

Was uns *bewegt*



Editorial // 02-03

Inhalt

Themen // 04-29

06 // **Starke Abwehr**

Auch in der Pandemie können sich die Versicherten auf das deutsche Gesundheitssystem verlassen

08 // **„Wir haben als PKV gewisse Freiheiten“**

Christian Hälker, Geschäftsführer Zentrale Dienste und Leiter des E-Health/gematik-Projekts, berichtet über die Einführung digitaler Gesundheitsservices

12 // **Innovationsmotor PKV**

Eine Studie zeigt, dass medizinische Innovationen Privatversicherten deutlich früher zugutekommen

16 // **Mission: Zukunft wagen**

Heal Capital hat sich zu einem führenden europäischen Investor in der Healthtech-Szene entwickelt

19 // **Reform Ja. Aber generationengerecht.**

Die jüngst verabschiedete Pflegereform sieht Leistungsausweitungen zulasten der Jüngeren vor

22 // **Wie Privatversicherte die landärztliche Versorgung stärken**

PKV-Regionalatlas Baden-Württemberg: Vor allem Arztpraxen in strukturschwachen Räumen profitieren von den Mehrumsätzen der Privatversicherten

24 // **Gemeinsam Gesundheit fördern: on- und offline**

Die PKV setzt bei ihren Präventionsaktivitäten verstärkt auf innovative digitale Methoden

28 // **Mit Netz und doppeltem Boden**

Mit ihren Sozialtarifen bietet die PKV ihren Versicherten Alternativen in jeder Lebenslage

Zahlen // 30-37

32 // **Versicherungsbestand**

34 // **Alterungsrückstellungen**

35 // **Beitragseinnahmen**

36 // **Versicherungsleistungen**

37 // **Betriebliche Krankenversicherung**

Anhang // 38-51

40 // **Ausschüsse des Verbandes**

46 // **Mitgliedsunternehmen**

50 // **Gesetzgebung 2020/2021**

Liebe Leserinnen und Leser!

Einer der wichtigsten Impulse für die Sozialpolitik der Zukunft kommt in diesem Jahr vom Bundesverfassungsgericht. Es hat mit seinem aufsehenerregenden Urteil vom April 2021 zum Klimaschutz einen klaren Maßstab für Generationengerechtigkeit gesetzt – und für die Politik verbindlich gemacht. Wenn es ein Politikfeld gibt, in dem die aktuelle Gesetzgebung die Rechte der nachfolgenden Generationen massiv gefährdet, dann ist dies neben dem Klimaschutz die Sozialpolitik.

Aus den gleichen Gründen, mit denen das höchste deutsche Gericht das Klimaschutzgesetz als teilweise verfassungswidrig einstuft, gefährden auch aktuelle Pläne zur Pflegeversicherung die Rechte der jüngeren Generationen. Die Richter des Bundesverfassungsgerichts erklärten, es dürfe nicht einer Generation zugestanden werden, große Teile der Ressourcen zu verbrauchen, wenn „damit zugleich den nachfolgenden Generationen eine radikale Reduktionslast überlassen und deren Leben umfassenden Freiheitseinbußen ausgesetzt würde“. Die Lebensgrundlagen müssten in einem Zustand hinterlassen werden, „dass nachfolgende Generationen diese nicht nur um den Preis radikaler eigener Enthaltensamkeit weiter bewahren könnten“. Durch mangelhafte Vorkehrungen der Klimaschutzpolitik seien die Menschen „nach 2030 von drastischen Einschränkungen bedroht“, so das Verfassungsgericht. Deshalb hätte der Gesetzgeber Vorkehrungen treffen müssen, „um diese hohen Lasten abzumildern“.

Ebenso wie durch übermäßigen Verbrauch der natürlichen Lebensgrundlagen wird die Freiheit der jüngeren Generationen auch durch eine Überdehnung der Sozialsysteme eingeschränkt. Denn die Bezahlung der heute zugesagten Leistungen wird auf die nachfolgenden Generationen verschoben.

Aktuell sehen wir mit Sorge die Tendenz, im Windschatten der Coronakrise viele zusätzliche Milliarden Euro als Bundeszuschuss in die GKV zu schieben – und zwar auf Dauer, nicht nur während der Pandemie. Dabei haben nach Angaben der GKV nur rund 20 Prozent ihrer aktuellen Defizite mit Corona zu tun. Die Zusatzkosten der Pandemie betreffen GKV und PKV gleichermaßen – und unser duales Gesundheitssystem ist sehr wohl in der Lage, diese besondere finanzielle Herausforderung zu meistern. Viel größere Probleme entstehen durch eine Politik immer neuer Leistungsausweitungen.

Bundeszuschüsse erhöhen die Schuldenlast und danach auch die Steuerlast, sie sind weder nachhaltig noch generationengerecht. Sie bieten keine Lösung, sondern sie vergrößern das Problem. Durch die Alterung unserer Gesellschaft (bei ansonsten gleicher Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben wie in den letzten 20 Jahren) müsste der Bundeszuschuss zur GKV von bisher 14,5 Milliarden Euro in den kommenden Jahren bis 2030 schon auf weit über 80 Milliarden Euro pro Jahr erhöht werden – ein Anstieg um mehr als 470 Prozent. Das Gleiche gilt für die Pflegeversicherung. Hier müsste der Bundeszuschuss von 1,0 Milliarden Euro 2022 bis 2030 auf 32,1 Milliarden Euro angehoben werden.



In Kenntnis dieser Fakten liest sich das Zitat aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts auch wie eine Warnung vor dem Verlust sozialpolitischer Entscheidungsspielräume für die nachfolgende Generation: Durch mangelhafte politische Vorkehrungen seien die Menschen „nach 2030 von drastischen Einschränkungen bedroht“. Deshalb haben die Verfassungsrichter die Klimaschutz-Politik für teilweise verfassungswidrig befunden. In der Gesundheits- und Pflegepolitik dürfen wir es nicht so weit kommen lassen.

Die neue Bundesregierung muss die Herausforderungen des demografischen Wandels in der Kranken- und Pflegeversicherung endlich annehmen und die Belastung der jüngeren Generation begrenzen, um deren Freiheitsräume zu wahren. Die Private Krankenversicherung zeigt, wie es gehen kann. Hier sorgt jede Altersgruppe selbst und nachhaltig für die eigenen Gesundheits- und Pflegekosten im Alter vor und bildet hierzu Rücklagen für die Versorgung von morgen. Diese PKV-typische Demografie-Vorsorge beträgt mittlerweile fast 300 Milliarden Euro – und sie wächst jedes Jahr, in 2020 um rund 14 Milliarden Euro. Über 35 Prozent aller Beiträge der Privatversicherten fließen in diese Vorsorge, die heute schon vollständig ausfinanziert und mit vorhandenen Kapitalanlagen gedeckt ist – ohne Schulden und völlig transparent.

Wenn wir in unserer alternden Gesellschaft die künftigen Steuer- und Beitragszahler vor finanzieller Überlastung schützen wollen, müssen wir schon heute mehr für die Vorsorge tun. Wir müssen mehr Menschen und mehr Leistungen in kapitalgedeckten

Systemen absichern. So bleibt der Wirtschaftsstandort Deutschland wettbewerbsfähig und der Wohlstand und die Freiheit für zukünftige Generationen erhalten.

Die PKV steht für eine Lösung bereit, um die Kranken- und Pflegeversicherung nachhaltiger zu finanzieren. Dazu braucht es keine revolutionären Veränderungen, schon kleine Schritte in die richtige Richtung können die finanzielle Stabilität langfristig verbessern. Und jeder zusätzliche Privatversicherte ist eine langfristige Entlastung für die künftigen Beitragszahler und trägt zu deren Freiheit bei. Deshalb sollte die freie Wahl für eine Private Krankenversicherung wieder mehr Menschen möglich sein.

Unser Gesundheitssystem hat sich auch in der Coronakrise als eines der besten der Welt bewährt. Die Deutschen sind damit heute so zufrieden wie noch nie zuvor. Dieses bewährte duale System hat es verdient, dass wir es nachhaltig finanzieren und damit die Wege bahnen für den medizinischen Fortschritt, für Digitalisierung und die bestmögliche Versorgung der Menschen.

Dr. Ralf Kantak

Vorstandsvorsitzender

Dr. Florian Reuther

Verbandsdirektor



Themen

Starke Abwehr

Das Coronavirus ist in Deutschland auf eines der besten Gesundheitssysteme der Welt getroffen.

Das deutsche Gesundheitssystem hat in der Corona-Pandemie seine hohe Leistungsfähigkeit einmal mehr bewiesen. Auf unser Gesundheitssystem können sich die Versicherten in Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung auch bei einer Covid19-Erkrankung verlassen. Die Menschen wissen das zu schätzen: Nach einer aktuellen Allensbach-Umfrage sind 90 Prozent der Befragten zufrieden oder sogar sehr zufrieden mit ihrer Gesundheitsversorgung – die höchste Zustimmung seit 20 Jahren.

Die Private Krankenversicherung hat auch in der Krise ihre Leistung zu 100 Prozent erbracht. Die Leistungsausgaben der PKV blieben im Jahr 2020 bei etwa 28,4 Milliarden Euro stabil. Für Versicherte, insbesondere Selbstständige, die finanziell unter der Krise leiden, haben die Versicherungen Stundungsregelungen oder andere individuelle Lösungen gefunden.

PFLEGE-PRÜFUNGEN IN DER PANDEMIE

Die Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen mussten im Corona-Lockdown monatelang unterbrochen werden. Im März 2021 konnte der PKV-Prüfdienst die Arbeit wieder aufnehmen. Die Einsätze erfolgen nach strengen Hygienevorschriften, sodass die Sicherheit gewährleistet ist. Während der Zwangspause haben die 150 Pflegefachkräfte des PKV-Prüfdienstes in Kliniken, Pflegeheimen oder Gesundheitsämtern mehr als 27.000 Stunden im Ehrenamt geleistet.

Die Privaten Krankenversicherung garantiert aber nicht nur ihren eigenen Versicherten Schutz, sie steht auch zu ihrer gesellschaftspolitischen Mitverantwortung. Die Ausgaben für Corona-Maßnahmen der PKV beliefen sich für das Gesamtjahr 2020 auf circa 1,1 Milliarden Euro (ohne Anteile der Beihilfe). Für das erste Halbjahr 2021 zeichnen sich nochmals Ausgaben von insgesamt rund 650 Millionen Euro ab.

Insgesamt sind es also mehr als 1,7 Milliarden Euro, die die Branche zusätzlich beigesteuert hat, um die medizinische Versorgung in der Coronakrise zu sichern. Die PKV beteiligt sich an den Kosten der Corona-Rettungsschirme für die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Hospizdienste. Beträchtliche Sonderzahlungen für den zusätzlichen Hygieneaufwand und für die verstärkte Nutzung von Videosprechstunden tragen dazu bei, dass Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte ihre Patientinnen und Patienten sicher und gut versorgen können. Insgesamt hat die Branche finanziell weit mehr für die Bewältigung der Pandemie geleistet als es ihrem Versichertenanteil entspricht.

Dass Deutschland die Coronakrise im internationalen Vergleich bislang so gut gemeistert hat, beruht zudem auf den besonders starken Ressourcen unseres Gesundheitssystems. Die Ausstattung der Kliniken mit Intensivbetten ist international führend. Und wir bieten nicht nur allen Menschen freien Zugang zur Spitzenmedizin. Auch die flächendeckende ambulante Versorgung mit der freien Wahl von Haus- und Fachärzten macht einen entscheidenden Unterschied zu anderen europäischen Staaten. Viele



Covid19-Patienten konnten in Deutschland auch außerhalb des Krankenhauses erfolgreich behandelt werden, während in anderen Ländern viele Kliniken unfreiwillig zu Hotspots der Ansteckung wurden.

Diese starken medizinischen Ressourcen verdanken wir auch unserem dualen Gesundheitssystem mit seinem bewährten Nebeneinander aus privaten und öffentlich-rechtlichen Strukturen, die im stetigen Wettbewerb miteinander den medizinischen Fortschritt und die Versorgungsqualität vorantreiben – und eine dezentrale Finanzierung unabhängig von der jeweiligen Kassenlage des Staates gewährleisten.

Einige Voraussetzungen für die sehr gute Bewältigung der Corona-Pandemie hängen dabei unmittelbar von typischen Leistungsstärken der PKV ab:

- Dass die Ausbreitung des Virus so rasch gebremst werden konnte, lag auch an der Leistungsfähigkeit der medizinischen Labore, die schnell eine hohe Zahl von Corona-Tests ermöglichten. Die technische und personelle Ausstattung dieser Labore wird überproportional durch die Mehrerlöse der Privatversicherten ermöglicht.
- Zur Isolierung von Corona-Infizierten verfügen die Krankenhäuser über eine ausreichende Zahl von Einbettzimmern, die es ohne die PKV nicht gäbe. Denn nur die private Absicherung von Wahlleistungen für mehr als 13 Millionen Menschen machen die Einrichtung von Einbett- und Zweibettzimmern in den Kliniken finanzierbar.
- Durch den PKV-typischen Mehrumsatz hat jede Arztpraxis zusätzliche Mittel zur Verfügung, die sie in Personal und Ausstattung investieren kann. Dies sind im Schnitt pro Jahr mehr als 55.000 Euro zusätzlich für jede Praxis (s. auch S. 22). Nur dadurch kann eine im internationalen Vergleich einmalige fachärztliche ambulante Versorgung angeboten werden.

Rettungsschirm für die Pflege

Auch an den Corona-Rettungsschirmen für die Pflegeeinrichtungen ist die PKV entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen beteiligt. Die Kosten dieses Rettungsschirms dürfen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aber letztlich nicht den Pflege-Beitragszahlern aufgebürdet werden. Es ist daher richtig, wenn der Bundeshaushalt für die Kosten aufkommt. Es verletzt jedoch den Grundsatz der Gleichbehandlung, wenn der Bundeshaushalt nur für die Soziale Pflegeversicherung, nicht aber für die Private Pflegepflichtversicherung einspringt. Damit werden die privat Pflegeversicherten doppelt belastet: einerseits mit höheren Beiträgen und zusätzlich mit ihren Steuern, die den Corona-Rettungsschirm in der sozialen Pflegeversicherung mitfinanzieren. ■

BERATUNG IN CORONA-ZEITEN

Die private Pflegeberatung „compass“ hat mit Beginn der Pandemie die individuelle Betreuung der Pflegebedürftigen auf ein digitales Angebot umgestellt – ebenso wie der medizinische Dienst der PKV („Medicproof“) bei der Pflege-Begutachtung. Beides wurde sehr gut angenommen. Seit März 2021 sind wieder Beratungen und Begutachtungen per Hausbesuch möglich; zugleich bieten die PKV-Experten den Versicherten aber auch weiterhin die digitalen Lösungen an.

„Wir haben als PKV gewisse Freiheiten“

ePA, E-Rezept, E-Rechnung, eAU: Immer mehr Gesundheitservices werden digitalisiert. Welchen Nutzen Kunden und Versicherer davon haben, erläutert PKV-Geschäftsführer Christian Hälker.

Herr Hälker, die Digitalisierung des Gesundheitswesens hat spürbar Fahrt aufgenommen. Die ersten privaten Krankenversicherer bereiten die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezepts zum 1. Januar 2022 vor. Für Sie ein Meilenstein?

Das kann man so sagen, ja. Die ePA ist so etwas wie das Herzstück aller digitalen Anwendungen im Gesundheitsbereich. Sofern es die Versicherten möchten, können sie ihre Gesundheitsdaten und -dokumente hier speichern und dadurch zu einer besseren Versorgung beitragen. Das elektronische Rezept wird die Prozesse in der Versorgung grundlegend ändern: Fehlabbgaben von Arzneimitteln werden reduziert und insbesondere der Komfort für Versicherte erhöht. Darüber hinaus werden sich zukünftig hieraus Mehrwertdienste wie eine automatische Prüfung von Unverträglichkeiten zwischen Arzneimitteln für die Versicherten ergeben.

