

GKV-WSG führt zu Einbruch im Neugeschäft

Der Nettoneuzugang in die private Krankheitsvollversicherung ist im Zuge der Gesundheitsreform deutlich zurückgegangen. Das geht aus dem aktuellen Rechenschaftsbericht der PKV hervor, der in diesen Tagen erscheint und die vorläufigen Zahlen für das Geschäftsjahr 2007 enthält. [> Seite 54](#)

Probates Mittel Prävention

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung engagieren sich in den kommenden Jahren freiwillig in der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat die einschlägige Fachliteratur zu den Folgen von Alkoholkonsum sowie den Maßnahmen zu dessen Begrenzung gesichtet. [> Seite 56](#)

Schultergelenkschirurgische Operationen

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist in weiten Teilen veraltet und bildet insbesondere im Bereich der operativen Fächer den aktuellen Stand der Medizin nicht ab. Exemplarisch dafür sind die schultergelenkschirurgischen Operationen. Aus diesem Grund hat der PKV-Verband für diesen Bereich gebührenrechtliche Positionen erarbeitet, die Orientierungshilfe leisten sollen. [> Seite 58](#)

Missbrauch der Marktmacht

Beim Angebot von Wahl- und Zusatztarifen missbrauchen die gesetzlichen Kassen ihre marktbeherrschende Stellung. Dies ist sowohl nach deutschem als auch nach europäischem Wettbewerbsrecht verboten, sagt Prof. Siegfried Klaue von der Freien Universität Berlin. [> Seite 60](#)

Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln [> Seite 50](#)

Kurzmeldungen [> Seite 59](#)

Impressum [> Seite 60](#)



Thema verfehlt: Die Debatte über Zwei-Klassen-Medizin

In den zurückliegenden Wochen hat die Republik vehement über eine angebliche Zwei-Klassen-Medizin diskutiert – so intensiv wie zuletzt Ende 2005 im Kontext des Koalitionsvertrages, als das Bundesgesundheitsministerium die Angleichung der Vergütung und darüber der Versicherungssysteme forderte. Auch in der aktuellen Debatte vermischen sich wieder mediale Interessen am vermeintlichen Skandal mit politischen Absichten. Spätestens im kommenden Bundestagswahlkampf dürfte die vermeintliche Zwei-Klassen-Medizin von denjenigen demonstrativ beklagt werden, die ihre Abschaffung durch einen einheitlichen Versicherungsmarkt namens Bürgerversicherung versprechen. Es gilt daher, die

Debatte ernst zu nehmen und zu versachlichen, indem man sie ihrer Irrtümer überführt. Dabei sollte nicht übersehen werden, dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im internationalen Vergleich einer der größten ist und dass die Wartezeiten auf medizinische Behandlung in Deutschland mit die geringsten sind. Die PKV-Versicherten tragen mit ihrem Mehrumsatz dazu in erheblichem Maße bei. Anstatt den Unterschied zu skandalisieren, gebietet die gesundheitspolitische Verantwortung, die Vorteile der Koexistenz von PKV und GKV für das gesamte medizinische Versorgungssystem im Blick zu behalten, die bei einer Bürgerversicherung unwiederbringlich verloren gingen. [> Seite 52](#)

Brief aus Berlin und Köln



Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) bringt eine deutliche Erweiterung der Wechselrechte für die Privatversicherten mit sich. Dabei hat der Gesetzgeber klar zwischen Bestands- und Neuversicherten unterschieden: Für alle, die ab dem 1. Januar 2009 erstmals privat krankenversichert werden, gilt ein dauerhaftes Wechselrecht in alle Tarife anderer Versicherungsunternehmen unter Mitgabe der Alterungsrückstellung im Umfang

des Basistarifs. Diese – gegenüber den bisherigen Tarifen zusätzliche – Option wird gesetzlich vorgeschriebener Bestandteil eines jeden ab 2009 abgeschlossenen privaten Krankenversicherungsvertrages. Sie wird sich auf die Prämienhöhe auswirken und kann vom Versicherten nicht freiwillig abgewählt werden.

Unterschied zwischen Alt und Neu

Anders, als es die Tarife der Neuversicherten sein werden, sind die Verträge der

Bestandskunden ohne Wechseloptionen kalkuliert. Gleichwohl erhält durch das GKV-WSG auch der Bestand ein einmaliges Wechselrecht unter Mitgabe der Alterungsrückstellung: Befristet auf das erste Halbjahr 2009 sowie ausdrücklich auf den Basistarif eines Unternehmens der Wahl.

Um diese Unterscheidung zwischen Alt- und Neuverträgen abzubilden, ist eine Mindestverweildauer im Basistarif zwingend. Alles andere hieße, den Bestandsversicherten nicht nur den einmaligen Wechsel, sondern ebenfalls ein mehrmaliges oder gar dauerhaftes Wechselrecht zu ermöglichen. Dies war aber nicht Wille des Gesetzgebers.

Gefahr der Risikoentmischung

Es liegt im Interesse der Versichertengemeinschaft insgesamt, dass der Basistarif nicht als Vehikel missbraucht werden kann, um Bestandsversicherte unmittelbar



– etwa nach einer logischen Sekunde – in einen anderen Tarif weiterzuleiten: Gäbe es nämlich für die Bestandsversicherten eine unmittelbare Wechselmöglichkeit in die normale PKV-Tarifwelt eines anderen Unternehmens, würden lediglich gute Risiken – also junge und gesunde Versicherte – in höherwertige Tarife des neuen Unternehmens hochgestuft. Ältere und kranke Versicherte würden entweder im Kollektiv des abgebenden Versicherers oder im Basistarif verbleiben – mit der Folge der Risikoentmischung und einer daraus resultierenden Beitragssteigerung in beiden Kollektiven. Das war und ist politisch eindeutig nicht gewollt.

Da das Wechselrecht für Bestandsversicherte im GKV-WSG nicht detailliert geregelt und insbesondere die Mindestverweildauer im Basistarif nicht festgelegt ist, ist eine Konkretisierung im Rahmen der Kalkulationsverordnung zwingend erforderlich.

