte erweitert, die Telemedizin wird gestärkt und die Förderung digitaler Innovationen durch gesetzliche Krankenkassen wird ermöglicht.

Ausbildungsreformen

Bereits der Koalitionsvertrag formulierte die Absicht, die Attraktivität von Ausbildungen in Gesundheitsberufen

zu stärken. Nun hat das BMG mehrere Gesetzentwürfe zu Ausbildungsverbesserungen vorgelegt:

a) Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA).

ATA und OTA arbeiten gemeinsam mit Ärzten und anderen Fachkräften in Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen. Mit dem vorliegenden

Entwurf soll eine bundesweit einheitliche Ausbildung für ATAs und OTAs geschaffen werden. Für die private Krankenversicherung entstehen aus diesem Gesetz bis zu 8 Millionen Euro jährlich.

b) Gesetz zur Weiterentwicklung des Berufsbildes der Ausbildung der pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten (PTA)

Künftig sollen PTAs besser dazu ausgebildet werden, Kunden in der Apotheke über Arzneimittel, Medizinprodukte und allgemeine Gesund-

heitsfragen - wie z.B. Ernährungstipps - zu beraten. In einem separaten Vorhaben soll geprüft werden, ob und inwiefern das Schulgeld abgeschafft wird.

c) Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung

Mit dem Hebammenreformgesetz sollen Hebammen zukünftig mit einem dualen Studium besser auf ihre Aufgabe vorbereitet werden. Für die privaten Krankenversicherungen entstehen durch dieses Gesetz keine dauerhaften Mehrausgaben.



Über die Künstlerin

Jacqueline Urban hat an der Bauhaus Universität in Weimar studiert und arbeitet seit 2010 als freiberufliche Illustratorin in Berlin.



Impressum

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

Büro Berlin
Glinkastraße 40
10117 Berlin

presse@pkv.de
www.pkv.de