Gesetzlich Krankenversicherte profitieren schon jetzt von der ePA. Warum steigt die PKV erst 2022 ein?

Die gegenwärtige Phase dient dazu, die Leistungsfähigkeit der ePA sicherzustellen, bevor sie bundesweit die Teilnehmer des deutschen Gesundheitswesens miteinander vernetzt. Es zeigt sich, dass noch einige Kinderkrankheiten behoben werden. Außerdem enthält die ePA zum jetzigen Zeitpunkt lediglich Basisfunktionen, die peu à peu erweitert werden. Die PKV steigt also direkt mit einer ePA 2.0 ein, die Kritikpunkte des Bundesdatenschützers abstellt und die den Versicherten wirkliche Mehrwerte wie den Impfpass und das zahnärztliche Bonusheft in digitaler Form bietet. Dann wird auch die Akzeptanz der ePA steigen.

#ePA: „Die PKV steigt direkt mit einer ePA 2.0 ein, die den Versicherten wirkliche Mehrwerte bietet“

#eGK: „Wir streben eine komfortable Lösung über das Smartphone an“

Was ist bis dahin in den PKV-Unternehmen zu tun?

Voraussetzung für die Teilnahme an der Telematikinfrastruktur und damit für die Einführung der ePA ist die Vergabe einer Krankenversicherungsnummer an jeden Versicherten. Das gab es in der PKV bisher nicht. Dafür ist jedoch eine Rentenversicherungsnummer nötig, über die nicht jeder Privatversicherte verfügt. Die Deutsche Rentenversicherung hat uns mitgeteilt, dass sie die Rentenversicherungsnummern erst zum 1. Januar 2022 vergeben kann – das heißt, wir werden dann zeitnah die Krankenversicherungsnummer vergeben können.

Unterstützt der Verband die Unternehmen dabei?

Ja. Wir bieten unseren Mitgliedern ab Oktober den Service unseres PKV-Konnektors an: Darüber lassen sich automatisiert die Rentenversicherungsnummern abrufen, um letztlich die Krankenversicherungsnummer zu erstellen. Diesen digitalen Prozess haben wir für die Unternehmen also komfortabel gestaltet. Einen anderen zentralen Prozess versuchen wir derzeit im Sinne der PKV-Unternehmen zu gestalten.

Worum handelt es sich?

Um die elektronische Gesundheitskarte, die im GKV-Bereich Voraussetzung für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur und für die Nutzung von Fachdiensten wie der ePA und dem E-Rezept ist. Einige PKV-Unternehmen, die Anfang 2022 die TI für ihre Versicherten nutzen möchten, müssen wahrscheinlich eine eGK ausgeben. Wir arbeiten jedoch derzeit daran, eine Lösung zu finden, die

die elektronische Gesundheitskarte ersetzt. Denn perspektivisch ist es für die Versicherten komfortabler und im Notfall einfacher, keine Karte bei sich tragen zu müssen – sondern über das Smartphone auf die Telematikinfrastruktur und die Fachdienste zugreifen zu können.



Christian Hälker

Nach einer Ausbildung zum Versicherungskaufmann und dem Studium des Versicherungswesens setzte Christian Hälker seine berufliche Laufbahn bei der ERGO Versicherungsgruppe fort. Seit 2009 verantwortet er als Geschäftsführer Zentrale Dienste im PKV-Verband die Bereiche Personal, Finanzen, IT, Organisation und Einkauf. In dieser Funktion leitet er auch das E-Health/gematik-Projekt. Seit 2010 ist Christian Hälker zusätzlich Geschäftsführer der ZESAR GmbH, der zentralen Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten des PKV-Verbands und der Beihilfetragern in Bund und Ländern.

#DiGAs: „In den meisten Fällen zahlen wir mindestens das, was die GKV übernimmt“

Wie kann das funktionieren?

Auf der eGK sind Zertifikate gespeichert, die den Zugang auf die Telematikinfrastruktur ermöglichen. Man kann diese Zertifikate aber auch elektronisch darstellen. Mit einer Lösung über das Smartphone könnten Versicherte zum Beispiel ihre elektronische Patientenakte aufrufen. Im Augenblick unterstützt die ePA diese digitalen Identitäten aber noch nicht. Daher arbeiten wir an diesem Projekt gemeinsam mit der Gematik und Technologie-Unternehmen. Der Gesetzgeber sieht vor, dass die private im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung auch ausschließlich digitale Identitäten ausgeben kann. Wir haben als PKV gewisse Freiheiten – da können und wollen wir innovativ sein.

Innovativ sein kann aber auch bedeuten, dass Unternehmen unterschiedlich agieren. Würden Sie sich mehr einheitliche Lösungen für alle privaten Krankenversicherer wünschen?

Hinsichtlich der Produkte zählen der individuelle Schutz und die individuellen Leistungen zu unseren Stärken. Die Kunden können wählen, welche Angebote ihren Bedürfnissen am meisten entsprechen. Im Bereich IT ist die Zusammenarbeit aber sehr sinnvoll. Gemeinsam streben wir für die Branche geeignete Lösungen an und können Kosten sparen. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die Unternehmen ganz verschieden aufgestellt sind: Viele denken nicht nur in Krankenversicherung, sie haben noch Sparten wie Leben- oder Sachversicherung, mit denen

sie eine gemeinsame IT teilen. Manche definieren sich als reine Kostenerstatter, andere wollen ihre Versicherten stärker durch das Gesundheitssystem lotsen.

Inwiefern?

Sie bieten zum Beispiel eigene Versorgungsprogramme oder Informationen zu speziellen Therapien an, wenn sie aufgrund ihrer Daten erkennen, dass eine Kundin oder ein Kunde davon profitieren könnte. Die Unternehmen wollen, dass ihre Versicherten die beste Versorgung bekommen.

Gilt das auch für digitale Gesundheitsanwendungen, die sogenannten DiGAs?

Auch hier agieren die PKV-Unternehmen unterschiedlich. Manche bieten proaktiv Apps bei bestimmten Krankheitsbildern an – und bereits länger, als es die gesetzlichen Krankenkassen seit Herbst 2020 mit den Anwendungen im DiGA-Verzeichnis tun. Grundsätzlich hängt eine Erstattung immer vom Unternehmen und dem individuellen Tarif ab. Das macht das Ganze sicher nicht einfacher – aber es lohnt sich immer, mit der Versicherung ins Gespräch zu kommen. Und wir können sagen: In den meisten Fällen zahlen wir mindestens das, was die GKV übernimmt. Ein Problem besteht eher darin, Innovationen in bestehende Tarife zu integrieren. Dazu wäre eine Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes nötig, was der Gesetzgeber bisher leider nicht unterstützt hat.

#eAU: „Die frühzeitige Information, dass ein Versicherter erkrankt ist, kann sehr hilfreich sein“

Haben Sie Hoffnung, dass sich das in der neuen Legislaturperiode ändert?

Das hängt vom Parteibuch der Personen ab, die dann in der Verantwortung sind. Wir hoffen sehr, dass das jetzige Tempo der Digitalisierung im Gesundheitswesen auch nach der Bundestagswahl erhalten bleibt – versuchen aber auch, alle Themen, die für uns relevant sind, noch vor der Wahl zu platzieren.

Zum Beispiel?

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Ab Oktober dieses Jahres müssen Vertragsärzte die AU-Daten digital an die gesetzlichen Krankenkassen übermitteln. Unsere Prozesse unterscheiden sich von denen der GKV dahingehend, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gar nicht notwendigerweise bei der privaten Krankenversicherung eingereicht werden. Dabei kann die frühzeitige Information, dass ein Versicherter erkrankt ist, sehr hilfreich sein: zum Beispiel, um ihn auf ein Versorgungsprogramm aufmerksam zu machen.

Daher sind wir daran interessiert, auch unseren Versicherten möglichst bald die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung anzubieten. Ein weiteres wichtiges Thema für uns ist die E-Rechnung für Privatversicherte.

Wie läuft sie ab?

Der eigentliche Prozess bleibt wie er ist – wird aber digital und dadurch deutlich komfortabler. Der Versicherte bekommt die Rechnung also auf digitalem Weg aus dem Praxisverwaltungssystem seiner Ärztin oder seines Arztes, und reicht sie bei seiner Versicherung ein. Diese erstattet ihm die Leistungen – und zwar in den meisten Fällen schneller als bisher, da Rechnungen nicht mehr eingescannt werden müssen und Datensätze bereits strukturiert sind. ■



Innovationsmotor PKV

Warum medizinische Innovationen in der Privaten Krankenversicherung teilweise deutlich früher ankommen als in der Gesetzlichen Krankenversicherung – und warum dieser Systemwettbewerb allen zugutekommt.

Der medizinische und technische Fortschritt bringt kontinuierlich neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hervor, die Krankheiten vorbeugen können, nur noch minimale Eingriffe erfordern oder auch Schmerzen lindern. Sind sie wissenschaftlich anerkannt und erfolgreich im Praxistest, stehen diese neuen Methoden im deutschen Gesundheitssystem am Ende für alle Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Das duale System sorgt dabei für eine Kombination von Schnelligkeit bei der Einführung sowie Gründlichkeit bei der Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Medizinische Innovationen in der ambulanten ärztlichen Versorgung werden von der Privaten Krankenversicherung (PKV) teilweise deutlich früher erstattet als von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – das ergab eine Studie der Universität Duisburg-Essen in

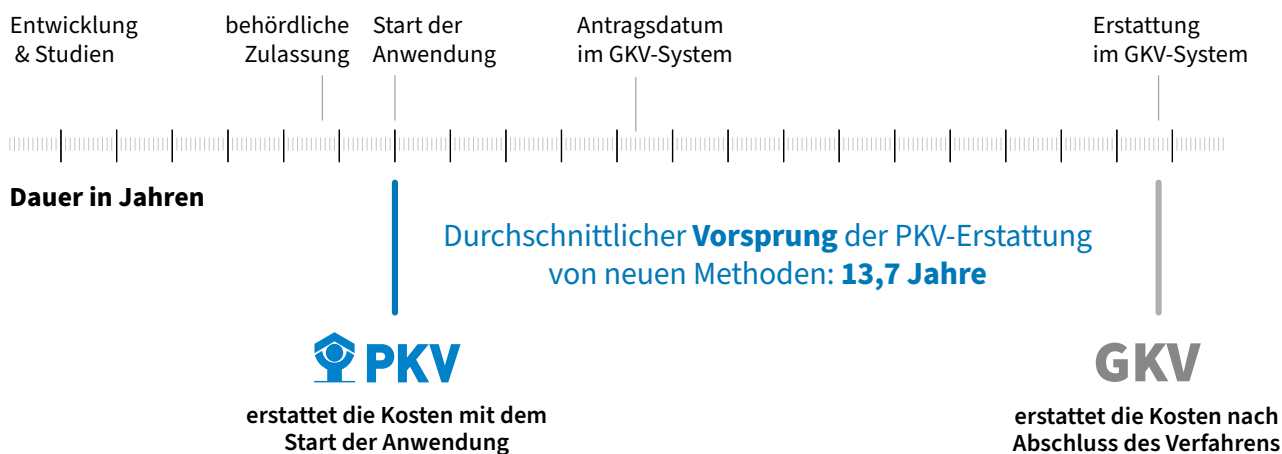
Zusammenarbeit mit dem Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement. Die Autorinnen um den renommierten Gesundheitsökonom Professor Jürgen Wasem haben das Schicksal neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden analysiert, die zwischen 2010 und 2020 in die ambulante GKV-Versorgung aufgenommen wurden. 29 Verfahren, von der Kapselendoskopie zur Untersuchung des Dünndarms über die Positronenemissionstomografie bei Kopf-Hals-Tumoren bis zu Biomarker-Tests bei Entscheidungen über Chemotherapie, die so vorher noch nicht angewendet wurden bzw. nicht von Krankenkassen abgerechnet werden konnten. Das Ergebnis der Studie: Im Durchschnitt erstatten die privaten Krankenversicherer neue Methoden fast 14 Jahre früher als die gesetzlichen Krankenkassen.

„Die Vorlaufzeit für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im PKV-System bewegt sich im Spannungsfeld zwischen frühem Zugang zu neuen Methoden, Kostenkontrolle und der Sicherung der Versorgungsqualität.“

C. Abels, A. Walendzik, J. Wasem (2021)

Innovativ, schnell und unkompliziert

Die PKV erstattet frühzeitig neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden



Quelle: eigene Berechnung aus Abels, Walenzik, Wasem (2021), Tabelle 11, S. 74 ff. & Tabelle 16, S. 104 f.
Beobachtungszeitraum: Beschlüsse des G-BA zu neuen Behandlungs-/Untersuchungsmethoden 1.1.2010-1.1.2020.

Gründliche, aber aufwendige Genehmigungsprozesse in der GKV

Diese immense Zeitspanne geht auf einen der wesentlichen Unterschiede zwischen GKV und PKV zurück: die unterschiedlichen Verfahrensabläufe in beiden Systemen. Bevor niedergelassene Ärzte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei gesetzlich Krankenversicherten anwenden dürfen, prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – ein Gremium aus Vertretern von Ärzten und Krankenkassen – ob die Methode im Vergleich zur bisherigen GKV-Versorgung der entsprechenden Indikation einen Zusatznutzen hat, ob sie zudem medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist. Außerdem legt der G-BA die Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen zur Erbringung der neuen Leistungen fest. Dieser Prozess kann,

so zeigt die Studie von Jürgen Wasem, Anke Walenzik und Carina Abels, zwischen 10 Monaten und mehr als 16 Jahren dauern.

Damit eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung abrechenbar ist, muss zusätzlich noch der sogenannte Bewertungsausschuss eine passende Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschließen. Auch dieses Verfahren nimmt laut Studie bis zu mehrere Jahre in Anspruch. Das gesamte GKV-Verfahren – vom Antragsdatum beim Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum Inkrafttreten einer neuen Gebührenordnungsposition – betrug bei den 29 untersuchten Verfahren durchschnittlich fast neuneneinhalb Jahre. Anschaulich ist auch der Medianwert von 8,2 Jahren: Die Hälfte der Verfahren wird eher, die andere Hälfte später abgeschlossen.



In der PKV können Ärzte alle medizinisch notwendigen Leistungen abrechnen

Die Private Krankenversicherung kennt diese – ohne Zweifel gründlichen, aber eben auch aufwendigen – Genehmigungsprozesse nicht. Grundsätzlich können Ärzte alle medizinisch notwendigen Leistungen gegenüber den Privatversicherten erbringen. Die Kosten werden von den Versicherungsunternehmen erstattet. Voraussetzung für die Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an PKV-Versicherten sind die Zulassung gegebenenfalls notwendiger Geräte, eine überwiegende wissenschaftliche Anerkennung und nachgewiesene Praxisanwendung. Solche neuen Methoden sind nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auch dann abrechenbar, wenn es noch keine offizielle Gebührenziffer dafür gibt. Die Innovationen können über sogenannte Analogziffern abgerechnet werden. Ein Wirtschaftlichkeitsgebot formuliert die GOÄ explizit nicht – im Gegensatz zum EBM der vertragsärztlichen Versorgung. „Insgesamt sind also wenige Beschränkungen der Aufnahme von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorhanden“, schreiben die Autoren mit Blick auf die PKV.

Anzumerken ist: Der Verzicht auf Genehmigungsvorbehalte birgt wiederum das Risiko, auch Leistungen zu erstatten, deren medizinischer Nutzen sich im Zeitverlauf als gering herausstellt oder die einer Abwägung von Kosten und Wirksamkeit nicht standhalten. Jürgen Wasem, Anke Walendzik und Carina Abels formulieren das in ihrer Analyse so: „Dieses Ergebnis ist im Spannungsfeld zwischen frühem Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (gerade bei sehr langer Dauer des G-BA-Verfahrens) und (Kosten-)Effektivität und Sicherung der Versorgungsqualität zu sehen.“ Die Wirksamkeit und Qualität der untersuchten 29 neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurden jedoch ausnahmslos vom G-BA anerkannt – aber eben zu einem Zeitpunkt, als die privaten Krankenversicherer sie teilweise schon mehrere Jahre lang erstatteten.