Sachgerecht wäre eine Verweildauer von drei Jahren, weil der Basistarif an die Gestaltungen in der GKV angelehnt ist. Dort gilt bei „Tarifwechsel“ eine Frist von drei Jahren. Der PKV-Verband hat seine Position zum Wechselrecht für Bestandsversi-

cherte gegenüber den Bundesministerien für Finanzen und Gesundheit sowie den zuständigen Behörden dargelegt. Nur diese können entscheiden, ob, wie und wann eine solche Regelung im Interesse der Versicherten auf den Weg gebracht wird. L



Privat Versicherte zahlen für viele medizinische Leistungen höhere Honorare. Dafür erhalten sie eine sehr gute medizinische Versorgung und sie stärken damit das gesamte Gesundheitssystem. Denn mit einem Teil ihrer finanziellen Aufwendungen können Ärzte und Krankenhäuser in moderne Geräte und fortschrittliche Behandlungsmethoden investieren. Davon profitieren alle: privat und gesetzlich Versicherte.

Mehr Infos: www.pkv-gut-fuer-alle.de

Gut für alle.

PKV
 Die privaten Krankenversicherungen

Zwei Finanzierungswege – ein Versorgungssystem: Die Debatte über Zwei-Klassen-Medizin verfehlt das Thema

Die Republik hat in den vergangenen Wochen über eine angebliche Zwei-Klassen-Medizin diskutiert – so intensiv wie zuletzt Ende 2005 im Kontext des Koalitionsvertrages, als das Bundesgesundheitsministerium die Angleichung der Vergütung und darüber der Versicherungssysteme forderte. Auch in der aktuellen Debatte vermischen sich mediale Interessen am vermeintlichen Skandal mit politischen Absichten.

Spätestens im kommenden Bundestagswahlkampf dürfte die vermeintliche Zwei-Klassen-Medizin von denjenigen demonstrativ beklagt werden, die ihre Abschaffung durch einen einheitlichen Versicherungsmarkt namens Bürgerversicherung versprechen. Es gilt daher, die Debatte ernst zu nehmen und zu versachlichen, indem man sie ihrer Irrtümer überführt.

International kurze Wartezeiten

Wer mit Blick auf private (PKV) und gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von Zwei-Klassen-Medizin redet, skandalisiert damit eine gute medizinische Versorgung der Privatversicherten. Dies indes ist kein Grund zur Klage – falls die Debatte nicht bloßen Neidkomplexen folgt. Wenn schon, dann wäre doch die vermeintlich schlechtere Versorgung in der GKV zu bemängeln. Dabei sollte aber nicht übersehen werden, dass der Leistungskatalog der GKV im internationalen Vergleich einer der größten ist und dass die Wartezeiten in Deutschland mit am geringsten sind. Dennoch stoßen insbesondere Studien, die eine unterschiedliche Versorgung von GKV- und PKV-Versicherten am Beispiel unterschiedlicher Wartezeiten zu belegen trachten, in Deutschland auf eine außerordentliche Medienresonanz.

Es trifft zu, dass Privatversicherte in der Regel einen besseren Service erhalten und Unterschiede etwa bei der Terminvergabe immer spürbarer werden. Dies hat nachvollziehbare betriebswirtschaftliche Gründe, da es durch die fortwährende, politisch

gewollte Budgetierung in der GKV zu einem systematischen Verfall der Kassenzononore gekommen ist. Seit Ende der 70er Jahre sind zudem gesetzliche Leistungen in diversen Kostendämpfungsgesetzen eingeschränkt worden. Anders in der PKV, die keine Budgets kennt und in der der Versicherer dem Versicherten vertraglich eine lebenslange Leistungszusage erteilt. In der Konsequenz zahlen Privatversicherte deutlich mehr an niedergelassene Ärzte als gesetzlich versicherte Patienten.

Mehrumsatz der Privatversicherten

Zu diesem Ergebnis kommt auch eine aktuelle, von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Studie. Sie bestätigt damit die Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP), die seit 2003 einen jährlich steigenden Mehrumsatz der Privatpatienten im Gesundheitssystem ausweisen. Der Mehrumsatz ergibt sich aus einem Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich Versicherte und quantifiziert die Summe, die dem Gesundheitssystem nicht zur Verfügung stehen würde, wenn Privatversicherte gesetzlich versichert wären. Im Jahr 2005 betrug der Mehrumsatz allein bei den Arzthonoraren 4,2 Milliarden Euro.

Die Differenz zum Ergebnis der Studie der Hans-Böckler-Stiftung (3,6 Milliarden in 2005) erklärt sich zum einen aus der breiteren Datenbasis des WIP. Zum anderen geht die Stiftungs-Studie von den typischen Leistungen für einen gesetzlich Versicherten aus und rechnet diese auf die Arzthono-

norare für Privatpatienten um. Das WIP hingegen berücksichtigt, was Privatpatienten tatsächlich beim Arzt erhalten, und das ist oft mehr als bei Kassenpatienten. So fallen zum Beispiel zusätzliche Leistungen beim niedergelassenen Arzt an, wenn Privatpatienten seltener ins Krankenhaus eingewiesen werden.

Von ihren Mehrleistungen profitieren aber nicht nur die Privatversicherten selbst, sondern auch das Gesundheitssystem insgesamt. Denn in Deutschland gibt es zwar zwei Krankenversicherungssysteme, aber fast durchgängig nur ein Versorgungssystem. Getrennte Versorgungssysteme für privat und gesetzlich Versicherte hat die PKV stets abgelehnt. In der Folge stärken Privatpatienten mit ihren höheren Honoraren das Gesundheitssystem – auch zugunsten der Kassenklientel: Schafft sich eine Praxis mit den finanziellen Aufwendungen der Privatversicherten neue Geräte an, kommen diese allen Patienten der Praxis zugute. Wenn die PKV ihren Versicherten einen ungehinderten Zugang zu Innovationen eröffnet, beschleunigt dies den medizinischen Fortschritt im gesamten System. Die PKV kompensiert damit zumindest partiell die Folgen der Budgetierung in der GKV. Das im internationalen Maßstab immer noch hervorragende Versorgungsniveau in Deutschland ist nicht zuletzt auch ein Verdienst der Privatversicherten.

