

Schreiben des PKV-Verbands vom 25. Mai 2020 zum Thema "Kosten "gematik" - Bilanzierung und Kalkulation"

1. Sachverhalt

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. beabsichtigt, Gesellschafteranteile an der „gematik“ GmbH vom GKV-Spitzenverband zu erwerben. Im Zuge dessen wurde zwischen dem PKV-Verband und dem GKV-Spitzenverband vereinbart, dass sich der PKV-Verband an den Kosten beteiligt. Die im Rahmen der Kostenbeteiligung an den GKV-Spitzenverband zu entrichtenden Zahlungen wird der PKV-Verband an seine Mitgliedsunternehmen satzungsgemäß weitergeben.

Zur Zuordnung der „gematik“-Kosten auf einzelne Aufwandspositionen der RechVersV bzw. auf einzelne Rechnungsgrundlagen hat der PKV-Verband ein Gutachten bei der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte eingeholt.

Die Zahlungen des PKV-Verbandes können laut Gutachten der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte in drei Bereiche differenziert werden:

- Aufwendungen für die Erstausrüstung der Leistungserbringer,
- Aufwendungen für Betriebskosten der Leistungserbringer,
- Betriebskosten der „gematik“ GmbH.

Das Gutachten der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte empfiehlt,

- die bereits geleisteten und noch zu leistenden Kosten für die Erstausrüstung der Leistungserbringer sowie die darauf anschließenden Betriebskosten der Leistungserbringer als Aufwendungen für Versicherungsfälle (Leistungsausgaben) gemäß § 41 RechVersV zuzuordnen; d.h. für die Kalkulation eine Zuordnung zu den Kopfschäden der betroffenen Tarife.
- die Betriebskosten der „gematik“ GmbH als Verwaltungsaufwendungen im Sinne der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb gemäß § 43 RechVersV zuzuordnen. Das Gutachten von Deloitte schließt jedoch ausdrücklich nicht aus, dass es Argumente für eine alternative Vorgehensweise gibt, z.B. die Betriebskosten der „gematik“ GmbH als Leistungsausgaben oder Schadenregulierungsaufwendungen zu klassifizieren.

Das Schreiben des PKV Verbands zu „Kosten gematik – Bilanzierung und Kalkulation“ (incl. Anlagen) ist als Anhang beigefügt. Alle Einzelheiten zur Thematik können dort nachgelesen werden. In Anlage 2 ist dargestellt, wie die im Jahr 2020 anfallende Aufwendungen für „gematik“ unter den Prämissen des Gutachtens von Deloitte zuzuordnen sind.

Im Gutachten von Deloitte wird jedoch auch festgehalten, dass es letztendlich jedem einzelnen PKV-Mitgliedunternehmen obliegt, eine eigenständige Aufteilung seiner Anteile an den (Kompensations-)Zahlungen an den GKV-Spitzenverband vorzunehmen und dies adäquat zu klassifizieren.

2. Stellungnahmen

Es erscheint sinnvoll, die Aufwendungen für die Erstausrüstung der Leistungserbringer und die Aufwendungen für Betriebskosten der Leistungserbringer den Schadenregulierungsaufwendungen zuzuordnen. Bei der Zuordnung der Betriebskosten der „gematik“ GmbH bleibt es bei Verwaltungsaufwendungen. (Herr Abt)

Kosten oder Teilkosten der „gematik“ auf die Versicherungsleistungen umzulegen, halte ich für sehr bedenklich. Versicherungsleistungen sind die, die im Leistungskatalog eines Tarifs aufgeführt sind. Dort finde ich bisher eine Leistung der „gematik“ nicht, insofern halte ich das nicht für zulässig. (Herr Maiwald)

Ich bin der gleichen Meinung wie Herr Maiwald. Im Übrigen habe ich keine Begründung dafür gefunden, warum Teile der Aufwendungen keine Schadenregulierungskosten sondern Verwaltungskosten sein sollen. (Herr Dr. Schneider)

Ich schließe mich ebenfalls meinen Vorrednern an. (Herr Vendt)

Solange es bei einer pauschalen Kostenbeteiligung der PKV bleibt und keine direkte Abrechnung über eine GOÄ erfolgt, erscheint mir der Vorschlag, die Aufwendungen für die Erstausrüstung der Leistungserbringer und die Aufwendungen für Betriebskosten der Leistungserbringer den Schadenregulierungsaufwendungen zuzuordnen, überzeugend. Die Zuordnung zu Schadenregulierungskosten bzw. Verwaltungskosten dürfte der beste Weg sein. Aus meiner Sicht sollten die Kosten der „gematik“ den Verwaltungskosten der Rest den Schadenregulierungskosten zugeordnet werden. (Herr Dr. Hofer)