„In ihrem Ringen um eine möglichst rasche Einführung medizinischer Innovationen einerseits und eine evidenzbasierte Qualitätssicherung andererseits treiben sich GKV und PKV also gegenseitig an“, resümiert PKV-Verbandsdirektor Florian Reuther. Dabei nehme die PKV häufig die Rolle des Innovationsmotors ein. „Diese Innovationen werden dann vielfach – nach abgeschlossener Nutzenbewertung des G-BA – auch von der GKV für deren Versicherte übernommen.“ In der Konsequenz heißt das: Die Dualität von GKV und PKV sichert eine sehr gute und moderne Versorgung – für alle Patienten. ■

„Insgesamt sind [in der PKV] wenige Aufnahmebeschränkungen von neuen Methoden vorhanden.“

C. Abels, A. Walendzik, J. Wasem (2021)

„Privatversicherte werden überproportional mit neuen Medikamenten versorgt“

Auch in Bezug auf innovative Arzneimittel profitieren PKV-Versicherte von einer weniger regulierten Erstattungspraxis, erläutert Dr. Frank Wild, Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP), im Interview.

Herr Dr. Wild, wie gut ist Deutschland im internationalen Vergleich mit innovativen Arzneimitteln versorgt?

Die Versorgung und vor allem der Zugang zu innovativen Medikamenten ist selbst innerhalb Europas sehr unterschiedlich. Deutschland liegt jedoch weit vorn: Die Zeitspanne zwischen der Zulassung eines Medikaments durch die europäische Zulassungsbehörde EMA und der Verfügbarkeit auf dem nationalen Markt ist nirgendwo so gering wie bei uns. Das WIP hat dies einmal speziell für die onkologischen Medikamente untersucht: Diese stehen Krebspatientinnen und -patienten in Deutschland bereits durchschnittlich 82 Tage nach der europäischen Zulassung zur Verfügung. In den Niederlanden dauert es 163 Tage, im Nicht-EU-Land Schweiz 309 Tage. Der EU-Durchschnitt liegt sogar bei 445 Tagen. Dazu passt auch, dass in keinem anderen europäischen Land so viele neue onkologische Medikamente verfügbar sind wie in Deutschland.

Gibt es Unterschiede in der Nutzung neuer Präparate zwischen gesetzlich und privat Krankenversicherten?

Privatversicherte werden überproportional mit neuen Medikamenten versorgt – dafür liefern unsere WIP-Studien zur Arzneimittelversorgung sehr gute Hinweise. In unserer aktuellen Auswertung hatten wir uns alle Medikamente angeschaut, die in den Jahren 2012 bis 2018 das gesetzliche Preisregulierungsverfahren – den sogenannten AMNOG-Prozess – durchliefen. Auch vier Jahre nach der Einführung neuer Medikamente lag der durchschnittliche PKV-Marktanteil hier noch bei 13,6 Prozent, also deutlich über dem Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung von 11 Prozent.



Welche Ursachen gibt es dafür?

Die regulatorischen Rahmenbedingungen unterscheiden sich wesentlich. Bei Privatversicherten gilt das Prinzip der ärztlich-medizinischen Therapiefreiheit, nach dem Arzt und Patient ein angemessenes und wirksames Arzneimittel in der zur Lebenssituation passenden Darreichungsform auswählen können. In der Verordnungspraxis bei GKV-Versicherten spielen auch ökonomische Entscheidungskriterien eine wesentliche Rolle. Es wirken hier eine Vielzahl von Steuerungsinstrumenten, wie Verordnungsquoten und regionale Sanktionsmechanismen. Da bei neuen Medikamenten diese Instrumente noch angepasst werden, verhalten sich Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung an GKV-Versicherte in den ersten Jahren meist abwartend. Zudem sind neue Medikamente in der Regel auch teurer als ältere Präparate, so dass ökonomisch motivierte Steuerungen eher greifen. ■

Mission: Zukunft wagen

Heal Capital investiert in digitale Gesundheitslösungen von morgen: Im zweiten Jahr hat sich der PKV-Fonds zu einem führenden europäischen Investor in der Branche entwickelt.

Erst eineinhalb Jahre jung und bereits mehr als 100 Millionen Euro schwer: Heal Capital, der Venture-Capital-Fonds der privaten Krankenversicherer, hat sich schnell zu einem führenden europäischen Investor für digitale Gesundheitsinnovationen entwickelt. Mit gezielten Innovationen treibt der Fonds die Qualität der medizinischen Versorgung und die Digitalisierung voran – die PKV wirkt hier einmal mehr als Motor für Innovationen im deutschen Gesundheitssystem.

Mehr als 20 private Krankenversicherer sind bereits in Heal Capital investiert. Mit seinem Wachstumskapital beteiligt sich der Fonds an jungen Digital-Healthcare-Unternehmen aus den Bereichen Diagnostik, Therapie und Infrastruktur. Partner des PKV-Verbands für Heal Capital sind die Berliner Investoren „Heartbeat Labs“ und „Flying Health“. Beide Unternehmen bringen die notwendige Branchenexpertise und ein umfassendes Netzwerk für erfolgreiche Investitionen mit.

Die bisherigen Heal-Capital-Investments:



Messaging für
Mediziner



Effektive Patienten-
versorgung mit KI



CEREGATE

Softwarebasierte Hilfe
bei Parkinson



Coaching-App für
gesunde Routinen



Hausarztpraxen mit
digitaler Anbindung



Roboter-Katheter für
Herzeingriffe



Frühzeitig psychische
Belastungen erkennen

DIE INVESTMENTS 2021

Actio

Hinter Actio steckt eine gleichnamige Coaching-App, die helfen soll, gesunde und positive Routinen im Alltag zu etablieren, um langfristig Wohlbefinden und Gesundheit zu stärken. Heal Capital hat im Februar 2021 in das Berliner Start-up investiert. Gegründet haben das Unternehmen Nikita Fahrenholz – Gründer des Lieferdienstes „Lieferheld“ – und Daniel Stahlkopf.

Actio bietet Achtsamkeits- und Fitnesskurse als Gruppen-Calls mit echten Coaches an. Um die Nutzerinnen und Nutzer aktiv zu halten, werden sie telefonisch an den Kursbeginn erinnert. Mit dem Heal-Capital-Investment soll das Portfolio ausgebaut werden. Perspektivisch können unterschiedlichste Gesundheitsziele bedient und auch in Therapien integriert werden.

➔ actio.com

Avi Medical

Avi Medical baut vollständig digital-integrierte Arztpraxen für Allgemeinmedizin. Die ersten haben bereits in München eröffnet. Anders als konventionelle Praxen will Avi Medical nicht nur hochqualitative Behandlung vor Ort bieten, sondern alle digitalen Möglichkeiten ausschöpfen, um die allgemeinmedizinische Versorgung zu verbessern. Dazu bietet es auch die Behandlung per Video sowie die Kommunikation per Chat an und arbeitet unter

anderem mit der Lösung des Heal-Capital-Portfoliounternehmens Infermedica.

Im Laufe der kommenden zwölf Monate sollen bis zu zehn weitere Arztpraxen eröffnet werden. Langfristig plant das Unternehmen bis zu 100 Praxen deutschlandweit und möchte über sein digitales Angebot die größte Gesundheitsplattform Deutschlands werden.

➔ avimedical.com

Moray Medical

Das US-amerikanische Start-up Moray Medical ist im Bereich der robotergestützten Chirurgie tätig. In einer Seed-Finanzierungsrunde nahm das Unternehmen im April 2021 insgesamt 5,7 Millionen US-Dollar ein; neben Heal Capital beteiligten sich weitere Investoren unter der Führung des internationalen VC-Fonds 415 CAPITAL.

Moray Medical leistet Pionierarbeit auf dem Gebiet der robotischen Eingriffe für strukturelle Herzkrankungen: Die Gründer Mark Barrish und Phillip Laby haben ein spezielles Kathetersystem entwickelt,

das minimalinvasive Eingriffe am Herzen ohne Vollnarkose ermöglicht. Dieses „Coral“ genannte System besteht aus einem schlangenartigen Roboter-Katheter, der von einem digital gesteuerten System angetrieben wird. Außerdem hat Moray eine 3D-Augmented-Reality-Software entwickelt, die Ultraschall-Bilddaten mit einer simulierten Katheterspitze in einem digitalen 3D-Arbeitsbereich kombiniert. Chirurgen können auf diese Weise präzise und intuitive Bewegungen ausführen.

➔ moraymedical.com

LivNao

Das kanadische Mental-Health-Unternehmen hat eine Software entwickelt, die passiv den psychischen Gesundheitszustand eines Nutzers nur über die Sensordaten des Smartphones misst. Eine zum Patent angemeldete Technologie kombiniert die Sensordaten mit Künstlicher Intelligenz, um mit sehr hoher Genauigkeit Aussagen über das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit einer Nutzerin oder eines

Nutzers zu treffen und dann personalisierte Therapieempfehlungen zu geben.

Unternehmen wenden Livnao unter anderem bereits an, um ihre Mitarbeiter oder Versicherten über ihre psychische Gesundheit zu informieren – so dass sie möglichst frühzeitig reagieren, Belastungen reduzieren und Krankheiten vermeiden können.

➔ livnao.com

Drei Fragen an Eckhardt Weber, Geschäftsführer Heal Capital

Wie hat sich Heal Capital seit der Auflage des Fonds entwickelt?

Wir haben ein diverses Portfolio von sieben internationalen Healthtech-Unternehmen aufgebaut und sehen eine positive Entwicklung. Zudem hat sich Heal Capital im deutschen und europäischen Markt zunehmend als Healthtech-Investor positioniert. Das Team veröffentlicht regelmäßig Artikel und Gastbeiträge in entsprechenden Branchenmedien und ist auch über Interviews, Podcasts etc. sehr präsent. Der im September 2020 gegründete Innovationsrat aus renommierten Experten des deutschen Gesundheitswesens trägt ebenfalls zu dieser Positionierung bei.

Welchen Einfluss hat die Corona-Pandemie auf die Entwicklung von Digital-Healthcare-Geschäftsmodellen?

Ganz grundsätzlich hat die Pandemie aufgezeigt, wie groß der Mangel an digitalen Lösungen und die Einbindung von Technologie und Innovation im Gesundheitswesen ist. Sie hatte dementsprechend überwiegend positive Auswirkungen auf die Entwicklung digitaler Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen – 2020 insbesondere auf telemedizinische Unternehmen, aber auch auf unser Portfolio-Unternehmen Siilo, das einen Messenger für medizinische Teams anbietet. Es hat sich gezeigt, wie viel Nachfrage für das Produkt gerade in Krisensituationen entsteht. Viele Unternehmen mussten ihr Geschäftsmodell während der Krise dennoch anpassen. Diejenigen, denen das gelungen ist, sind sogar gestärkt daraus hervorgegangen. Wir sehen aber auch, dass sich die gesamtwirtschaftliche Rezession auf frühphasige Start-ups auswirkt. Kliniken und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens suchen eher nach kostensenkenden Lösungen als nach breit angelegten IT-Investitionen, die sich in den kommenden Jahren auszahlen.



Wo sehen Sie die erfolgversprechendsten Wachstumschancen im Bereich Healthtech?

Wir sehen uns regelmäßig den gesamten Markt an und identifizieren täglich spannende Geschäftsmodelle. Aktuell glauben wir daran, dass sogenannte VIMPROs (vertically integrated micro providers) die nächste Welle der digitalen Transformation im Gesundheitswesen darstellen und großes Potenzial haben, Plattformen zu schaffen, die die sogenannte Patient Journey neu erfinden. Sie stellen so etwas wie die nächste Generation der Telemedizin dar, zeichnen sich durch hochwertige Ende-zu-Ende-Lösungen für spezifische Behandlungs- und Versorgungswünsche aus und nutzen dabei innovative Technologien: von der Diagnostik über die Behandlung bis hin zum Monitoring. Ebenfalls stark beschäftigen uns die Bereiche Femtech, Mental Health und die Zukunft der modernen Hausarztpraxis. ■

Eckhardt Weber

Seit Februar 2020 leitet Eckhardt Weber gemeinsam mit Dr. Christian Weiß den vom PKV-Verband initiierten Venture-Capital-Fonds Heal Capital. Zuvor war der Jurist Mitgründer und Geschäftsführer der Digital-Health-Plattform Heartbeat Labs. Hier verantwortete er die Bereiche Business Development, Investments und Investor Relations, und war operativ beim Aufbau von Unternehmen beteiligt.

Reform Ja. Aber generationengerecht.

Eine Reform der Pflegefinanzierung ist notwendig. Damit Pflege für alle Generationen bezahlbar bleibt, muss sie aber nachhaltig organisiert werden: mit privater und betrieblicher Vorsorge.

Die Finanzierung der Pflege wird zu einer wachsenden Herausforderung für den Sozialstaat. Schon heute sind in Deutschland über vier Millionen Menschen pflegebedürftig – vor zehn Jahren waren es noch knapp 2,3 Millionen. In den kommenden Jahren ist mit einem weiteren rapiden Anstieg zu rechnen. Dann gehen die Babyboomer in den Ruhestand und werden nach und nach zu Leistungsempfängern werden. Das Bundesgesundheitsministerium geht heute bereits von fast fünf Millionen Pflegebedürftigen für 2030 aus. Finanziell schwere Zeiten für das Umlagesystem der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Denn durch die Alterung der Gesellschaft müssen immer weniger Beitragszahler die Leistungen für immer mehr bedürftige Menschen finanzieren. Parallel zum steigenden Bedarf an professioneller Pflege wächst auch der Kostendruck durch zusätzlich benötigtes Fachpersonal, das ebenfalls bezahlt werden muss.

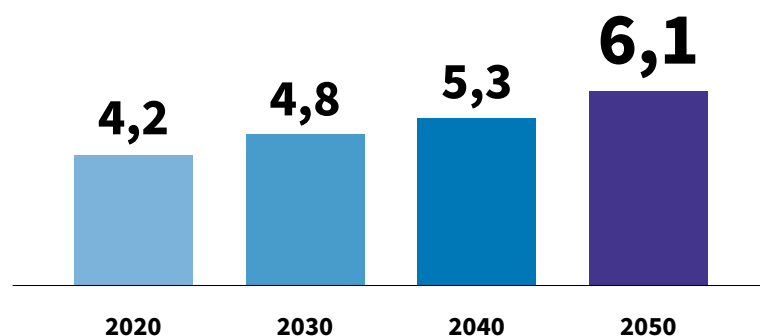
Steuern und Beiträge? Die falschen Alternativen

Darüber, dass die Pflege eine zukunftssichere Finanzierung benötigt, sind sich alle einig. Über das Wie wird allerdings gestritten. Denn sowohl Beitragserhöhungen als auch Steuerzuschüsse mögen zwar für eine kurzfristige Erholung sorgen, lösen letztlich aber nicht das demografiebedingte Finanzierungsproblem. Vielmehr wird es damit in die kommenden Jahre und Jahrzehnte verschleppt, mit schwerwiegenden Belastungen gerade für die jüngeren Generationen.

Auch die jüngste Pflegereform erzeugt Hypothesen für die nachfolgende Generation. Im Eiltempo hat die Bundesregierung Teile der ursprünglich groß angelegten Pflegereform unter großem Zeitdruck noch vor der Bundestagswahl durchgedrückt. Die im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) untergebrachten

Rasant steigender Bedarf in der Pflege

Prognose der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung, in Millionen



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2020)

„Die Steuerzuschüsse an die Pflegeversicherung werden den Staatshaushalt und damit jüngere Generationen empfindlich belasten.“

Florian Reuther, Verbandsdirektor

Regelungen enthalten im Wesentlichen drei Kernelemente: erstens eine Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile durch zeitlich gestaffelte Leistungszuschläge von bis zu 75 Prozent. Zweitens die Einführung einer tariflichen Entlohnung als Voraussetzung dafür, dass Pflegeeinrichtungen zur Versorgung zugelassen werden. Drittens werden die Leistungsausweitungen durch einen dauerhaften Steuerzuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro pro Jahr sowie durch die Erhöhung der Beiträge für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte gegenfinanziert.