Ein einheitliches Honorarsystem für GKV und PKV, wie es unter anderem in der Studie der Hans-Böckler-Stiftung gefordert

wird, würde dagegen den Mehrumsatz außer Kraft setzen und die Vergütung der Leistungserbringer nach den Spielregeln der GKV – und damit notwendigerweise nach unten – vereinheitlichen. Die budgetfreie Zone der PKV würde der Vergangenheit angehören. Mit dem Ende der differenzierten Vergütung würde so der Kuchen für die Leistungserbringer kleiner – und die Gesundheitsversorgung für alle schlechter.

Absurde Konkurrenzthesen

Obwohl die Mehrzahlungen der Privatversicherten in eine gemeinsame Versorgungsstruktur fließen und damit allen Versicherten zugute kommen, wird zuweilen der Vorwurf erhoben, dass die gute Versorgung von Privatpatienten zulasten der Kassenpatienten geht. „Rationierung ist, wenn GKV-Versicherte mit Bauchspeicheldrüsenkrebs nicht vom besten Operateur behandelt werden, weil der den Leistenbruch eines Privatversicherten versorgt“, hat der SPD-Bundestagsabgeordnete Karl Lauterbach eine Konkurrenz von GKV- und PKV-Versicherten um den besten Operateur an die Wand gemalt.

Werden in Deutschland tatsächlich existentielle Operationen verschoben, weil aufschiebbare Privat-OPs vorgezogen werden? Lauterbachs These steht in der Kontinuität der bereits widerlegten Behauptung seines Kölner Institutes für Gesundheitsökonomie Ende 2007, Privatpatienten würden bei der Vergabe von Organen für Transplantationen bevorzugt. Wie seinerzeit, gibt es auch für die aktuelle Konkurrenzthese keinen empirischen Beleg. Schon theoretisch ist nicht nachzuvollziehen, wie die insgesamt rund 15 Prozent der Versicherten mit wahlärztlichem Leistungsanspruch – 7,2 Millionen aus der PKV und 5 Millionen Zusatzversicherte aus der GKV – Verdrängungspotential für existentielle Behandlungsfälle darstellen können. Außerdem ist der Chefarzt berufs- und



Über das Thema Zwei-Klassen-Medizin wurde auch in der ARD-Sendung HART ABER FAIR am 21. Mai 2008 diskutiert. Zu Gast bei Frank Plasberg (rechts im Bild) waren von links: Dr. Arno Theilmeier (Facharzt), Dr. Volker Leienbach (Direktor des PKV-Verbandes), Jürgen Fliege (Moderator und Pfarrer), Dr. Werner Bartens (Wissenschaftsredakteur „Süddeutsche Zeitung“) und Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD-Bundestagsabgeordneter).

haftungsrechtlich zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung für alle Versicherten verpflichtet. Die These einer Konkurrenz von GKV- und PKV-Versicherten um die notwendige medizinische Versorgung abstrahiert somit von den ärztlichen Pflichten und spricht der Ärzteschaft implizit jegliches Ethos, jegliches Verantwortungsgefühl ab.

Ist somit die Konkurrenzthese reichlich konstruiert und gleichzeitig der überproportionale Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten empirisch unstrittig, so wird die PKV gleichwohl auch im kommenden Wahlkampf einer als „Gerechtigkeit“ daherkommenden Sehnsucht nach Gleichheit begegnen. Die Strategie der Egalisierung ist aber nicht nur, wie oben gesehen, gesundheitsökonomisch irrational. Sie setzt sich auch in Widerspruch zum Streben der Menschen nach Differenzierung und Wahlrechten. Das beste Beispiel ist die PKV selbst, wo die bunte Tarifwelt vom Grundschutz zum Spitzenschutz auf die Wünsche der Versicherten zurückgeht. Im Übrigen führen gerade einheitliche Versicherungssysteme das herbei, was sie propagandistisch aus der Welt zu schaffen vorgeben: ein echtes Zwei-Klassen-System in Form einer Staatsmedizin für alle

und einen grauen Markt daneben, auf dem Gesundheitsleistungen aus der eigenen Tasche bezahlt werden, was oberhalb der Kosten von Bagatellerkrankungen nur die wenigsten können.

Anstatt den Unterschied zu skandalisieren und alarmistisch von Zwei-Klassen-Medizin zu reden, gebietet die gesundheitspolitische Vernunft vielmehr, die Vorteile der Koexistenz von PKV und GKV für das gesamte medizinische Versorgungssystem im Blick zu behalten. Die PKV-Versicherten leisten einen überproportionalen Beitrag für eine solide, zumal demografiefeste Finanzierung des Gesundheitssystems, obwohl sie entgegen der landläufigen Legende kein „Club der Reichen“ sind. Siebzig Prozent der Privatversicherten haben monatliche Einkünfte unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und nur ein Achtel von ihnen sind Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der gesetzlichen Versicherungspflichtgrenze. Als privatwirtschaftlicher Wettbewerber bremsen die PKV zugleich die Rationierungsbemühungen in der GKV. Und nur solange es die PKV gibt, hat die Politik die Option, der demografischen Herausforderung in der Krankenversicherung mit mehr Kapitaldeckung zu begegnen. *tg*

Geschäftszahlen 2007: Zugang zur Vollversicherung sinkt deutlich

Der Nettoneuzugang in die private Krankheitsvollversicherung ist im vergangenen Jahr deutlich zurückgegangen. Das geht aus dem aktuellen Rechenschaftsbericht der PKV hervor, der in diesen Tagen erscheint und die vorläufigen Zahlen für das Geschäftsjahr 2007 enthält. Einen erneuten Zuwachs konnten dagegen die Zusatzversicherungen verzeichnen. Gemessen an den Gesamtbeitragseinnahmen spielen die Zusatzversicherungen allerdings nur eine untergeordnete Rolle. Die mit Abstand wichtigste Säule der PKV bleibt die Vollversicherung.

Der Nettoneuzugang zur Krankheitsvollversicherung lag im Jahr 2007 mit 59.900 Personen knapp um die Hälfte niedriger als im Vorjahr (116.100). Dieser starke Rückgang ist vor allem auf das seit dem 2. Februar 2007 geltende, dreijährige Wartemoratorium für Angestellte, die in die PKV wechseln wollen, zurückzuführen. Damit lassen sich die ersten Auswirkungen der jüngsten Gesundheitsreform schon an konkreten Zahlen ablesen. Insgesamt waren zum Jahresende 2007 8,55 Mio. Menschen privat vollversichert. Das sind 0,7 Prozent mehr als Ende 2006.