Wie auch die Kollegen, die sich bereits geäußert haben, sehe ich zum jetzigen Zeitpunkt keine Möglichkeit, den „gematik“-Umlagebedarf des PKV-Verbands bei den Kopfschäden zu berücksichtigen. Auch wenn die im Deloitte-Gutachten genannten Gesetzesänderungen realisiert werden, sehe ich keine Auswirkungen auf die Kopfschäden. Anders wäre es, falls es zu einer GOÄ-Änderung oder einer Änderung der AVB käme.

Ein von mir betreutes Unternehmen überlegt, den Umlagebedarf vollständig unter den sonstigen versicherungstechnischen Aufwendungen für eigene Rechnung auszuweisen, also außerhalb des Kostennachweises.

Der Ausweis als Schadenregulierungskosten scheint mir nicht plausibel, da die Schadenregulierungskosten in § 41 RechVersV als „die dem Funktionsbereich *Regulierung von Versicherungsfällen, Rückkäufen und Rückgewährbeträgen* zugeordneten Personal- und Sachaufwendungen“ definiert sind. Ich sehe nicht, wie diese Definition auf die Kosten für die Einrichtung der Telematik-Infrastruktur und für das Führen von Patientenakten zutrifft. (Frau Garcia-Boy)

Die auf die Ausführungen der WP-Gesellschaft Deloitte gestützte Ansicht des PKV-Verbandes vermag ich nicht zu teilen.

Es ist keine Frage, dass eine Beteiligung des PKV-Verbandes an „gematik“ sinnvoll ist und der Verband die ihm dadurch entstehenden Kosten über seine Umlage bei den Mitgliedsunternehmen refinanzieren muss.

Die Auffassung des Verbandes, die Aufwendungen für die Erstausrüstung der Leistungserbringer sowie die Betriebskosten der Leistungserbringer den Aufwendungen für Versicherungsfälle auf eigene Rechnung zuzuordnen (§ 41 RechVersV) halte ich schlichtweg für falsch. Nach § 41 Abs. 1 RechVersV

umfassen die Aufwendungen für Versicherungsfälle für eigene Rechnung die im Geschäftsjahr „für Versicherungsfälle geleisteten Bruttozahlungen ...“. Was der Versicherer aus Anlass von Versicherungsfällen zu zahlen hat, ergibt sich einzig und allein aus den AVB sowie dem Tarif. Darin steht nirgends, dass die Kosten der Infrastruktur des VU Leistungen des Versicherers sind (Mit der Begründung könnten nahezu sämtliche Kosten zu Aufwendungen für Versicherungsfälle gemacht werden!). Das gilt auch für die laufenden Betriebskosten.

Anders wäre es nur dann, wenn die Ärzte aufgrund einer GOÄ/GOZ-Novelle berechtigt würden, neben den reinen GOÄ/GOZ-Positionen einen Zuschlag zu erheben für „gematik“-Kosten, die ihnen von den Betreibern in Rechnung gestellt werden. Eine derartige Ergänzung von GOÄ/GOZ wäre eine Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, die zu einer AVB-Anpassung gemäß § 203 Abs. 3 VVG berechtigen würde. Diese Voraussetzungen liegen aber nicht vor.

Auch im SGB V werden Telematikkosten (§§ 291 ff. SGB V) nicht unter den Leistungen aufgeführt. Letztere finden sich allein im 3. Kapitel, 3.- 5. Abschnitt (§§ 20 ff., 25 f, 26 ff.).

Im Übrigen teile ich die Ansicht von Frau Garcia-Boy, dass die Aufwendungen für „gematik“ etc. nicht unter § 41 RechVersV fallen.

Bei der Anwendung von § 43 Abs. 3 RechVersV hätte ich weniger Bedenken, da die Aufzählung nicht abschließend („insbesondere“) ist. (Herr Dr. Heinemann)

Der Auffassung von Herrn Dr. Heinemann stimme ich zu. Auch nach meiner Auffassung repräsentieren die „gematik“-Kosten in heutiger Zeit Elemente der betriebs- und verwaltungstechnischen Grundausstattung eines Krankenversicherers, die als Unternehmenskosten einzuordnen sind. Dass dieser Posten ein neues Phänomen ist, ändert daran nichts. (Herr Prof. Dr. Werber)

Dem kann ich mich nur anschließen. (Herr Prof. Dr. Wendt)

Die juristische Begutachtung Herrn Dr. Heinemanns überzeugt.