Die finanziellen Herausforderungen der SPV liegen allerdings um ein Vielfaches über dem, was die Bundesregierung beschlossen hat. Das hat das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) berechnet. Die Analyse verdeutlicht, dass es allein durch die demografischen Verschiebungen zu einem Anstieg des Beitragssatzes auf 3,9 Prozent im Jahr 2040 kommen müsste. Unterstellt man darüber hinaus einen Kostendruck im System (so wie es in der Vergangenheit zu beobachten war), resultieren Beitragssätze zwischen 4,8 und 7,2 Prozent für das Jahr 2040.

Der vorgesehene dauerhafte Steuerzuschuss zur SPV wird weder für die Leistungsausweitung reichen noch beitragsstabilisierend wirken. Wenn der Beitragssatz unverändert bleiben soll, müsste der Bundeszuschuss von einer Milliarde Euro 2022 bis 2030 auf 32,1 Milliarden Euro pro Jahr angehoben werden – in der Summe der Jahre bis 2030 ist das eine Belastung von mehr als 156 Milliarden Euro.

Eine abgespeckte Pflegereform im Hausrückverfahren ist also wenig weitsichtig und finanzpolitisch äußerst riskant. Die „Initiative für eine nachhaltige und generationengerechte Pflegereform“, in der sich acht Verbände aus Wirtschaft und Pflege engagieren und die auch vom PKV-Verband unterstützt wird, hat sich daher kritisch positioniert: Denn diese Reform sieht Leistungsausweitungen ohne ausreichende

Gegenfinanzierung und ohne nachhaltige Finanzierungsstrategie für unsere alternde Gesellschaft vor.

Nur eine nachhaltige Finanzierung ist zukunftssicher

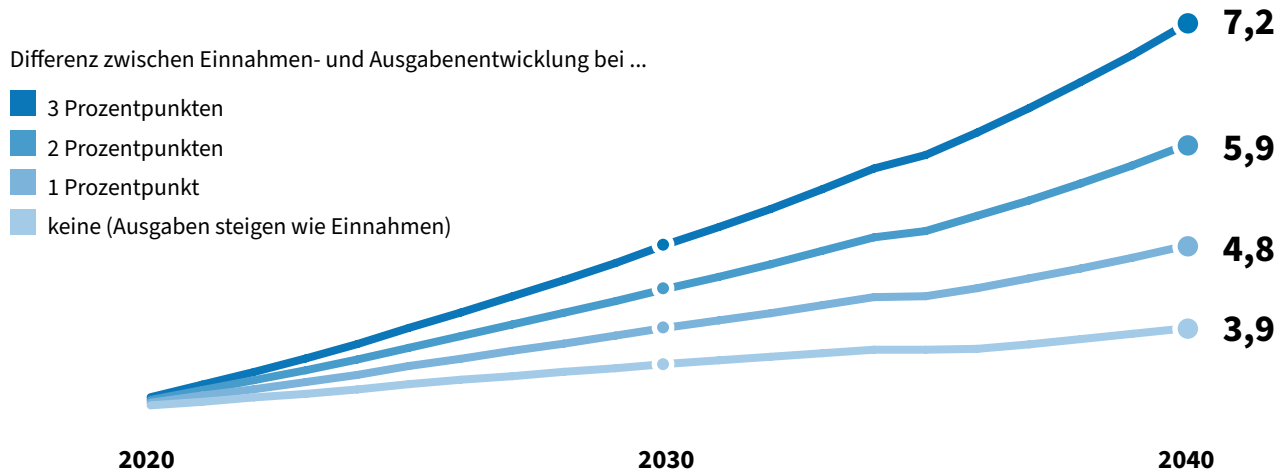
Dabei gibt es vielversprechende Alternativen: zum Beispiel private und betriebliche Vorsorgemodelle. Sie haben den Vorteil, dass sie weder die Steuer- noch die Beitragszahler belasten, sondern die erwartbaren Kosten kapitalgedeckt absichern. Jede Generation sorgt für sich selbst vor. Der Druck der Demografie wird deutlich abgemildert. Preiswerte Möglichkeiten für eine Private Pflegezusatzversicherung gibt es bereits viele: die meisten Deutschen überschätzen allerdings die Kosten für die Absicherung des persönlichen Pflegerisikos.

98 Euro für die Pflegezusatzversicherung – das ist der Betrag, den die Befragten laut einer repräsentativen Allensbach-Umfrage vom Januar 2021 im Durchschnitt bereit wären auszugeben. Dabei schätzen sie die erforderlichen Ausgaben für eine private Vorsorge deutlich höher ein: Sie rechnen durchschnittlich mit Kosten von 236 Euro pro Monat.

Doch was können Private Pflegezusatzversicherungen leisten und was kosten sie? Eine Marktanalyse der Ratingagentur Assekurata zeigt, dass sich der Eigenanteil an den Pflegekosten zu weitaus niedrigeren Prämien absichern lässt als gemeinhin angenommen. Eine vollständige Absicherung der *Pflegelücke* wäre beispielsweise mit einer Zusatzversicherung möglich, welche die gesetzlichen Teilkaskoleistungen bei ambulanter Pflege verdoppelt und im Fall stationärer Pflege ein zusätzliches Pflegegeld von monatlich bis zu 2.100 Euro vorsieht. Dabei gilt grundsätzlich: Je früher eine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen und mit dem Aufbau

Kräftige Beitragsanstiege sind zu erwarten

Prognose des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung



Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (2021)

von Alterungsrückstellungen begonnen wird, desto geringer fällt der zu zahlende Beitrag aus. Eine „Vollkaskoabsicherung“ im Pflegefall gibt es Assekurata zufolge für Personen im Alter von 35 Jahren schon ab 35 Euro im Monat. Auch Verbraucherschützer bewerten die Zusatzversicherungen als sinnvolles Instrument, um eigenständig für den möglichen Pflegefall vorzusorgen.

Es kann aber nicht nur privat, es kann auch betrieblich vorgesorgt werden. Wie das geht, zeigt die Chemiebranche. Die Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IGBCE) und der Arbeitgeberverband Chemie (BAVC) haben sich auf die tarifliche Pflegezusatzversicherung „Care flex Chemie“ geeinigt, die am 1. Juli 2021 startet. Diese arbeitgeberfinanzierte

Pflegezusatzversicherung sichert insgesamt rund 435.000 Tarifbeschäftigte und optional 145.000 außertariflich Beschäftigte ab. Für das teuerste Risiko, die stationäre Unterbringung im Pflegeheim, leistet diese Versicherung für alle Beschäftigten zusätzlich zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Bedarfsfall 1.000 Euro monatlich.

Die Förderung privater und betrieblicher Vorsorgelösungen ist leider aus den aktuell beschlossenen Neuregelungen gestrichen worden. Dabei zeigen diese Beispiele, dass die Pflege zukunftssicher für alle Jahrgänge finanziert werden kann, ohne kommenden Generationen gewaltige Hypotheken aufzubürden. ■

PFLEGELÜCKE

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Pflegepflichtversicherung 1995 kein Vollkasko-Modell vorgesehen. Das bedeutet, die Pflegepflichtversicherung deckt nicht die gesamten Kosten, die im Rahmen einer pflegerischen Versorgung anfallen. Ein Teil muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Pflegelücke meint den Eigenanteil an den Gesamtkosten, der selbst zu zahlen ist. Bei einer vollstationären Unterbringung im Pflegeheim beträgt der Eigenanteil im Bundesdurchschnitt aktuell fast 2.100 Euro pro Monat.

Wie Privatversicherte die landärztliche Versorgung stärken

Beispiel Baden-Württemberg: Arztpraxen in strukturschwachen Regionen profitieren besonders von den PKV-typischen Mehrumsätzen.

Auch vor der diesjährigen Bundestagswahl werben SPD, Grüne und die Linke wieder für ein einheitliches Versicherungssystem mit einer vereinheitlichten ärztlichen Vergütung. Diese Modelle würden jedoch viele Ärztinnen und Ärzte auf dem Land und in strukturschwachen Regionen in wirtschaftliche Bedrängnis bringen. Denn für sie fielen dann die Umsätze der privat krankenversicherten Patientinnen und Patienten weg, auf die sie betriebswirtschaftlich angewiesen sind. Das zeigt regelmäßig der PKV-Regionalatlas. Anfang 2021 erschien die Ausgabe für Baden-Württemberg. Auch hier wird deutlich: Privatversicherte stärken die medizinische Versorgung auf dem Land und in strukturschwachen Regionen.

Die These, dass sich Ärztinnen und Ärzte seltener in ländlichen Gebieten oder strukturschwachen Städten niederlassen, weil es dort weniger Privatversicherte gibt, ist damit einmal mehr widerlegt. Der Regionalatlas schlüsselt die zusätzlichen Einnahmen der Arztpraxen durch den Anteil der Privatversicherten nach Regionen, Städten und Landkreisen auf. Diese Mehrumsätze entstehen, weil Privatpatienten für viele Leistungen höhere und weniger reglementierte Honorare als Kassenpatienten bezahlen. Diese

zusätzlichen Mittel können Ärzte, Apotheken, Therapeuten und Krankenhäuser in Fachpersonal oder moderne medizinische Diagnose- und Behandlungsmethoden investieren. Davon profitieren letztlich auch gesetzlich Versicherte.

Bundesweit beträgt der jährliche Mehrumsatz durch Privatpatienten mehrere Milliarden Euro – auf Baden-Württemberg entfallen davon 1,64 Milliarden Euro. Diese Summe kommt vor allem den Ärzten auf dem Land zu Gute: zum einen, weil Privatpatienten in ländlichen Regionen im Schnitt älter sind und mehr ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, und zum anderen, weil Praxismieten, Gehälter und andere ärztliche Kosten in den größeren, wirtschaftsstarke Zentren höher sind. Der Mehrumsatz ist in den Ballungszentren gewissermaßen weniger wert. So profitieren zum Beispiel niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Landkreis Schwäbisch Hall von Mehrumsätzen im Realwert von durchschnittlich 68.772 Euro pro Jahr, die Arztpraxen im Großraum Stuttgart „nur“ von 54.297 Euro.

Doch trotz dieser größeren Verdienstmöglichkeiten durch Privatversicherte ist die Konzentration ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte in den ländlichen Gebieten niedriger als in den Ballungsräumen: In Schwäbisch Hall

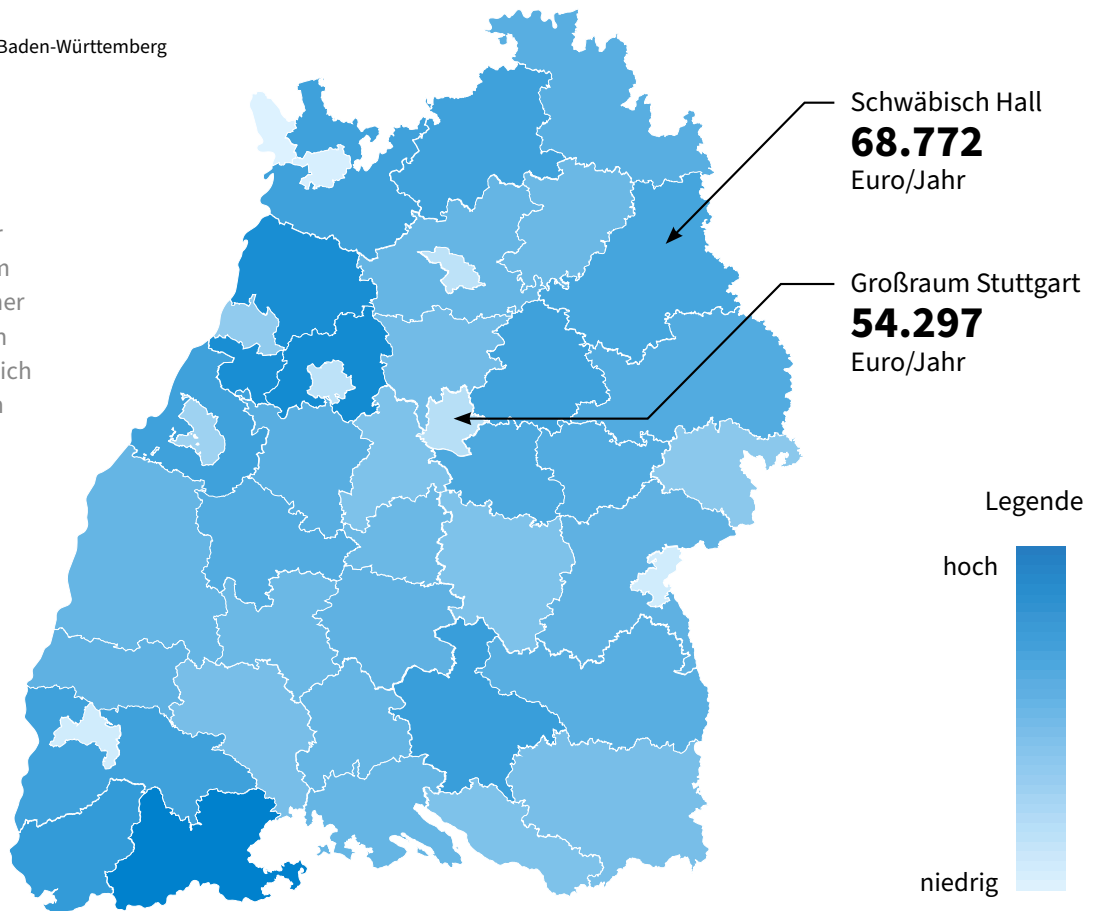
Privatversicherte in Baden-Württemberg sorgen für einen Mehrumsatz in Höhe von 1,64 Milliarden Euro – Geld, das vor allem den Ärzten auf dem Land zu Gute kommt

Höhere Mehrumsätze auf dem Land

Mehrumsätze (Realwert) in Baden-Württemberg je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Quelle: PKV-Regionalatlas Baden-Württemberg

Die Übersicht zeigt, dass der Realwert der Mehrumsätze auf dem Land in der Regel höher ist als in der Stadt. Ein Beispiel ist der Vergleich zwischen Schwäbisch Hall und dem Großraum Stuttgart.



kommen zum Beispiel auf 100.000 Einwohner 135 Arztpraxen, in der Metropolregion Stuttgart sind es 176.

Das heißt: Die geringere Ärztezahle auf dem Land kann nicht an fehlenden Privatversicherten liegen. Für die Standortentscheidung der Ärztinnen und Ärzte sind andere Kriterien maßgebend, vor allem das urbane Umfeld für ihre Partner, Schulen für ihre Kinder, Kulturangebot und Infrastruktur.

Der PKV-Regionalatlas Baden-Württemberg zeigt, dass eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme von gesetzlicher und privater Krankenversicherung keineswegs zu einer besseren

lokalen Verteilung der Ärzte in Deutschland führen würde. Im Gegenteil: Ländliche Regionen würden bei einer einheitlichen Vergütung Mehrumsätze verlieren – und für Ärzte unattraktiver werden. Diese Ergebnisse stimmen weitgehend mit den Erkenntnissen der bereits veröffentlichten PKV-Regionalatlanten für Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland überein. Wer die Mehrumsätze der Privatpatienten streicht, gefährdet also vor allem die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf dem Land. ■

➔ www.pkv.de/regionalatlas

Gemeinsam Gesundheit fördern: on- und offline

Die PKV richtet ihr Präventionsengagement zunehmend digital aus. Nicht erst seit der Corona-Pandemie kommt das der gesundheitsfördernden Entwicklung der Lebenswelten entgegen.

Der PKV-Verband ist Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz und folgt in seinen Aktivitäten der bundesweiten, gesetzlich verankerten Nationalen Präventionsstrategie. Im Mittelpunkt steht die Lebensweltenprävention: Dieser Ansatz zielt nicht nur auf die individuelle Verhaltensänderung ab, sondern setzt bei den Verhältnissen in Lebenswelten an – etwa in der Kita, in der Schule oder im Pflegeheim.