In der privaten Pflegeversicherung wurden Ende des Jahres 2007 9,32 Mio. versicherte Personen gezählt. Dies entspricht einem Zuwachs von 0,5 Prozent. Der Versichertenbestand und der Nettozuwachs in der Pflegeversicherung weichen von den entsprechenden Daten der Krankenversicherung ab, da hier die Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Kran-

kenversorgung der Bundesbahnbeamten mitgezählt werden. Dies sind geschlossene Versichertenkollektive, aus denen nur noch Abgänge zu verzeichnen sind.

Zum Jahresende 2007 waren 33.395 Personen im Sozialtarif der PKV, dem sogenannten Standardtarif, versichert. Der Zuwachs im Vergleich zum Vorjahr lässt sich unter anderem mit der Öffnung des Standardtarifs für Nichtversicherte erklären, zu der die PKV in Folge der jüngsten Gesundheitsreform verpflichtet wurde. Seit dem 1. Juli 2007 können sich Nichtversicherte, die dem PKV-System zuzuordnen sind, im modifizierten Standardtarif versichern. Von dieser Regelung machten bis Ende 2007 rund 3.000 nicht versicherte Menschen Gebrauch. Für die Versicherungsunternehmen gilt Kontrahierungszwang, Risikozuschläge dürfen nicht erhoben werden. Der Beitrag im Standardtarif ist auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung

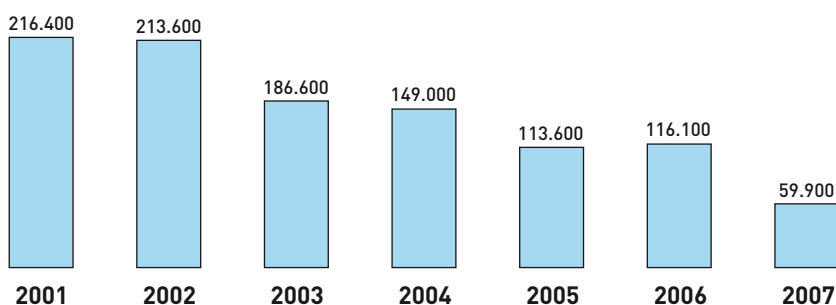
(2007: 505,88 Euro) begrenzt. Liegt der Beitrag eines Versicherten kalkulatorisch über dieser Grenze, wird er auf diesen Betrag gekappt. Eine solche Kappung musste 2007 bei 3.316 Versicherten vorgenommen werden. Bei der überwiegenden Mehrheit (2.861) davon handelte es sich um ehemals Nichtversicherte.

Hohe Nachfrage bei Zusatzversicherung

In der Zusatzversicherung war im Jahr 2007 erneut ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen. Insgesamt gab es zum Jahresende 19,78 Mio. Zusatzversicherungen. Der hohe Neuzugang lässt sich insbesondere durch die anhaltende Diskussion über die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie durch bereits erfolgte Einschnitte des Gesetzgebers in deren Leistungskatalog erklären. Die daraus entstehende Verunsicherung in der Bevölkerung bewirkt eine verstärkte Nachfrage nach zusätzlicher Absicherung für den Krankheitsfall. Eine Zusatzversicherung erscheint vielen daher heute wichtiger denn je. Darüber hinaus wirkt sich die 2004 ermöglichte Kooperation zwischen PKV und GKV weiterhin positiv auf den Vertrieb von Zusatzversicherungen aus.

Vor allem der Zuwachs bei den Zahntarifen war mit 1,42 Mio. auch im vergangenen Jahr beachtlich. Insgesamt gab es zum Ende des Jahres 10,79 Mio. Zahnzusatzversicherungen. Einen deutlichen Zuwachs gab es mit 7,7 Prozent auch im Bereich der ambulanten Zusatzversicherungen. Zum Jahresende gab es insgesamt 6,35 Mio. sol-

Entwicklung des Nettoneuzugangs zur PKV-Vollversicherung



cher Tarife. Im Vergleich dazu fiel der Zuwachs zu den Tarifen für Wahlleistungen im Krankenhaus mit 1,4 Prozent moderat aus. Insgesamt gab es aber immerhin 5,17 Mio. solcher Zusatzversicherungen.

Zu den Versicherungsarten, die nicht nur für gesetzlich Versicherte, sondern auch für Privatversicherte als Ergänzung zu ihrer Vollversicherung interessant sind, zählen die Krankentagegeld-, die Krankenhaus-tagegeld- und die Pflegezusatzversicherung. Von diesen konnte insbesondere die Pflegezusatzversicherung mit 18,5 Prozent einen deutlichen Anstieg verzeichnen. Mit 1,17 Mio. Versicherungen übersprang sie erstmals die 1-Millionen-Marke. Diese Zahlen zeigen, dass die Notwendigkeit einer zusätzlichen Absicherung für den Pflegefall offenkundig stärker ins Bewusstsein der Menschen rückt – obwohl die Absicherungsquote bezogen auf die Gesamtbevölkerung natürlich noch immer niedrig ist.

Leichter Anstieg der Beitragseinnahmen

Die Beitragseinnahmen in der privaten Krankenversicherung betragen im vergangenen Jahr 27,57 Mrd. Euro. Gegenüber dem Vorjahr (26,61 Mrd. Euro) bedeutet dies einen Anstieg um 960 Mio. Euro be-

ziehungsweise 3,6 Prozent. In der Pflegeversicherung lagen die Beitragseinnahmen bei 1,89 Mrd. Euro, was einem Anstieg von 1,1 Prozent entspricht. Insgesamt erhöhten sich die Beitragseinnahmen damit um 3,4 Prozent auf 29,46 Mrd. Euro.

Der Anteil der Krankheitsvollversicherung an den gesamten Beitragseinnahmen betrug 72,1 Prozent. Auf die Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz entfielen – ungeachtet des hohen Bestandszuwachses in den vergangenen Jahren – lediglich 12,6 Prozent der Beitragseinnahmen. Daran zeigt sich sehr deutlich, dass die steigende Zahl an Zusatzversicherungen keine Kompensation für den sinkenden Neuzugang zur Vollversicherung sein kann.