Auch „prämientreuhänderisch“ wäre eine Zuordnung zu Versicherungsleistungen und in der Folge eine Erhöhung von Kopfschäden problematisch, da sich zwar plausible kalkulatorische Ansätze finden ließen, diese jedoch erhebliche Freiheitsrade enthalten würden. Es handelt sich auch nicht um eine zu vernachlässigende Größenordnung. Die naheliegende Lösung eines Aufschlags auf den Grundkopfschaden (proportional auf die Kopfschäden) wäre in Krankheitskostentarifen, in denen ältere Versicherte von der Bemessung in Stückkosten profitieren müssen (KVAV § 8 (4)), nicht zustimmungsfähig, weil es sich eben um Kosten, nicht um tarifliche Versicherungsleistungen mit ggf. altersabhängig zu kalkulierenden Kopfschäden handelt. Solange keine Gesetzes- oder AVB-Änderung für Eindeutigkeit sorgt, wäre grundsätzlich *jede* Kopfschadenänderung angreifbar, so dass eine „tarifübergreifende“ Lösungen der Einrechnung in die Beiträge zu suchen ist.

Vergleicht man die geplante zusätzliche Praxis mit bestehender Praxis im Versicherungsbetrieb, erscheint die Zuordnung zu Schadenregulierungskosten sinnvoll (Investitionsaufwendungen wie auch Kosten des laufenden Betriebs). Evtl. lassen sich Teile (insbesondere, aber nicht nur, die gematik-Betriebskosten) bei Verwaltungskosten verbuchen, zumal es auch leistungsfreie Kunden gibt, die theoretisch von der Neuerung nichts haben. Diese Verkomplizierung erscheint aber nicht erforderlich. Denn KV-praktisch darf man davon ausgehen, dass jeder Kunde einmal Leistungen brauchen wird bzw. dass jegliche Schadenregulierungskosten von allen Versicherten gemäß den Technischen Berechnungsgrundlagen getragen werden müssen. Kalkulatorisch kommt es ohnehin auf die *Dreiersumme* VWK+SRK+MAK an, so dass auch daher ein Split SRK/VWK nicht sein müsste.

Daher sehe ich als sinnvoll und jedenfalls zustimmungsfähig

- Lösung a) Schadenregulierungskosten (ggf. zusätzlich einen Teil bei Verwaltungskosten)

Wenn man in § 43 RechVersV „Personal- und Sachaufwendungen des Unternehmens“ (insbesondere „Sachaufwendungen“) eng auslegt, könnte auch wie von Frau Garcia-Boy eingebracht - in Frage kommen

- Lösung b) Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen für eigene Rechnung
Gem. RechVersV § 44 gilt: Im Posten "Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen für eigene Rechnung" sind die versicherungstechnischen Aufwendungen auszuweisen, die einem anderen Posten nicht zugeordnet werden können.

(Herr Th. Schneider)

Zur Thematik „gematik“ ist aus Treuhändersicht offensichtlich alles gesagt. Ich freue mich insbesondere über die Ausführungen unserer juristischen Kollegen, denen ich mich voll anschließe. Dies vor dem Hintergrund, dass die Einbeziehung der „gematik“-Kosten in die Versicherungsleistungen - zumindest zum jetzigen Zeitpunkt - grundsätzlich jede anstehende Prämienänderung angreifbar machen dürfte (siehe auch Herr Th. Schneider). Nach unserer aller eindeutigen Sichtweise kommt eine Abrechnung der gematik-Kosten unter den Versicherungsleistungen nicht in Frage. Es bleiben somit die Lösungswege, die Herr Theodor Schneider noch einmal zusammengefasst hat. Ich persönlich sehe - solange es diesbezüglich keine gesetzgeberischen Vorgaben gibt - die Lösung über die "sonstigen versicherungstechnischen Aufwendungen für eigene Rechnung" mittlerweile als die eleganteste Vorgehensweise an. Vorgaben, die dagegen sprechen, erkenne ich nicht (vgl. den Auszug aus dem Beck'schen Vers.-Bilanzkommentar aus dem Jahre 1998). (Herr Förster)