Es geht um die Frage, wie diese Lebenswelten bzw. Settings ihre Strukturen so weiterentwickeln können, dass sie zum Beispiel einen bewegungsaktiven Alltag, eine ausgewogene Ernährung oder ein suchtvorbeugendes und ein mental gesundes sowie diskriminierungsfreies Miteinander unterstützen. Die übergeordneten Ziele lauten „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“. Erreicht werden insbesondere Menschen, die zum Beispiel aufgrund ihrer Lebenssituation oder Herkunft Unterstützung benötigen. Grundsätzlich sollen aber alle Gesellschaftsgruppen von den Präventionsaktivitäten profitieren.

Im Rahmen seines Präventionsengagements arbeitet der PKV-Verband mit verschiedenen Kooperations- und Umsetzungspartnern zusammen. Die Aktivitäten umfassen die Bereiche Ernährungs- und Bewegungsgesundheit, psychosoziale Gesundheit, Sucht- und

Gewaltprävention, sexuelle Gesundheit, digitale Lebenswelten, Altersgesundheit und Gesundheitskompetenz. Die privaten Krankenversicherer investieren rund 22 Millionen Euro jährlich in die Settingprävention.

Künftig setzt die PKV bei ihren Präventionsaktivitäten verstärkt auf innovative digitale Methoden. Denn auch unabhängig von der Corona-Pandemie digitalisieren sich Lebenswelten immer mehr. Ob (Hoch-)Schulen, (Sport-)Vereine oder Beratungsangebote: Viele Aktivitäten finden mindestens hybrid, manche ausschließlich online statt. Um auch solche (teil-)digitalen Lebenswelten zu erreichen und gesundheitsfördernd auszurichten, arbeitet der PKV-Verband an der Entwicklung einer umfassenden Plattform. Anbieter von Präventionsangeboten werden dort Beratungs-, Schulungs- und Netzwerkleistungen sowie Projektmanagement digital durchführen können. Für Akteure aus den Lebenswelten ergibt sich dadurch eine neue Flexibilität: Sie können zum Beispiel jederzeit und ortsunabhängig an Online-Schulungsprogrammen teilnehmen. Die Plattform richtet sich konsequent an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer aus, die sich je nach Lebenswelt oder Thema des Angebots unterscheiden können. Sie sind daher von Anfang an in die Entwicklung eingebunden.

Die Lebensweltenprävention setzt bei den Verhältnissen an: etwa in Kita, Schule oder im Pflegeheim



Zielbereich „Gesund aufwachsen“

Förderung der ...

- Ernährungsgesundheit
- Gewaltprävention
- Suchtprävention / psycho-sozialen und sexuellen Gesundheit

Zum Beispiel: Projekt „Gewaltprävention im Setting Kindertagesstätte“

Anschreien oder beleidigen, Trost verweigern, zum Essen zwingen: Gewalterfahrungen in Kindertagesstätten können sowohl körperlicher als auch verbaler oder psychischer Natur sein. Sie schaden den betroffenen Kindern nicht nur akut, sondern können aggressives und gewalttätiges Verhalten der Heranwachsenden fördern. Mit dem Projekt „Gewaltprävention im Setting Kindertagesstätte“ möchte der PKV-Verband gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft

(BAG) „Mehr Sicherheit für Kinder“ mehr Aufmerksamkeit für das Thema schaffen und Einrichtungen darin stärken, Gewalt gegenüber Kindern vorzubeugen.

Die Themen Gewalt und Gewaltprävention in Kitas wurden bislang wenig untersucht. Im Rahmen des Projekts werden daher vorhandene gewaltvorbeugende Angebote analysiert und es wird herausgearbeitet, wie etwaige Lücken geschlossen werden können. Ziel ist es, konkrete Angebote zur Gewaltprävention zu entwickeln, die nachhaltig in Kitas verankert werden.

→ s. auch Interview auf der nächsten Seite.

Zielbereich „Gesund leben“

Förderung der ...

- sexuellen Gesundheit / psycho-sozialen Gesundheit
- Gesundheitskompetenz

Zum Beispiel: Projekt „Sexuelle Gesundheit – Gesundheitsförderung und Primärprävention in Lebenswelten junger Menschen“

Der PKV-Verband unterstützt ein Modellvorhaben des interdisziplinären Zentrums für Sexuelle Gesundheit und Medizin WIR (Walk in Ruhr), das die sexuelle Gesundheit insbesondere von Mitgliedern junger vulnerabler Zielgruppen fördert – etwa von Personen ohne Wohnung oder mit Beeinträchtigungen, transidenten Menschen oder im Kontext von Sexarbeit. Ziel ist es, eine positive gesundheitsfördernde Sexualkultur in den Lebenswelten der Zielgruppen zu etablieren: zum Beispiel im offenen Strafvollzug, in Wohngruppen oder Beratungsstellen. Außerdem werden die

jungen Menschen in ihrer Sexual- und Gesundheitskompetenz sowie in ihrem eigenverantwortlichen Handeln gestärkt und beim Zugang zu Beratungs- und Hilfsinstitutionen unterstützt.

Dem Modellvorhaben ging eine umfassende Expertise voraus, die die Bedarfe junger Menschen in prekären Lebenslagen identifiziert hat. So leiden etwa transidente Menschen darunter, dass ihre Bedarfe in ihren Lebenswelten nicht erkannt oder nicht bedient werden. Sie fühlen sich dadurch isoliert. Bestandteile des Modellvorhabens sind daher zum Beispiel die Entwicklung und Umsetzung analoger und digitaler Qualifizierungsmaßnahmen für Akteure des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesens sowie ein Curriculum zur Sexuellen Gesundheit auf sexualwissenschaftlicher und pädagogischer Basis.

„Nur eine respektvolle Haltung kann Gewalt verhindern“

Für das Projekt „Gewaltprävention im Setting Kindertagesstätte“ erstellt die Forschungsgruppe Verhaltensbiologie des Menschen (FVM) eine Sachstandsanalyse über vorhandene Angebote und analysiert deren Wirkung und Verbreitung. FVM-Mitglied Dr. Joachim Benselel erläutert die zentralen Ergebnisse und seine Empfehlung.

Herr Dr. Benselel, mit welcher Zielstellung sind Sie die Sachstandsanalyse angegangen?

Wir wollten feststellen, welche Maßnahmen zur Gewaltprävention in Kitas bereits existieren und wo sie ansetzen. Wichtig war uns auch, abzubilden, wie effektiv sie sind, um Gewalterfahrungen tatsächlich zu verhindern.

Was ergab Ihre Untersuchung?

Die meisten vorhandenen Gewaltpräventionsprogramme setzen am Kind an: Man versucht, die Gewalt, die von Kindern ausgeht, zu verhindern. Die Programme zielen entsprechend darauf ab, die Empathie der Kinder zu fördern, Selbstregulation zu stärken, die Gefühle bewusst wahrzunehmen.

Das klingt eigentlich sinnvoll ...

Schon – aber diese Programme lassen wichtige Akteure des Settings Kindertagesstätte außen vor: die pädagogischen Fachkräfte. Uns sind keine Präventionsprogramme bekannt, die auch Grenzverletzungen von Erzieherinnen und Erziehern thematisieren. Es gibt unseres Wissens kein Gewaltpräventionskonzept, das nachhaltig die gesamte Organisation Kita in den Blick nimmt, um Gewalt von Seiten der Fachkräfte zu verhindern.

Warum ist das so?

Gewalt, die von pädagogischen Fachkräften ausgeht, wurde und wird teilweise noch immer tabuisiert. Es fehlt häufig eine Kultur, sich reflexiv und kollegial mit der eigenen Wahrnehmung,



dem Empfinden und dem eigenen Verhalten auseinanderzusetzen. Und wer selbst wenig Respekt erfährt, tut sich schwer, sich respektvoll gegenüber anderen zu verhalten – sowohl Kolleginnen und Kollegen als auch Kindern.

Was empfehlen Sie?

Wir sprechen uns für eine langfristige Begleitung von Kitas aus, um eine Teamkultur der Achtsamkeit zu etablieren, ethische Leitlinien zu erarbeiten und die Leitungspersonen zu stärken. Wir sind überzeugt: Frühzeitige Prävention wirkt mehr als reine Intervention – nur eine (be)achtende, respektvolle Haltung kann langfristig Gewalt verhindern. Und die lernt man nicht an einem Wochenendkurs, das ist ein fortwährender und langwieriger, aber auch lohnenswerter Prozess der gesamten Organisation.



Zielbereich „Gesund im Alter“

Förderung der ...

- Bewegungsgesundheit
- psycho-sozialen Gesundheit
- kognitiven Gesundheit

Zum Beispiel: Projekt „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt“

In weiten Teilen der Gesellschaft mag das Bewusstsein für sexuelle und geschlechtliche Identitäten wachsen – in der Pflege werden LSBTI* (kurz für: lesbische, schwule, bisexuelle, Trans- und Inter-Personen) häufig ausgegrenzt und diskriminiert. Viele fühlen sich gezwungen, ihre Biografie oder ihren Bedarf an besonderen Medikamenten und Therapien zu verbergen. Um die psychosoziale Gesundheit pflegebedürftiger LSBTI* zu stärken, fördert die PKV

ein bundesweites Qualifizierungsprogramm der Schwulenberatung Berlin für Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste. Das Programm umfasst eine ausführliche Beratung und Fortbildungsmodulare zu wichtigen Aspekten und Voraussetzungen der psychosozialen Gesundheit pflegebedürftiger LSBTI*. Nach erfolgreichem Abschluss können Pflegedienste und -einrichtungen mit dem Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“ ausgezeichnet werden.

In Zukunft sollen auch Hospize, Tagespflegestätten und Krankenhäuser zertifiziert werden können.

Lebensphasenübergreifend

Förderung der ...

- Digitalgesundheit
- Gesundheitskompetenz
- sexuellen Gesundheit / psycho-sozialen Gesundheit

Zum Beispiel: Stiftung Gesundheitswissen

Die Stiftung Gesundheitswissen erstellt wissenschaftlich fundierte, multimediale Gesundheitsinformationen für die breite Öffentlichkeit. Der Fokus liegt dabei auf der Prävention - es geht aber auch darum, das Wissen über Gesundheit und Krankheiten zu erhöhen.

Die gemeinnützige Stiftung wurde 2015 vom Verband der Privaten Krankenversicherung gegründet. Ihr Ziel: Bürgerinnen und Bürgern objektive und gesicherte Informationen zu Gesundheitsfragen laienverständlich, aber nicht verkürzt zur Verfügung zu stellen. Das können auch ganz konkrete Hilfestellungen sein. Die

Stiftung will mit ihrem Angebot erreichen, dass Patientinnen und Patienten durch besseres Wissen und ein tieferes Verständnis ihrer Situation stärker in ärztliche, sie betreffende Entscheidungen einbezogen werden können. Daher fördert sie gezielt auch das Gesundheitswissen im Allgemeinen. Ein Beirat aus renommierten Medizinerinnen, Gesundheitswissenschaftlerinnen und anderen Fachleuten unterstützt die Arbeit der Stiftung Gesundheitswissen. ■

Mit Netz und doppeltem Boden

Die PKV bietet ihren Versicherten von Beginn an Wahlfreiheit und Flexibilität. Das gilt gerade auch dann, wenn es im Leben mal nicht so läuft wie geplant.

Wer sich privat versichert, kann sich seinen Leistungsumfang entsprechend der individuellen Präferenzen selbst zusammenstellen. Die Private Krankenversicherung bietet dafür zahlreiche Alternativen. Auch wenn sich später die persönlichen Bedürfnisse einmal ändern sollten, gibt es viele Möglichkeiten, Leistungen und Beiträge zu beeinflussen.

Versicherte haben jederzeit einen Anspruch darauf, einen anderen Tarif in ihrem Versicherungsunternehmen zu wählen. Das garantiert das Versicherungsvertragsgesetz. Sofern der neue Tarif gleich viele oder weniger Leistungen vorsieht, ist dafür noch nicht einmal eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Umfasst er zusätzliche Leistungen, ist eine

solche Prüfung nur für diese Mehrleistungen relevant. Natürlich können die Versicherten auch auf etwaige Mehrleistungen verzichten.

Um einen bestmöglichen Beratungs- und Wechselservice zu garantieren, sind die meisten privaten Krankenversicherer mit einer Marktabdeckung von über 80 Prozent den Tarifwechsel-Leitlinien des PKV-Verbands beigetreten.

Für alle, die ihren Beitrag weiter reduzieren möchten oder müssen, bietet die Private Krankenversicherung brancheneinheitliche Sozialtarife an.

TARIFWECHSEL-LEITLINIEN

Diese erläutern und konkretisieren nicht nur die geltende Rechtslage, sondern gehen deutlich über das gesetzliche Tarifwechselrecht hinaus. Sie garantieren eine umfassende persönliche und bedarfsgerechte Beratung aller wechselwilligen Versicherten und sichern eine Beantwortung von Tarifwechsel-Anfragen innerhalb von 15 Arbeitstagen zu. Darüber hinaus schlagen sie bei Beitragserhöhungen ihren Versicherten bereits ab einem Alter von 55 Jahren von sich aus konkrete Tarifalternativen vor.

Tarifwechsel

Für alle, die einen anderen Leistungsumfang oder Beiträge reduzieren wollen.

Standardtarif

Versicherungsschutz auf GKV-Niveau. Beitragsreduzierung für langjährig Versicherte.

Der Standardtarif: eine gute Lösung für langjährige Kunden

Der Standardtarif ist eine sehr gute Lösung für langjährige Versicherte, die im Alter einen preiswerteren Tarif wünschen oder benötigen. Er bietet vergleichbare Leistungen wie die Gesetzliche Krankenversicherung. Die Beiträge sind auf den Höchstbeitrag in der GKV begrenzt. Da jedoch die zuvor im Normaltarif gebildeten Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel in den Standardtarif angerechnet werden, liegt der tatsächliche Beitrag meist deutlich darunter – ab Juli 2021 beträgt er durchschnittlich 390 Euro im Monat.

Selbst wenn die Versicherten im Standardtarif in eine finanzielle Hilfebedürftigkeit geraten sollten, können Sie in ihrem Tarif bleiben. Denn bei Bezug von Sozialhilfe erkennt der Sozialhilfeträger den vollen Beitrag für eine Absicherung im Standardtarif bei der Ermittlung der Hilfebedürftigkeit und des Regelbedarfs als angemessen an.

Bedauerlicherweise hat der Gesetzgeber den Standardtarif für alle geschlossen, die sich ab dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert haben. Der PKV-Verband setzt sich gegenüber der Politik dafür ein, dass dieser sinnvolle und gut funktionierende Sozialtarif wieder für alle Privatversicherten geöffnet wird.

Basistarif

Versicherungsschutz auf GKV-Niveau. Option bei finanzieller Hilfebedürftigkeit – Eigenbeitrag gegebenenfalls 0 Euro.

Notlagentarif

Nofallversorgung. Überbrückungshilfe bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten.

Der Basistarif: die Lösung bei finanzieller Hilfebedürftigkeit

Auch der Basistarif bietet vergleichbare Leistungen wie die Gesetzliche Krankenversicherung, der Beitrag ist auf den GKV-Höchstbeitrag begrenzt. Eine besondere Sozial-Regelung ermöglicht, dass Versicherte bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit unter Umständen gar keinen eigenen Zahlbeitrag leisten müssen. Denn in diesem Fall erlässt ihnen ihr Krankenversicherungsunternehmen die Hälfte des Beitrags. Sollte danach noch immer Hilfebedürftigkeit bestehen, kommen die Bundesagentur für Arbeit oder das Sozialamt für die restlichen Kosten auf.