Leistungen steigen um 5,3 Prozent

Die ausgezahlten Versicherungsleistungen stiegen in der Krankenversicherung um 950 Mio. Euro beziehungsweise 5,5 Prozent auf 18,22 Mrd. Euro. In der Pflegeversicherung erhöhten sich die Ausgaben um 10 Mio. Euro (1,8 Prozent) auf 570 Mio. Euro. Insgesamt lagen die ausgezahlten Versicherungsleistungen bei 18,79 Mrd. Euro und damit um 5,3 Prozent über dem Vorjahresniveau.

Veränderung der Leistungsausgaben 2006 / 2007 je Versicherten

Veränderung in Prozent

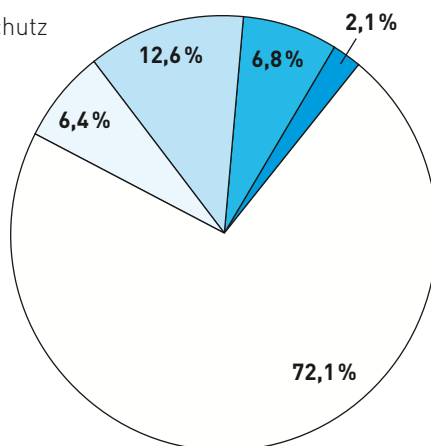
ambulante Leistungen	+ 6,7
davon	
Arztbehandlung	+ 6,0
Heilpraktikerbehandlung	+ 11,3
Arzneien und Verbandmittel	+ 7,9
Heilmittel	+ 5,6
Hilfsmittel	+ 7,1
Zahnleistungen	+ 5,5
davon	
Zahnbehandlung	+ 1,3
Zahnersatz	+ 9,2
Kieferorthopädie	+ 3,7
stationäre Leistungen	+ 2,6
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 2,8
Wahlleistung Chefarzt	+ 2,7
Wahlleistung Unterkunft	+ 0,8
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 2,8
Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt	+ 5,2

Bei den Leistungen je Versicherten entwickelte sich der ambulante Bereich überdurchschnittlich. Nach einem leichten Rückgang im Vorjahr stiegen die Ausgaben für Zahnleistungen mit 5,5 Prozent wieder deutlich. Insgesamt erhöhten sich die Aufwendungen für Krankheitskosten je Versichertem um 5,2 Prozent.

In der PKV werden Alterungsrückstellungen gebildet. Mit ihnen wird verhindert, dass die Beiträge aufgrund der Tatsache steigen, dass ein Versicherter älter wird. Die Alterungsrückstellungen werden durch Zuführungen aus den Beitragseinnahmen und Kapitalerträgen gebildet. Im Jahr 2007 lagen sie bei insgesamt 121,5 Mrd. Euro. Das sind 8,1 Mrd. Euro (7,1 Prozent) mehr als im Vorjahr. Dabei sind die Alterungsrückstellungen in der Krankenversicherung bis Ende 2007 auf etwa 104 Mrd. Euro und in der Pflegeversicherung auf etwa 17,5 Mrd. Euro angewachsen. *jw*

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2007

- Krankheitsvollversicherung
- Pflegeversicherung
- Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz
- sonstige Zusatzversicherungen (Krankentagegeld, Krankenhaus-tagegeld, Pflegezusatz)
- Besondere Versicherungsformen



Alkoholmissbrauch: Probates Mittel Prävention

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung engagieren sich in den kommenden Jahren in der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen (siehe PKV Publik 3/2008). Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat die Fachliteratur zu den Folgen von Alkoholkonsum sowie den Maßnahmen zu dessen Begrenzung gesichtet.

Alkoholische Getränke sind in Deutschland, wie auch in vielen anderen Ländern, ein fester Bestandteil des Alltags. Der Konsum von Alkohol ist hierzulande gesellschaftlich anerkannt, zu bestimmten Anlässen hat sich eine Trinkkultur fest etabliert. Der Pro-Kopf-Verbrauch von alkoholischen Getränken in Deutschland ist nach dem 2. Weltkrieg gestiegen, sinkt aber seit 1990 wieder etwas. Im Jahre 2006 lag der Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol bei 10,1 Liter. Der tägliche Alkoholkonsum in Deutschland unterscheidet sich nach den Geschlechtern: Während Männer 15,06 Gramm Alkohol pro Tag aufnehmen, sind es bei den Frauen nur 4,06 Gramm. Zudem dominiert bei den Männern Bier als Getränk, während die Frauen Wein bevorzugen. Der Alkoholkonsum ist über alle soziale Schichten hinweg verbreitet. Die obere Sozialschicht trinkt etwas weniger Bier, dafür aber deutlich mehr Wein, so dass sie mit 17,9 Gramm Alkohol (bei Männern) pro Tag sogar mehr konsumiert als die niedrige soziale Schicht (14,06 Gramm bei Männern). Bei Frauen nimmt der Alkoholkonsum in noch größerem Maße mit steigender sozialer Schicht zu. Die Konsumgewohnheiten für Alkohol ändern sich in Abhängigkeit vom Alter: Während in jungen Jahren temporär und dafür exzessiv getrunken wird, werden mit steigendem Lebensalter eher kontinuierlich kleinere Mengen zu sich genommen.

Positive Effekte bei moderatem Konsum?

Teilweise wird der regelmäßige oder anlassbezogene Konsum von alkoholischen Getränken damit relativiert, dass moderater Alkoholkonsum auch positive Wirkungen auf den Organismus zeige. Diese

Auffassung liegt in verschiedenen Studien begründet, in denen ein geringeres Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen bei Personen mit geringem Alkoholkonsum als bei Abstinenzlern gefunden wurde. Weitere Untersuchungen zeigten allerdings, dass diese Sichtweise zumindest differenziert betrachtet, möglicherweise sogar von ihr Abstand genommen werden muss: Zum einen zeigten Studien, dass der schützende Herz-Kreislauf-Effekt nur bei Personen ab dem mittleren Lebensalter auftritt. Hierbei scheint der positive Einfluss von geringen Alkoholmengen insbesondere bei Personen aufzutreten, die bereits kardiovaskuläre Erkrankungen in der Vergangenheit hatten oder an Altersdiabetes leiden. Jüngere Menschen, die diese Voraussetzungen in der Regel nicht mitbringen, können ihr Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen dagegen kaum verringern. Zum anderen konterkariert das höhere Unfall- und Kriminalitätsrisiko vermutlich die geringen positiven Herz-Kreislauf-Effekte. Aber selbst bei Erwachsenen scheint die positive Wirkung von moderaten Alkoholmengen vielfach überschätzt zu werden. In jedem Fall ist von einer Verminderung anderer Risikofaktoren wie Rauchen, körperlicher Inaktivität und Übergewicht eine stärkere Reduzierung des kardiovaskulären Risikos zu erwarten.