Der Notlagentarif: Schutz vor Überschuldung

Schließlich bietet der Notlagentarif einen vorübergehenden Schutz vor Überschuldung. Hierbei handelt es sich nicht um einen Tarif im herkömmlichen Sinne – jedenfalls keinen, den Versicherte frei wählen können: Wer mit seinen PKV-Beiträgen im Rückstand ist, dessen Vertrag wird nach zweimaliger Mahnung in den Notlagentarif umgestellt. Die Leistungen beschränken sich auf die Notfallversorgung sowie auf Leistungen bei Schwangerschaft und die Kindervorsorge. Der Beitrag ist dafür mit durchschnittlich 100 Euro monatlich sehr niedrig. Sobald ein Versicherter im Notlagentarif alle Rückstände beglichen hat, wird die Versicherung im ursprünglichen Tarif fortgesetzt.

Die Erfahrung zeigt, dass der Notlagentarif seinen Zweck erfüllt: Die meisten Versicherten bleiben nur eine begrenzte Zeit in diesem Tarif. Dies zeigt, dass der Notlagentarif Menschen mit Zahlungsschwierigkeiten eine rasche Schuldentilgung und eine Rückkehr in den alten Tarif ermöglicht.

Mit diesen Sozialtarifen bietet die Private Krankenversicherung ihren Versicherten ein Auffangnetz für verschiedene Lebenssituationen und wird somit ihrer sozialen Verantwortung als zweite Säule im deutschen Krankenversicherungssystem gerecht. ■

➔ www.pkv.de/alternativen

Zahlen





30,1.000.000.000

8,7 Mio.

287,4.000.000.000

27,3.000.000

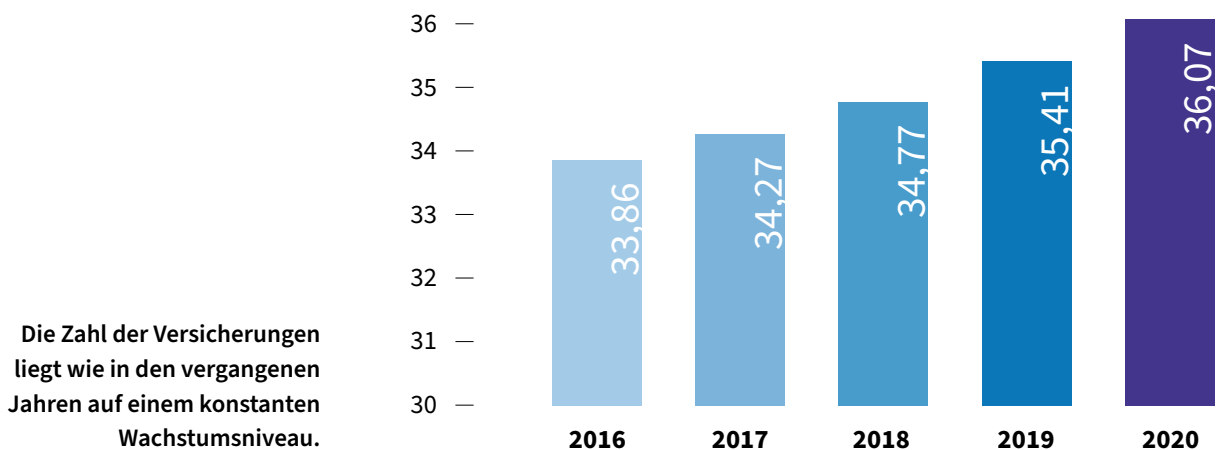
Die Branche im Überblick

Das Jahr 2020 stand ganz im Zeichen der Corona-Pandemie. Das duale Gesundheitssystem in Deutschland war bisher nicht gekannten Herausforderungen ausgesetzt. Es konnte sich – auch mithilfe der Privaten Krankenversicherung – erfolgreich behaupten. Insgesamt zeigte sich die PKV auch im Krisenjahr stabil. Zum wiederholten Male wechselten mehr Menschen von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung als umgekehrt. Insgesamt konnten die Versicherer im Gesamtbestand der Versicherten ein Wachstum von fast zwei Prozent verzeichnen. Die Leistungen stiegen um 2,1 Prozent auf 30,7 Milliarden Euro. Die Versicherer haben wieder erfolgreich für die

Versicherten vorgesorgt: Rund 14 Milliarden Euro wurden zusätzlich an Alterungsrückstellungen gebildet – ein Plus von 5,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Genauso erfolgreich entwickelten sich die Bestände im Zusatzversicherungsgeschäft. Der Wunsch, privat den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz aufzuwerten, bleibt gleichbleibend hoch. Die betriebliche Krankenversicherung ist ebenfalls ein Erfolgsmodell. Insgesamt sind seit dem vergangenen Jahr erstmals über eine Million Menschen mit einem betrieblichen Schutz abgesichert.

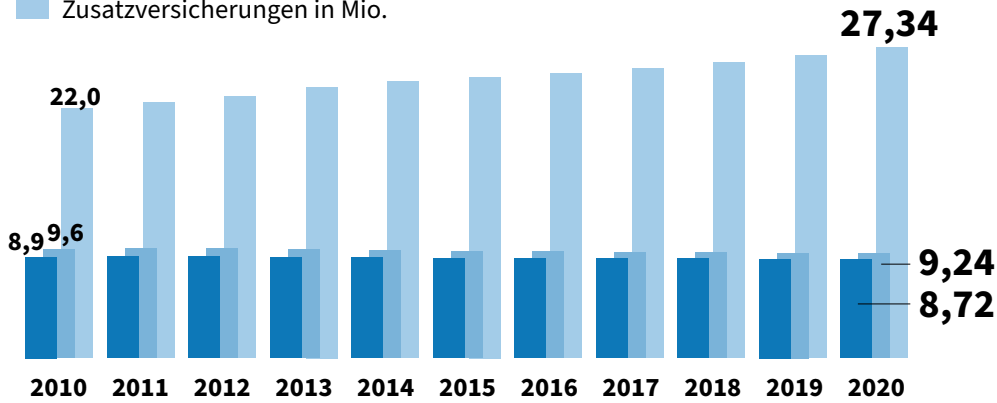
Versicherungsbestand: Entwicklung der vergangenen fünf Jahre

Krankheitsvoll- und Zusatzversicherungen in Mio.



Versicherungsbestand: Entwicklung der vergangenen zehn Jahre

- Krankheitsvollversicherungen in Mio.
- Pflegepflichtversicherungen in Mio.
- Zusatzversicherungen in Mio.

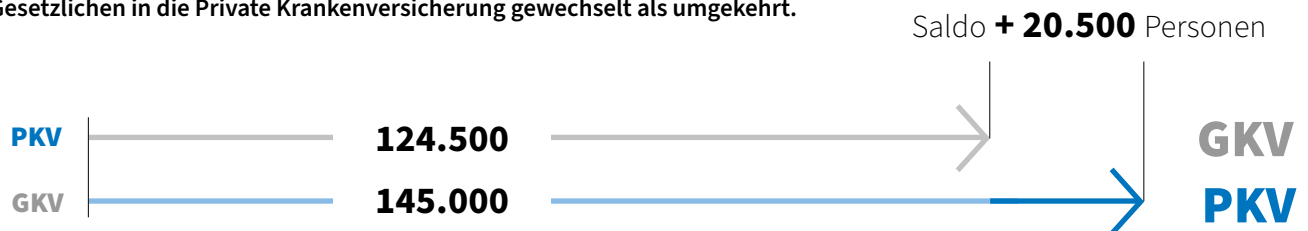


Die Zahl der Vollversicherten ist wie die der Pflegeversicherten seit zehn Jahren auf stabilem Niveau, die der Zusatzversicherungen hat hingegen deutlich zugenommen.

Wanderbewegungen zwischen den Systemen

Übertritte zur PKV und Abgänge zur GKV 2020

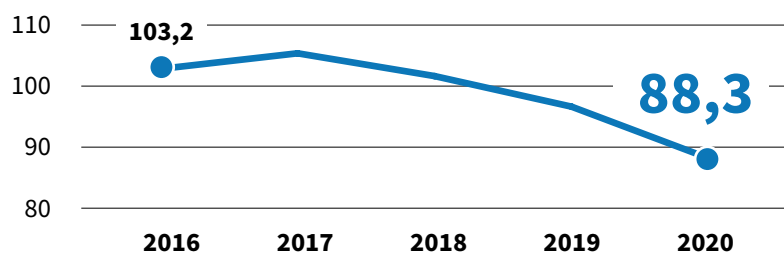
Der positive Trend hält an: Auch 2020 sind wieder mehr Menschen von der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung gewechselt als umgekehrt.



Entwicklung der Versichertenzahl im Notlagentarif

Anzahl der Versicherten im Notlagentarif (NLT) in Tsd.

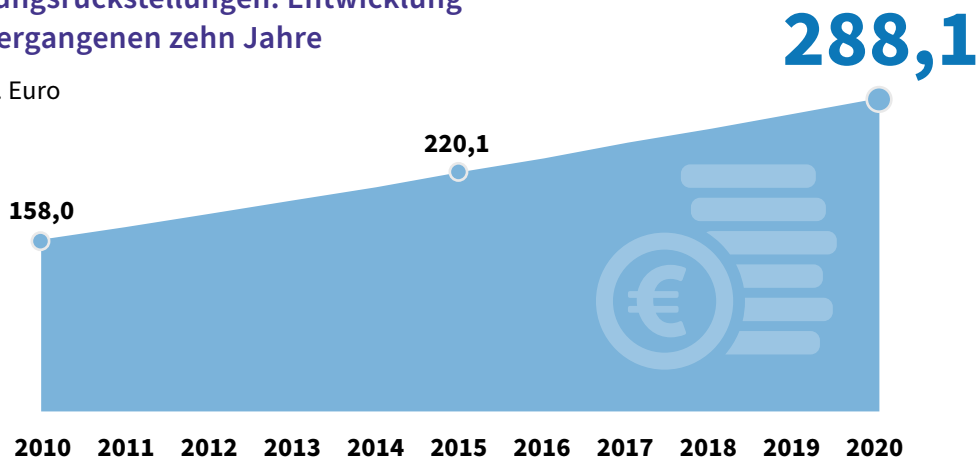
Die sinkende Zahl der Betroffenen zeigt, dass der Notlagentarif seine Funktion erfüllt, die Tilgung von Beitrags-schulden zu erleichtern.





Alterungsrückstellungen: Entwicklung der vergangenen zehn Jahre

in Mrd. Euro

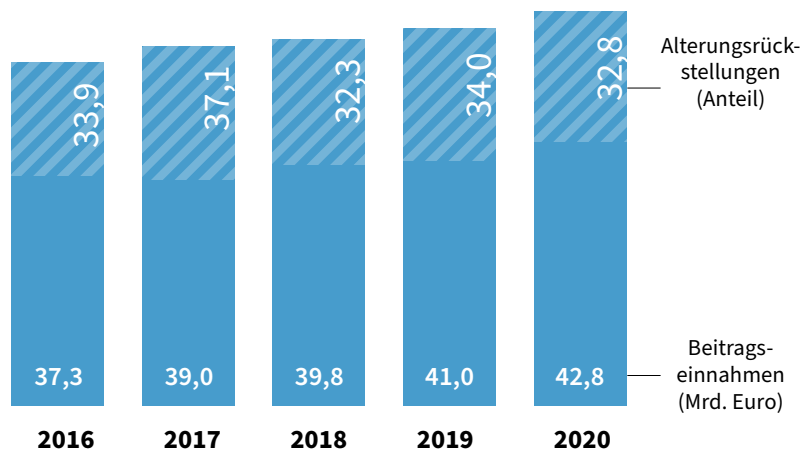


Auch in der Niedrigzinsphase hat die PKV die Rücklagen ihrer Versicherten erneut deutlich steigern können.

Neue Alterungsrückstellungen und Beitragseinnahmen: Gegenüberstellung der vergangenen sechs Jahre

Verhältnis von Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen und Beitragseinnahmen in Prozent

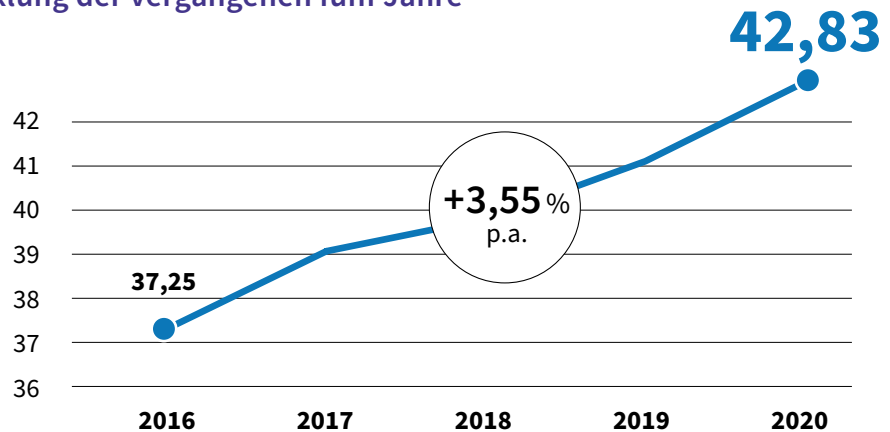
In der kapitalgedeckten Finanzierung der PKV geht rund ein Drittel der Beitragsgelder in die Rücklagen für das Alter.



Beitragseinnahmen: Entwicklung der vergangenen fünf Jahre

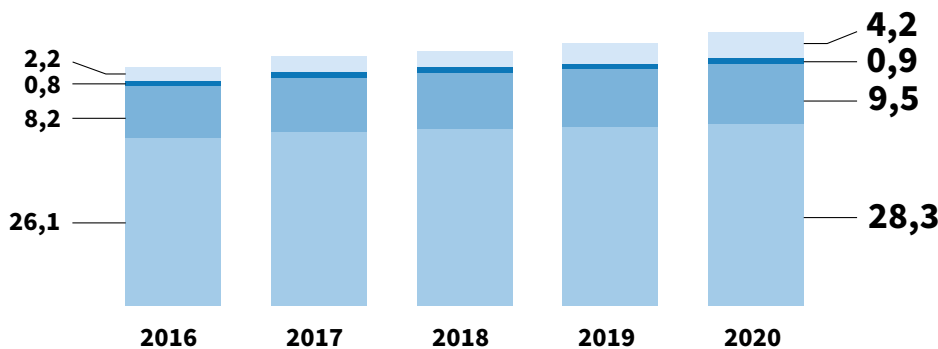
Beitragseinnahmen in Mrd. Euro

In den vergangenen fünf Jahren sind die Beitragseinnahmen der PKV durchschnittlich um 3,55 Prozent gestiegen.



Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten: Entwicklung der vergangenen fünf Jahre

- Krankheitsvollversicherungen in Mrd. Euro
- Zusatzversicherungen in Mrd. Euro
- Besondere Versicherungsformen in Mrd. Euro
- Pflegepflichtversicherungen in Mrd. Euro

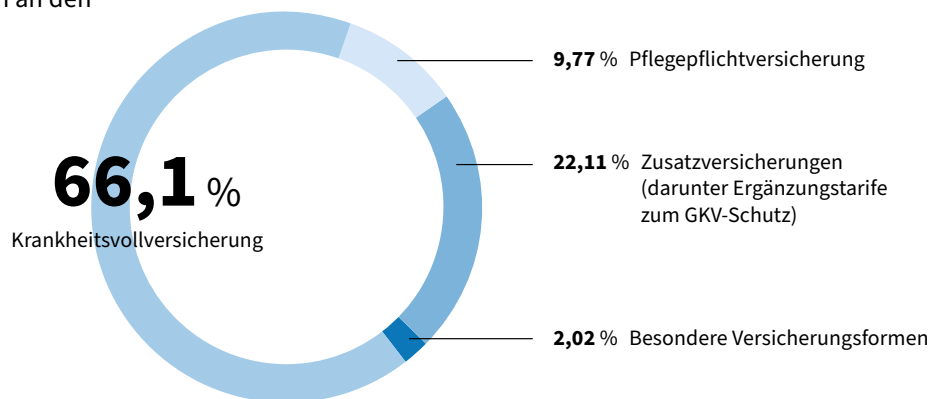


Mit 42,8 Mrd. Euro liegen die Beitragseinnahmen um 4,4 Prozent höher als im Vorjahr.