Möglichkeiten der Konsumeinschränkung

Mittel der ersten Wahl zur Vermeidung von Alkoholkrankheiten ist naturgemäß der Verzicht auf Alkohol. Auf die möglichen Folgen des Alkoholkonsums kann mit Hilfe von Informations- und Aufklärungskampagnen hingewiesen werden. Eine Beeinflussung des Alkoholkonsums

kann im Weiteren über staatliche Eingriffe erfolgen. Möglich sind ein Alkoholverbot für verschiedene Altersgruppen, zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Lokalisationen sowie die Besteuerung alkoholischer Getränke. Ein Einfluss auf den Alkoholkonsum kann zudem über ein restriktives Alkoholregime im Straßenverkehr genommen werden. So kann versucht werden, den Alkoholkonsum durch eine Nullpromillegrenze in Verbindung mit hohen Strafen bei Fahren unter Alkoholeinfluss zu beeinflussen.

Laut einer Metaanalyse von Babor im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation sind hier auch Präventionsmaßnahmen in außerordentlichem Maße anzuraten. Gerade bei jüngeren Menschen ist ein größerer Teil der Alkohol-Todesfälle eine Folge von Unfällen, der Verlust an Lebensjahren ist hier besonders groß. Allerdings setzt die sekundäre Prävention bislang oft dabei an, den Betroffenen zu verdeutlichen, welche gesundheitlichen Risiken sie mit ihrem höheren Alkoholkonsum eingehen. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass Maßnahmen, die das Risiko eines Missbrauchs in den Vordergrund stellen, wenig erfolgreich sind. Kampagnen können Menschen bei ihren positiven Bedürfnissen, nicht aber bei ihren Ängsten erreichen.

Wirksamkeit und Nutzen der Einschränkung von Beschaffungsmärkten

Inwieweit ein Verbot von Alkohol hilft, den Alkoholkonsum zu verringern und alkoholbedingte Krankheiten im Ansatz zu bekämpfen, kann aus Beobachtungen während der Prohibition in den USA (1920 bis 1933) abgelesen werden. Ver-

schiedenen Studien zufolge gingen in diesem Zeitraum die Todesfälle von Leberzirrhose um 20 bis 50 Prozent zurück. Bei der Alkoholprohibition ist aber mit einem Anstieg von kriminellen Handlungen zur Beschaffung oder Herstellung von Alkohol zu rechnen. Um die Überwachung zu gewährleisten, benötigt es einen ausgebauten Überwachungs- und Polizeiapparat sowohl innerhalb des Landes als auch an seinen Außengrenzen. Unabhängig davon, ob dies in einem geeinten Europa überhaupt praktikabel ist, scheinen bei einer solchen Maßnahme die negativen Folgen deutlich zu überwiegen. Zudem ist Alkohol eng in das kulturelle und gesellschaftliche Leben eingebettet, so dass ein staatliches Verbot individuellen Präferenzen in erheblichem Maße zuwiderlaufen würde. Ein solcher paternalistischer Eingriff ruft Grundsatzdiskussion über die Rolle des Staates in einer Demokratie hervor.

Wie Babor zeigt, stellt eine höhere Besteuerung von Alkohol ein wirksames Element zur Nachfragereduzierung und zur Eindämmung von Alkoholkrankheiten dar. Demnach führt ein höherer Preis zu einem niedrigeren Konsum, insbesondere bei jüngeren Menschen sowie denen aus niedrigerer sozialer Schicht. Die Besteuerung sollte aber nicht prohibitiv hoch sein, damit die Produktion, der Handel und der Konsum weiterhin im legalen Sektor verbleiben. Die Erfahrungen mit dem Zigarettenmarkt zeigen auch in Deutschland die Grenzen solcher Maßnahmen auf.

Ponicki und Gruenewald zeigen in einer amerikanischen Studie, dass die Todesfälle aufgrund von Leberzirrhose insbesondere durch eine höhere Besteuerung von Spirituosen verringert werden können. Einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Leberzirrhose und der Besteuerung von Wein und Bier konnten sie nicht feststellen. Dies könnte auch ein Verweis darauf sein, dass vor allem der Konsum von

Spirituosen gesundheitsschädigend wirkt. Dies stimmt auch mit der Beobachtung überein, dass eine niedrige Lebenserwartung insbesondere in Ländern mit exzessiver Spirituosen-Trinkkultur (wie Russland) und nicht in Ländern mit Wein-Trinkkultur (Frankreich oder Italien) anzutreffen ist.

Ebenfalls gut wirksam ist – laut Babor – ein gesetzliches Mindestalter für den Erwerb von alkoholischen Getränken. Entsprechende Regeln gibt es in Deutschland zwar bereits (16 Jahre bei Bier und Wein, 18 bei Spirituosen). Der hohe Alkoholkonsum von Jugendlichen lässt aber vermuten, dass es an der Durchsetzung mangelt.

Moderat wirksam nach Babor ist die Einschränkung von Ladenöffnungszeiten und eine verringerte Verkaufsdichte. In Schweden ist es beispielweise nur einem staatlichen Monopolanbieter erlaubt, alkoholische Getränke im Einzelhandel zu verkaufen. In manchen Ländern (wie USA, Südafrika, Australien) werden Ausschanklizenzen restriktiv vergeben. So kann so-

wohl auf die Menge der Verkaufsstellen als auch auf ihre regionale Dichte Einfluss genommen werden.

Fazit

Alkoholgenuss kann das Erkrankungsrisiko deutlich erhöhen. Bemerkenswert ist die Vielzahl von indirekt durch erhöhten Alkoholkonsum verursachten Todesfällen, zum Beispiel als Folge von Unfällen in jungen Lebensjahren. Die Zahl der Todesfälle, bei denen Alkohol indirekt am Tod beteiligt war, übersteigt die Zahl derjenigen, bei denen Alkohol als Haupttodesursache gilt. Solange Alkohol Bestandteil der Kultur einer Gesellschaft ist, sind die Möglichkeiten von Markteingriffsinstrumenten begrenzt. Es bleibt vornehmlich die Prävention mit dem Ziel, den eigenverantwortlichen Umgang mit Alkohol zu verbessern. *wi*

Nutzen und Wirksamkeit verschiedener Präventionsmaßnahmen hat das WIP im Diskussionspapier 6/07 dargestellt. Dieses kann über die Internetseite www.wip-pkv.de aufgerufen werden.