Beitragseinnahmen 2020: Bedeutende Rolle der Vollversicherung

Anteile der Versicherungsarten an den gesamten Beitragseinnahmen

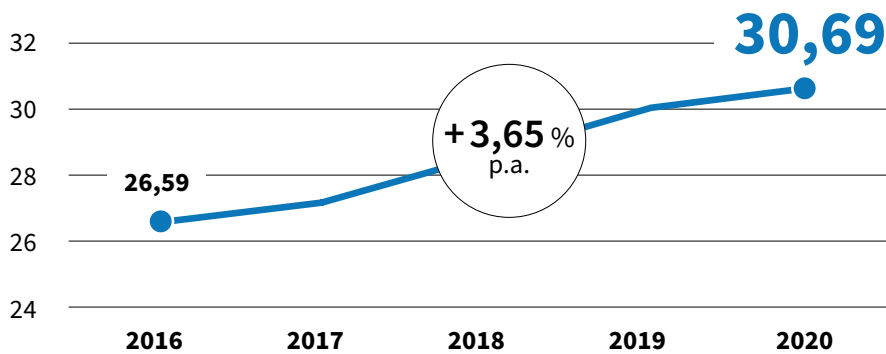
Die Vollversicherung ist nach wie vor die mit Abstand wichtigste Einnahmequelle der PKV.





Versicherungsleistungen: Entwicklung der vergangenen fünf Jahre

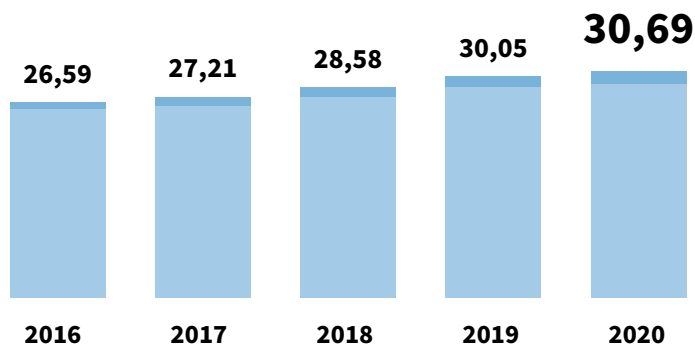
Versicherungsleistungen in Mrd. Euro



Deutlicher Anstieg: In den vergangenen fünf Jahren sind die Leistungsausgaben der PKV pro Jahr durchschnittlich um 3,65 Prozent gestiegen.

Leistungen nach Versicherungsarten: Entwicklung der vergangenen fünf Jahre

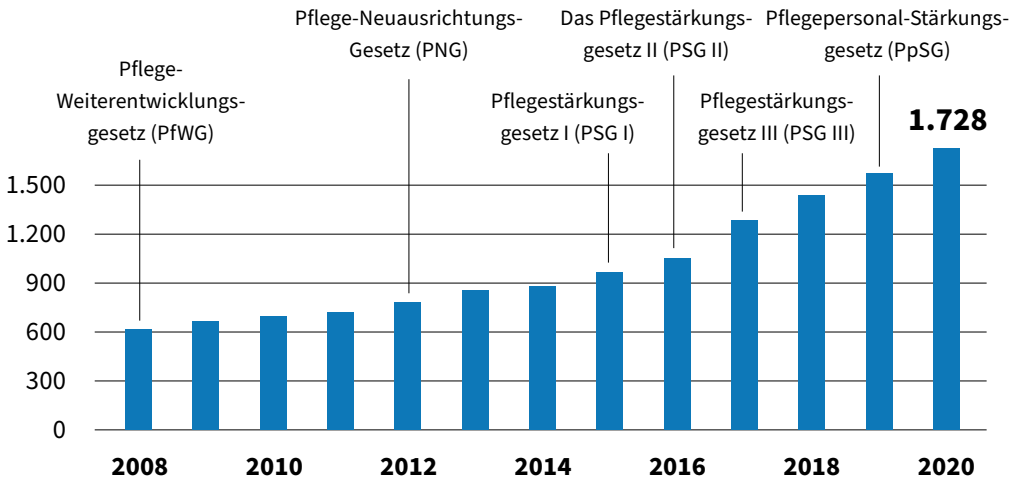
- Krankheitsvollversicherungen in Mrd. Euro
- Pflegepflichtversicherungen in Mrd. Euro



Mit 30,7 Mrd. Euro fallen die Versicherungsleistungen um 2,1 Prozent höher aus als im Vorjahr.

Versicherungsleistungen Pflegeversicherung: Entwicklung der vergangenen 13 Jahre

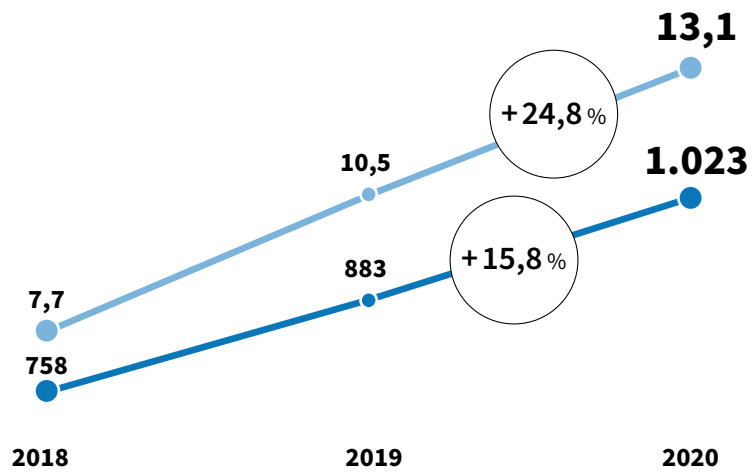
in Mio. Euro



Die politischen Reformen haben neben der demografischen Entwicklung die Leistungen der PPV in den vergangenen Jahren stark ansteigen lassen.

Entwicklung der betrieblichen Krankenversicherung

- Versicherte Personen in Tsd.
- Arbeitgeber in Tsd.



Mit zweistelligen Wachstumsraten: Immer mehr Unternehmen in Deutschland bieten die bKV zur Personalgewinnung an.



Anhang



Anhang

Ehrenmitglieder des Verbandes

Generaldirektor Peter Greisler

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

Generaldirektor 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

Generaldirektor Uwe Laue

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

Hauptausschuss

bestehend aus von der Mitglieder-
versammlung gewählten Mitgliedern

1. **Dr. Ralf Kantak**
(Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
2. **Thomas Brahm**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
3. **Dr. Andreas Eurich**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung AG, Wuppertal, und der Barmenia Versicherungen a. G., Wuppertal
4. **Nina Klingspor**
(stellvertr. Vorsitzende)
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
5. **Ulrich Leitermann**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
6. **Dr. Clemens Muth**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
7. **Dr. Thilo Schumacher**
(stellvertr. Vorsitzender)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
8. **Michael Baulig**
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg
9. **Christoph Bohn**
Vorsitzender des Vorstandes der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
10. **Dr. Matthias Brake**
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
11. **Dr. Christoph Helmich**
Vorsitzender des Vorstandes der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
12. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
13. **Andreas Kolb**
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
14. **Dr. Jochen Petin**
Vorsitzender des Vorstandes der Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
15. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
16. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
17. **Dr. Roland Schäfer**
Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversicherungs-AG, München
18. **Dr. Michael Solf**
Vorstandssprecher der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei WAG, Frankfurt
19. **Dr. Rainer Wilmlink**
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

Kooptierte Mitglieder

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

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Oliver Schoeller**
bis 31.12.2020
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln

Vorstand

1. **Dr. Ralf Kantak**
(*Vorsitzender*)
Vorsitzender des Vorstandes der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
2. **Thomas Brahm**
(*stellvertr. Vorsitzender*)
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
3. **Dr. Andreas Eurich**
(*stellvertr. Vorsitzender*)
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung AG, Wuppertal, und der Barmenia Versicherungen a. G., Wuppertal
4. **Nina Klingspor**
(*stellvertr. Vorsitzende*)
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
5. **Ulrich Leitermann**
(*stellvertr. Vorsitzender*)
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
6. **Dr. Clemens Muth**
(*stellvertr. Vorsitzender*)
Vorsitzender des Vorstandes der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
7. **Dr. Thilo Schumacher**
(*stellvertr. Vorsitzender*)
Vorstandsmitglied der AXA Krankenversicherung AG, Köln
8. **Dr. Florian Reuther**
(*geschäftsführendes Vorstandsmitglied*)
Verbandsdirektor, Köln

Sonderausschüsse

a) Mathematisch-Statistischer Ausschuss

1. **Dr. Rainer Wilmink**
(*Vorsitzender*)
Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
2. **Claudia Andersch**
Vorsitzende des Vorstandes der R+V Krankenversicherung AG, Wiesbaden
3. **Dr. Matthias Brake**
seit 3.3.2021
Vorsitzender des Vorstandes des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg

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. Helmut Hofmeier**
seit 3.3.2021
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
8. **Dr. Sven Koryciorz**
seit 1.4.2021
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim
9. **Ulrich Lamy**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung AG, Wuppertal, und der Barmenia Versicherungen a. G., Wuppertal
10. **Grit Läuter-Lüttig**
seit 3.3.2021
Hauptabteilungsleiterin der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München
11. **Andreas Lauth**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Nürnberg
12. **Dr. Ralph Maaßen**
Bereichsleiter Mathematik und Ertragssteuerung der AXA Krankenversicherung AG, Köln
13. **Norbert Mattar**
Bereichsleiter der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
14. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
15. **Dr. Jochen Petin**
Vorsitzender des Vorstandes der Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
16. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der HanseMercur Krankenversicherung AG, Hamburg
17. **Dr. Gerd Sautter**
Vorstandsmitglied der Württembergische Krankenversicherung AG, Stuttgart

18. **Benno Schmeing**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
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
20. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Dr. Karl-Josef Bierth**
bis 3.3.2021
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
- **Dr. Marcus Kremer**
bis 3.3.2021
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
- **Dr. Michael Solf**
bis 3.3.2021
Vorstandssprecher der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und Vorstandsmitglied der FREIE ARZT-UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
- **Dr. Martin Zsohar**
bis 31.3.2021
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

b) Leistungsausschuss

1. **Ulrich Leitermann**
(*Vorsitzender*)
Vorsitzender des Vorstandes der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
- Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
2. **Daniel Bahr**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
3. **Michael Baulig**
Vorsitzender des Vorstandes der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg

4. **Annabritta Biederbick**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
5. **Klaus-Dieter Dombke**
Bereichsleiter der AXA Krankenversicherung AG, Köln
6. **Dr. Matthias Effinger**
seit 3.3.2021
Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversicherungs-AG, München
7. **Dr. Sylvia Eichelberg**
seit 3.3.2021
Vorsitzende des Vorstandes der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
8. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
9. **Dr. Helmut Hofmeier**
seit 3.3.2021
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
10. **Christoph Klawunn**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln, und der ERGO Krankenversicherung AG, Nürnberg
11. **Dr. Achim Kramer**
Abteilungsleiter der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster
12. **Gisela Lenk**
Vorstandsmitglied des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
13. **Isabella Martorell Naßl**
seit 3.3.2021
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
14. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHKE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
15. **Dr. Jochen Petin**
Vorsitzender des Vorstandes der Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
16. **Benno Schmeing**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
17. **Carola Schroeder**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung AG, Wuppertal, und der Barmenia Versicherungen a. G., Wuppertal

18. **Roberto Svenda**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
19. **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

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Andreas Kolb**
bis 3.3.2021
Vorsitzender des Vorstandes der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
- **Dr. Marcus Kremer**
bis 3.3.2021
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
- **Oliver Schoeller**
bis 3.3.2021
Vorstandsmitglied der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Martin Zsohar**
bis 31.3.2021
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

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. **Ralph Brouwers**
Bereichsleiter der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
4. **Dr. Jan Esser**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring

5. **Jörg Frisch**
seit 3.3.2021
Hauptabteilungsleiter des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
6. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
7. **Dr. Helmut Hofmeier**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
8. **Ulrich Lamy**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung AG, Wuppertal, und der Barmenia Versicherungen 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 Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Köln, und der Envivas Krankenversicherung AG, Köln
12. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
13. **Benno Schmeing**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
14. **Roberto Svenda**
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt
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

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Annabritta Biederbick**
bis 3.3.2021
Vorstandsmitglied des Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.,
Koblenz
- **Dr. Mathias Masberg**
bis 30.9.2020
Bereichsleiter der AXA
Krankenversicherung AG, Köln

d) Rechtsausschuss

1. **Annabritta Biederbick**
(*Vorsitzende*)
Vorstandsmitglied des Debeka Kranken-
versicherungsverein a. G., Koblenz
2. **Christian Barton**
Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER
Krankenversicherung AG, Nürnberg
3. **Sarah Brügge genannt Feldhacke**
Juristin der Continentale Kranken-
versicherung a.G., Dortmund
4. **Frauke Fiegl**
seit 3.3.2021
Abteilungsleiterin der DKV Deutsche
Krankenversicherung AG, Köln
5. **Dr. Bettina Haase-Uhländer**
Abteilungsleiterin Krankenversicherung
Recht der SIGNAL IDUNA Kranken-
versicherung a.G., Dortmund
6. **Gisela Lenk**
Vorstandsmitglied des
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
7. **Eric Lüthe**
Prokurist der Generali Deutschland
Krankenversicherung AG, Köln
8. **Dr. Volker Marko**
Abteilungsleiter der Allianz Private
Krankenversicherungs-AG, München
9. **Christine Michl**
Prokuristin der uniVersa Kranken-
versicherung a.G., Nürnberg
10. **Dr. Margret Obladen**
Abteilungsleiterin der Wüstenrot &
Württembergische AG, Ludwigsburg
11. **Dr. Veronika Renner**
Syndikusrechtsanwältin des Münchener
Verein Krankenversicherung a.G.,
München
12. **Rudolf Rönisch**
Prokurist der Süddeutsche Kranken-
versicherung a.G., Fellbach

13. **Martina Sauer**
Abteilungsleiterin der Gothaer Kranken-
versicherung AG, Köln
14. **Dr. Torsten Schulte**
Prokurist der Barmenia Kranken-
versicherung AG, Wuppertal, und
der Barmenia Versicherungen a. G.,
Wuppertal
15. **Dr. Christoph Wernink**
seit 17.6.2020
Assessor der HUK-COBURG-Kranken-
versicherung AG, Coburg
16. **Dr. Golo Wiemer**
seit 17.6.2020
Abteilungsleiter der AXA Kranken-
versicherung AG, Köln
17. **Sabine Wittmann**
Abteilungsleiterin der HALLESCHE
Krankenversicherung auf
Gegenseitigkeit, Stuttgart
18. **Gertrud Zehetmeier**
seit 3.3.2021
Abteilungsleiterin der Bayerische
Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft, München, und
der Union Krankenversicherung AG,
Saarbrücken

Ausgeschiedene Mitglieder

- **Lutz Rellstab**
bis 3.3.2021
Abteilungsleiter der DKV Deutsche
Krankenversicherung AG, Köln
- **Dieter Schlegel**
bis 3.3.2021
Hauptabteilungsleiter der
Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft, München, und
der Union Krankenversicherung AG,
Saarbrücken

e) Ausschuss für Betriebstechnik

1. **Dr. Thilo Schumacher**
(*Vorsitzender*)
Vorstandsmitglied der AXA Kranken-
versicherung 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. **Dr. Christian Bielefeld**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA
Krankenversicherung a.G., Dortmund
7. **Johannes Grale**
Vorstandsmitglied der Concordia
Krankenversicherungs-AG, Hannover
8. **Nina Henschel**
Vorstandsmitglied der R+V Kranken-
versicherung AG, Wiesbaden
9. **Dr. Hans Olav Herøy**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-
Krankenversicherung AG, Coburg
10. **Andreas Kolb**
Vorsitzender des Vorstandes der
Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft, München, und
der Union Krankenversicherung AG,
Saarbrücken
11. **Hendrik Lowey**
Vorstandsmitglied des
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
12. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE
Krankenversicherung auf
Gegenseitigkeit, Stuttgart
13. **Eberhard Sautter**
Vorsitzender des Vorstandes der
HanseMercur Krankenversicherung AG,
Hamburg
14. **Dr. Gerd Sautter**
Vorstandsmitglied der Württembergische
Krankenversicherung AG, Stuttgart
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. **Oliver Schoeller**
Vorstandsmitglied der Gothaer Kranken-
versicherung AG, Köln
17. **Falko Struve**
Vorstandsmitglied der Continentale
Krankenversicherung a.G., Dortmund
18. **Dr. Mirko Tillmann**
Vorstandsmitglied der Generali
Deutschland Krankenversicherung
AG, Köln, und der Envivas Kranken-
versicherung AG, Köln
19. **Roland Weber**
Vorstandsmitglied des Debeka Kranken-
versicherungsverein a. G., Koblenz