Abrechnung schultergelenkschirurgischer Operationen

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist in weiten Teilen veraltet und bildet insbesondere im Bereich der operativen Fächer den aktuellen Stand der Medizin nicht ab. Exemplarisch für die daraus resultierenden Probleme steht der Bereich der Schultergelenkschirurgie. Aus diesem Grund hat sich der PKV-Verband mit der Abrechnung dieser Leistungen befasst und eine Kommentierung erarbeitet, die den PKV-Unternehmen eine Orientierungshilfe bei der Rechnungsprüfung geben soll.

Die aus der veralteten Gebührenordnung resultierenden Unsicherheiten hinsichtlich einer gebührenrechtlich korrekten Abrechnung führen zu Streitigkeiten zwischen den Beteiligten (Ärzten, Patienten beziehungsweise Versicherten sowie Kostenträgern), die nicht selten vor Gericht ausgetragen werden.

Exemplarisch für Probleme mit der GOÄ

Unerfreulich ist diese Situation vor allem für die Patienten beziehungsweise Versicherten. Trotz des Interesses der Versicherungsunternehmen an einer ungetrübten Geschäftsbeziehung zu ihren Kunden wäre die private Krankenversicherung schlecht beraten, die Auslegung des Gebührenrechts allein den Ärzten zu überlassen. Aus diesem Grund befasst sich der Verband der privaten Krankenversicherung auch mit gebührenrechtlichen Auslegungsfragen. Er hat sich jetzt dem Bereich der schultergelenkschirurgischen Operationen gewidmet, der exemplarisch für die angesprochenen Probleme mit der Gebührenordnung ist.

Wieviele Gelenke hat die Schulter?

Zunächst stellt sich die Frage, ob das Schultergelenk aus einem oder mehreren Gelenken besteht. Mit dieser Frage hat sich bereits das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 25. August 1999 – B 6 KA 32/98 R – befasst und kam im Hinblick auf

die vertragsärztliche Gebührenordnung zu dem Ergebnis, dass kein Zweifel daran bestehe, „dass im Sinne der Terminologie der Gebührenordnungen das Schultergelenk ein einziges Gelenk ist, ohne dass es darauf ankäme, dass der Schultergürtel aus verschiedenen anatomisch definierten echten Gelenken sowie einem System von Gleitspalten besteht, die als funktionelle Gelenke bezeichnet werden.“

Bei einer wie vom Bundessozialgericht vertretenen, rein gebührenordnungsrecht-

eher in Richtung eines einzigen Gelenks zu gehen scheint (vergleiche etwa die GOÄ-Nummern 204, 212, 213, 232, 237, 238, 302, 521, 2102).

Operationen werden aufwendiger

Unbeschadet dieser am Wortlaut der Gebührenordnung orientierten Auslegung muss eingeräumt werden, dass der Verordnungsgeber seinerzeit zwar tatsächlich von dem Schultergelenkapparat im gebührenrechtlichen Sinne als „einem“ Gelenk ausgegangen ist und Nr. 2137 als Komplexgebühr für die damals üblichen Operationen geschaffen hat, heute allerdings im Rahmen der modernen Operationsmethoden regelmäßig und aufwendiger an mehreren Strukturen dieser funktionellen Einheit operiert wird. In der praktischen Auslegung des Gebührenrechts kommt man aus diesem Grund nicht umhin, neben Nr. 2137 weitere Gebührenpositionen für operative Eingriffe an den unterschiedlichen

Strukturen des Schultergelenkapparats zu akzeptieren. *Mi*

Beabsichtigt ist, die vollständige Kommentierung in einer späteren Ausgabe von PKV-Publik abzudrucken. Schon jetzt kann sie auf der Internetseite des PKV-Verbandes unter www.pkv.de/Abrechnung_Schulter abgerufen werden.



Besteht die Schulter aus einem oder mehreren Gelenken?

lichen Auffassung ließe sich das in der maßgeblichen GOÄ-Nr. 2137 beschriebene Schultergelenk ebenfalls als ein einzelnes Gelenk begreifen. Allerdings könnte dieser Auslegung der Wortlaut der GOÄ-Nr. 5030 entgegenstehen, in der explizit die „Gelenke der Schulter“ beschrieben sind. Gegen diese Auslegung wiederum kann die andernorts vom Verordnungsgeber gewählte Formulierung „Schultergelenk“ ins Feld geführt werden, nach der die Tendenz

PKV-Team debütiert beim prominent besetzten Bundestagslauf

Beim traditionellen Bundestagslauf mit Startern aus Politik und Verbänden traten Anfang Mai 2008 auch Mitarbeiter des Berliner PKV-Büros an. Bei herrlichem Wetter bewältigten sie die 7,2 beziehungsweise 3,6 Kilometer durch den Berliner Tiergarten. Ihre neuen Trikots, die die aktuelle Informationskampagne „Gut für alle“ aufgreifen, erwiesen sich als echte Hingucker. Auch bei künftigen Berliner Laufergebnissen will das PKV-Team damit wieder an den Start gehen.

Prominentester unter den knapp 250 Teilnehmern beim Bundestagslauf war Bundespräsident Horst Köhler, der sich im Zielbereich bereitwillig mit einigen PKV-Startern ablichten ließ. sc



Jetzt abonnieren: Neuer WIP-Newsletter

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) informiert mit seinem neuen Newsletter „WIP-Information“ künftig über neue Forschungsergebnisse und Entwicklungen im Gesundheitsbereich. Der elektronische Newsletter kann unter www.wip-pkv.de abonniert werden.

„WIP-Information“ wird etwa drei- bis viermal im Jahr erscheinen. Berichtet wird über die Forschungsergebnisse des Instituts. Daneben werden andere aktuelle Forschungsarbeiten aus der Gesundheitsökonomie im Kurzüberblick dargestellt.