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Dr. Martin Zsohar**
bis 31.3.2021
Vorstandsmitglied der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München

f) Haushaltsausschuss

1. **Dr. Andreas Eurich**
(Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung AG, Wuppertal, und der Barmenia Versicherungen a. G., Wuppertal
2. **Dr. Karl-Josef Bierth**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
3. **Wiltrud Pekarek**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart

g) Vertriebsausschuss

1. **Thomas Brahm**
(Vorsitzender)
Vorsitzender des Vorstandes des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
2. **Eric Bussert**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
3. **Ursula Clara Deschka**
Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln, und Vorsitzende des Vorstandes der ERGO Krankenversicherung AG, Nürnberg
4. **Olaf Engemann**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
5. **Stefan Gronbach**
Vorstandsmitglied der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg
6. **Katharina Jessel**
seit 3.3.2021
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken
7. **Jesko David Kannenberg**
Vorstandsmitglied der ottonova Krankenversicherung AG, München

8. **Frank Kettner**
Vorstandsmitglied der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, Stuttgart
9. **Dr. Marcus Kremer**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
10. **Frank Lamsfuß**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung AG, Wuppertal, und der Barmenia Versicherungen a. G., Wuppertal
11. **Hendrik Lowey**
Vorstandsmitglied des Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
12. **Dr. Rainer Reitzler**
Vorsitzender des Vorstandes der Münchener Verein Krankenversicherung a.G., München
13. **Dr. Roland Schäfer**
Vorstandsmitglied der ARAG Krankenversicherungs-AG, München
14. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
15. **Paul Stein**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
16. **Torsten Uhlig**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
17. **Dr. Thomas Wiesemann**
Vorstandsmitglied der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München

Ausgeschiedenes Mitglied

- **Manuela Kiechle**
bis 31.12.2020
Vorstandsmitglied der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München, und der Union Krankenversicherung AG, Saarbrücken

h) Ausschuss Kapitalanlagen, Rechnungslegung und Steuern

1. **Nina Klingspor**
(Vorsitzende)
Vorsitzende des Vorstandes der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Unterföhring
2. **Martin Berger**
Vorstandsmitglied der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., Dortmund
3. **Ralf Degenhart**
Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Koblenz
4. **Olaf Engemann**
Vorstandsmitglied der Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Fellbach
5. **Gregor Farnschläder**
Hauptabteilungsleiter der Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft, München
6. **Dr. Sven Koryciorz**
seit 3.3.2021
Vorstandsmitglied der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim
7. **Marguerite Mehmel**
Vorstandsmitglied der Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Hannover
8. **Raik Mildner**
Vorstandsmitglied der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Hamburg
9. **Stephan Oetzel**
Chief Risk Officer der Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
10. **Alf N. Schlegel**
Vorstandsmitglied der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund, und der EUROPA Versicherung AG, Köln
11. **Manfred Schnieders**
Vorsitzender des Vorstandes der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, Hannover, der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Vechta, und des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Vechta
12. **Carola Schroeder**
Vorstandsmitglied der Barmenia Krankenversicherung AG, Wuppertal, und der Barmenia Versicherungen a. G., Wuppertal
13. **Thomas Sehn**
Prokurist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Coburg

14. Frank Sievert

Vorstandsmitglied der uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg

15. Heiko Stüber

Vorstandsmitglied der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln

Ausgeschiedenes Mitglied**– Dr. Michael Solf**

bis 3.3.2021

Vorstandssprecher der INTER Krankenversicherung AG, Mannheim, und
Vorstandsmitglied der FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG, Frankfurt

i) Rechnungsprüfer**1. Johannes Grale**

Vorstandsmitglied der Concordia Krankenversicherungs-AG, Hannover

2. Dr. Rainer Wilmink

Vorstandsmitglied der LVM Krankenversicherungs-AG, Münster

Mitgliedsunternehmen

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

Alte-Oldenburger-Platz 1, 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 Kranken- versicherung von 1927 V.V.a.G.

Alte-Oldenburger-Platz 1, 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 AG

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
Postanschrift: 42094 Wuppertal
Tel.: (0202) 4 38-00
Fax: (0202) 4 38-25 15
www.barmenia.de
info@barmenia.de

Barmenia Versicherungen a. G.

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
Postanschrift: 42094 Wuppertal
Tel.: (0202) 4 38-00
Fax: (0202) 4 38-25 15
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



CONCORDIA Krankenversicherungs-AG

Concordia Krankenversicherungs-AG

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



Continentale Krankenversicherung a.G.

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



Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18, 56073 Koblenz
Postanschrift: 56058 Koblenz
Tel.: (0261) 4 98-0
Fax: (0261) 4 98-55 55
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.ergo.de
service@ergo.de



**FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr
und der Polizei VVaG**

Hansaallee 154, 60320 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 11 07 52,
60042 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 9 74 66-0
Fax: (069) 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de



**Generali Deutschland
Krankenversicherung AG**

Hansaring 40-50, 50670 Köln
Postanschrift: 50593 Köln
Tel.: (0221) 16 36-0
Fax: (0221) 16 36-2 00
www.generali.de
gesundheit@generali.com



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

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Postanschrift: Postfach 130693,
20106 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0
Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de

**HanseMerkur Spezialie
Krankenversicherung AG**

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Postanschrift: Postfach 130693,
20106 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0
Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

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



INTER 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-ARTIENGESELLSCHAFT**

**Mecklenburgische
Krankenversicherungs-AG**

Platz der Mecklenburgischen 1,
30625 Hannover
Postanschrift: 30619 Hannover
Tel.: (0511) 53 51-0
Fax: (0511) 53 51-4 44
www.mecklenburgische.de
service@mecklenburgische.de



münchener verein

Zukunft. In besten Händen.

**Münchener Verein
Krankenversicherung a.G.**

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



**NÜRNBERGER
VERSICHERUNG**

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

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



ottonova Krankenversicherung AG

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



Provincial Krankenversicherung Hannover AG

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



R+V Krankenversicherung AG

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



SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund
Tel.: (0231) 1 35-0
Fax: (0231) 1 35-46 38
www.signal-iduna.de
info@signal-iduna.de



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



Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG

Doktorweg 2-4, 32756 Detmold
Tel.: (0800) 2 15 34 56
Fax: (0800) 2 87 51 82
www.vrk.de
info@vrk.de



vigo Krankenversicherung VVaG

Werdenerstraße 4, 40227 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
info@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



DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft

Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt
Tel.: (069) 71 15-77 50
Fax: (069) 71 15-77 51
www.da-direkt.de
infoservice@da-direkt.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 SA

1 Promenade de la Bonnette,
92230 Gennevilliers, Frankreich
c/o Niederlassung für Deutschland
Adenauerring 9, 81737 München
Tel.: (089) 5 59 87-0
Fax: (089) 5 59 87-1 77
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



IDEAL Versicherung AG

Kochstraße 26, 10969 Berlin
Tel.: (030) 25 87-0
Fax: (030) 25 87-80
www.ideal-versicherung.de
info@ideal-versicherung.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 2020/2021 (Auswahl)

Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

(Gesetz vom 9. Dezember 2020)

Das Gesetz ist eine Reaktion auf ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 19. Oktober 2016. Dieser hatte die Arzneimittelpreisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel, bezogen aus EU-Versandapotheken, für nicht anwendbar erklärt. Mit dem Gesetz wird geregelt, dass die Arzneimittelpreisverordnung in der GKV-Versorgung verpflichtend gilt. Auf die Umsetzung eines Versandhandelsverbotes, wie es noch im Koalitionsvertrag vorgesehen war, wird verzichtet. Für Privatversicherte hingegen gilt die Arzneimittelpreisverordnung für aus EU-Versandapotheken bezogene Arzneimittel nicht mehr. Die neu einzuführenden pharmazeutischen Dienstleistungen, die die Privatversicherten über eine Änderung der Arzneimittelpreisverordnung auch zahlen werden, müssen im Benehmen mit dem PKV-Verband verhandelt werden.

Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG)

(Gesetz vom 22. Dezember 2020)

Mit dem Gesetz soll die Versorgung in unterschiedlichen Bereichen verbessert werden. In der vollstationären Altenpflege sollen 20.000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte finanziert werden. Der Eigenanteil der Pflegebedürftigen soll dadurch nicht steigen, die Stellen werden vollständig durch die Pflegeversicherung finanziert. Für die PPV entstehen dadurch zusätzliche Ausgaben in Höhe von 25 Mio. Euro in 2021 und von 50 Mio. Euro jährlich ab 2022. Zudem wird der Corona-Schutzschirm im Pflegebereich verlängert (Kosten für die PPV: 35 Mio. Euro).

Für die Krankenversicherung relevant ist die Erweiterung der Regelungen für

Selektivverträge: Danach können die gesetzlichen Krankenkassen zukünftig Verträge über eine integrierte Versorgung auch mit privaten Krankenversicherern schließen. Mehrkosten entstehen der PKV durch ein neues Hebammenstellen-Förderprogramm und die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser.

Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten

(Beschluss des Deutschen Bundestages vom 20. Mai 2021)

Mit dem Vorhaben werden die Datensätze aus den regionalen Krebsregistern in einem zentralen Datensatz zusammengeführt. Die PKV beteiligt sich an der Finanzierung der Krebsregister.

An das Vorhaben angehängt wurde eine einjährige Verlängerung der Tätigkeit der UPD gGmbH, die ohne diese Regelung Ende 2022 ausgelaufen wäre. Dies ermöglicht Beratungen in der neuen Legislaturperiode über eine dauerhafte Neuorganisation der UPD, beispielsweise im Rahmen einer Stiftung. Die Finanzbeteiligung der PKV verlängert sich damit um ein weiteres Jahr im vereinbarten Rahmen.

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

(Gesetz vom 3. Juni 2021)

Im Fokus dieses Vorhabens stehen der weitere Ausbau der Telematikinfrastruktur, die Weiterentwicklung von elektronischer Patientenakte und eRezept, die Ablösung der kartenbasierten Anwendungen sowie die Einführung einer digitalen Identität für Versicherte ab 2023. Außerdem sollen digitale Pflegeanwendungen als Leistung der Pflegeversicherung eingeführt werden. Im Verfahren konnten Nachbesserungen für die PKV erreicht werden. So erfolgte eine Klarstellung, dass die PKV innerhalb

der Telematikinfrastruktur neben elektronischen Gesundheitskarten auch digitale Identitäten zur Verfügung stellen kann.

Das Gesetz enthält weiterhin Regelungen zur Gleichstellung der Mitgliedschaft in sogenannten Solidargemeinschaften mit der Absicherung in der GKV oder PKV. Der PKV-Verband hatte diese Gleichstellung als nicht sachgerecht kritisiert.

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

(Beschluss des Deutschen Bundestages vom 11. Juni 2021)

Für die PKV relevant ist die Einführung eines Direktanspruchs der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer für den Notlagentarif. Zudem soll es dem Versicherer künftig untersagt sein, Prämienforderungen gegen Forderungen des Versicherungsnehmers aufzurechnen. Dieses Aufrechnungsverbot soll zusätzlich auch für den Basistarif gelten.

Der PPV soll es ermöglicht werden, die Zusatzkosten aus dem Pflegerettungsschirm über einen befristeten Beitragszuschlag zu refinanzieren. Da die SPV bereits Steuerzuschüsse für pandemiebedingte Lasten in 2020 erhalten hat und evtl. auch in 2021 erhält (s.o.), fordert der Verband eine entsprechende Entlastung der PPV.

An das Vorhaben angehängt wurden Teile der in dieser Legislaturperiode in den üblichen parlamentarischen Verfahren nicht zustande gekommenen Pflegereform. Sie besteht v.a. in Leistungsausweitungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung (u.a. Zuschuss zu Eigenanteilen bei stationärer Pflege, Bezahlung der Pflegekräfte nach Tariflohn, Erhöhung der Sachleistungen). Die Reform ist unterfinanziert: Mehrausgaben von 3,14 Mrd. Euro nach Schätzungen des BMG stehen nur ein Steuerzuschuss von 1 Mrd. Euro und

Beitragsmehreinnahmen von 400 Mio. Euro infolge der Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte gegenüber. Auf eine Stärkung der privaten Vorsorge wurde verzichtet.

Neben den o.g. Leistungsausweitungen wurden weitere Regelungen zur Umsetzung der Konzertierte Aktion Pflege, zur erweiterten Versorgungsverantwortung von Pflegefachpersonen und zur Übergangspflege im Krankenhaus beschlossen.

Pandemie-Gesetzgebung

Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

(Verordnung vom 14. Dezember 2020)

Angehörige von definierten Risikogruppen bekamen durch die Verordnung einen Anspruch auf FFP2-Masken, die aus Apotheken bezogen wurden. Gem. Verordnung vom 4. Februar 2021 hatten auch Empfänger von Leistungen gem. SGB II Anspruch auf Masken. Die PKV-Unternehmen ermittelten die berechtigten Personen in ihren Unternehmen und erhielten dafür einen Verwaltungskostenersatz.

Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen

(Gesetz vom 29. März 2021)

Für die Private Pflegeversicherung relevant ist die Verlängerung des Pflegeschutzschirms um weitere drei Monate. Um die Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung zu decken, wurde die Möglichkeit geschaffen, dass der Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung einen Bundeszuschuss über eine Rechtsverordnung erhalten kann. Eine entsprechende Entlastung der PPV wurde nicht vorgesehen. Für Privatversicherte relevant ist eine Verbesserung der Regelungen im

Infektionsschutzgesetz, die eine Entschädigung erwerbstätiger Personen vorsehen, die pandemiebedingt Kinder betreuen.

Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2

(Verordnung vom 3. Mai 2021)

Im Berichtszeitraum wurde die Verordnung mehrfach angepasst. Für die Private Pflegeversicherung entstehen Kosten für zugelassene Tests in Pflegeeinrichtungen und bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag: je 1 Mio. Tests entstehen Kosten in Höhe von 18 Mio. Euro. Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung wurden Entlastungen aus Steuermitteln für Testkosten in Aussicht gestellt. Der PKV-Verband fordert eine entsprechende Entlastung.

Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

(Referentenentwurf vom 19. Mai 2021)

Im Berichtszeitraum sind mehrere Anpassungen der Verordnung erfolgt. Für die PKV relevant war v.a. die Einbeziehung der Privatversicherten, zunächst bei Impfungen in den Impfzentren, später auch in den Arztpraxen. Mit dem Referentenentwurf vom 19. Mai 2021 sollen auch Privat- und Betriebsärzte in die Impfkampagne einbezogen werden.

Zweites Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

(Bundestags-Beschluss vom 20. Mai 2021)

Für die PKV relevant ist eine Änderung, der zufolge ab 1. Januar 2021 alle Zahlungen aufgrund der Coronavirus-Testverordnung und der Coronavirus-Impfverordnung durch den Bund erstattet werden. Damit entfällt die Kostenbeteiligung der PKV an den Betriebskosten der Impfzentren. Die

Entlastung der PKV beträgt mindestens 60 Mio. Euro.

Impressum

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

Büro Berlin
Heidestraße 40
10557 Berlin

Redaktion: Christina Betz, Patrick Härtel-Jansen, Jens Wegner
Layout: zwoplus | Büro für Gestaltung & Kommunikation

presse@pkv.de
www.pkv.de
@pkv_verband



Über die Künstlerin

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