Die erste Ausgabe berichtet unter anderem über die aktualisierten Berechnungen des WIP zum überproportionalen Finanzierungsbeitrag von Privatpatienten zum Gesundheitssystem im Jahr 2006 sowie über Unterschiede in der Arzneimittelversorgung zwischen Privatversicherten und Kassenpatienten.

Im Kurzüberblick werden des weiteren Studienergebnisse über den Zusammenhang von Lebensstilen und Lebenserwartung bei Männern sowie über das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Präventionsprogrammen skizziert.

Im Mittelpunkt der Forschungstätigkeit des WIP stehen Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen sowie die Analyse von Leistungsmärkten. Von besonderem Interesse sind dabei Fragen an der Schnittstelle zwischen gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung. Das wissenschaftliche Institut arbeitet fachlich selbstständig und unabhängig.



Ausgezeichnet

„Beleidigte Kondome“, der aktuelle Aids-Aufklärungsspot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), wurde auf dem diesjährigen World Media Fest in Houston (USA) mit einem Gold Remi in der Kategorie TV Commercials/Public Health ausgezeichnet. In dem Spot werben zwei animierte und sprechende Präservative für HIV/Aids-Prävention.

Der Spot läuft seit 2007 in den deutschen Kinos. Ermöglicht wurde die Produktion des Films auch durch die finanzielle Unterstützung der privaten Krankenversicherung. Auf der Grundlage des im Jahr 2005 vereinbarten Kooperationsvertrages unterstützte die PKV die BZgA in der HIV/Aids-Prävention auch im Jahr 2007 mit 3,4 Mio. Euro.

Den erfolgreichen Kinospot kann man sich auf der Internetseite der PKV www.pkv.de ansehen. ag

GKV-Wahltarife: Marktmissbrauch

Die Gesundheitsreform 2007 öffnet den Markt für Wahltarife und Zusatzversicherungen, der bisher allein den privaten Krankenversicherungen vorbehalten war, für die gesetzlichen Krankenkassen. Solche Wahltarife und Zusatzversicherungen werden in der Zukunft immer größere Bedeutung erlangen, denn Kürzungen bei den Grundtarifen für einzelne Leistungen, wie zum Beispiel Zahnersatz, verlangen nach Deckung auf andere Weise.

Das europäische Recht stellt es dem deutschen Gesetzgeber zwar frei, innerhalb des Sektors der sogenannten Daseinsvorsorge das Sozialrecht mit dem Kern einer Gesundheitsversorgung national allein zu regeln. Trotzdem muss der deutsche Gesetzgeber den vorgegebenen Rahmen des europäischen Rechts beachten. Zusammengefasst hat der Europäische Gerichtshof hierzu mehrfach entschieden, dass der deutsche Gesetzgeber den Trägern der Sozialordnung nicht Aufgaben zuweisen darf, die von privaten Unternehmen auf freien Märkten erbracht werden können und insbesondere erbracht worden sind – es sei denn, der Markt hätte versagt. Die Öffnung der Märkte für Wahltarife und Zusatzversicherungen für die gesetzliche Krankenversicherung ist ein solcher, gegen die Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofes verstoßender Fall.

Der Spielraum der privaten Krankenversicherungen ist durch die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre immer wieder eingengt worden. Es ist letztlich eine klare Tendenz zu erkennen, dass verantwortliche politische Kräfte eine nationale Einheits-Krankenversicherung anstreben, wenn auch hierfür fälschlicherweise die Fahne des Wettbewerbs aufgesteckt wird. Mit der Öffnung der Märkte für Wahltarife und Zusatzversicherungen erfolgt ein weiterer, gravierender Schritt in diese Richtung.

Versteht man die gesetzlichen Krankenversicherungen als eine wirtschaftliche Einheit, dann ist dieser Block im Sinne des europäischen und des nationalen Wettbewerbsrechtes ein marktbeherrschendes Unternehmen, dem der Verdrängungswettbewerb von Wettbewerbern untersagt ist. Tritt dieses marktbeherrschende Unternehmen nun in die Märkte für Wahltarife und Zusatzversicherungen ein, ist folgendes absehbar: Während die privaten Anbieter solche Versicherungen wie bisher mehr oder weniger blind am Markt akquirieren müssen, verfügen die gesetzlichen Kassen über das Datenmaterial von 90 Prozent der deutschen Bevölkerung und können die Versicherungsnehmer gezielt bewerben. Benutzt man einen solchen Marktvorsprung, um Mitbewerber – hier: die privaten Versicherungsunternehmen – aus dem Markt zu werfen, so ist das ein Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung und sowohl nach deutschem als auch nach europäischem Wettbewerbsrecht verboten.

Es kann den privaten Versicherungsunternehmen nur angeraten werden, mit dem Instrument des Wettbewerbsrechtes gegen jedes Angebot namentlich von Zusatzversicherungen durch gesetzliche Krankenversicherungen vorzugehen, gleichgültig, ob solche Handlungsweisen von den Aufsichtsbehörden genehmigt worden sind oder nicht.



Prof. Dr. Siegfried Klau

Prof. Dr. Siegfried Klau von der Freien Universität Berlin ist Co-Autor des kürzlich erschienenen Buches „Grenzen der Zulässigkeit von Wahlтарifen und Zusatzversicherungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Impressum

Herausgeber:

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Postfach 51 10 40, 50946 Köln
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln
Telefon: (0221) 99 87 - 0
Telefax: (0221) 99 87 - 39 50
Internet: <http://www.pkv.de>
E-Mail: presse@pkv.de

Verantwortlich: Dr. Volker Leienbach

Redaktion: Stephan Caspary, Jens Wegner

Autoren dieser Ausgabe: Dr. Timm Genett, Anke Glasmacher, Prof. Dr. Siegfried Klau, Jürgen Miebach, Dr. Frank Wild

Fotos: picture-alliance/OKAPIA KG; WDR/Oliver Ziebe
Karikaturen: Dirk Meissner, Köln
Gestaltung: Roman Rossberg, zwoplus

Verlag:

Versicherungswirtschaft GmbH
Klosestr. 20-24, 76137 Karlsruhe
Telefon (0721) 3 50 90

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

Abonnementpreis: Jährlich € 9,00 inkl. Versand u. MwSt.
ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte nach Absprache.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 01.08.2008.