

Prognose zum Beitragssatz in der GKV

Ein neues Prognosemodell des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) geht davon aus, dass der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum Jahr 2050 auf 25 Prozent steigen wird, wenn sich die derzeitige Entwicklung fortsetzt. [> Seite 90](#)

GOZ: Öffnungsklausel ist zulässig

Das Bundesgesundheitsministerium plant, in die Gebührenordnung für Zahnärzte eine Öffnungsklausel einzufügen. Ein Rechtsgutachten von Prof. Dr. Otto Depenheuer zeigt, dass eine solche Öffnungsklausel in jeder Hinsicht rechtlich zulässig ist. [> Seite 92](#)

Debatte über Lobbyistenregister

Nach langjährigen Debatten hat die EU-Kommission jetzt ein Lobbyistenregister eröffnet, das die Beziehungen zwischen professioneller Interessenvertretung und Politik transparenter machen soll. Der Deutsche Bundestag hat das Thema aufgegriffen und diskutiert die Einführung eines Lobbyistenregisters auch in Deutschland. [> Seite 94](#)

PKV-Verband feiert Herbstfest

Zu seinem sechsten Herbstfest begrüßte der PKV-Verband im September rund 250 Vertreter aus Politik und Medien, Versicherungs- und Gesundheitswesen. [> Seite 95](#)

Organspende: Entscheidung fürs Leben

In Deutschland warten dreimal mehr Patienten auf eine lebensrettende Organspende, als jährlich Organe zur Verfügung stehen. Das Thema müsse daher stärker in die Öffentlichkeit getragen werden, meint Dr. Thomas Beck von der Deutschen Stiftung Organtransplantation. [> Seite 96](#)

Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln [> Seite 86](#)
Impressum [> Seite 96](#)



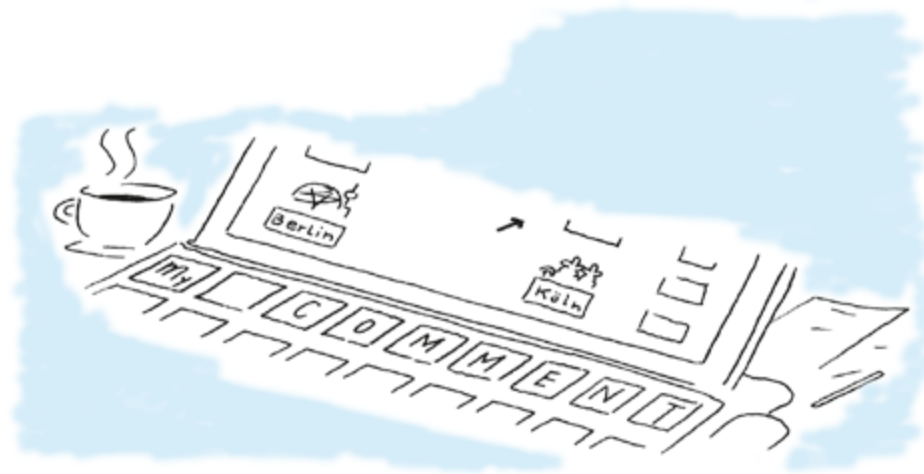
Foto: picture alliance; Montage: zwoplus

PKV-Verband geht verstärkt gegen Ausgründungen von Privatkliniken vor

Der Verband der privaten Krankenversicherung geht zum Schutz der Privatversicherten verstärkt gegen Ausgründungen von Privatkliniken vor. Es wird davon ausgegangen, dass zurzeit rund 90 Privatkliniken, die überwiegend deutlich höhere Entgelte für medizinisch identische Leistungen verlangen, von oder an öffentlichen Krankenhäusern betrieben werden. Der dadurch verursachte Schaden wird sich für die Patienten auf rund 100 Millionen Euro im Jahr 2008 belaufen. Dieser Betrag wird die Schadensaufwendungen in der privaten Krankenversicherung erhöhen und letztlich von allen Versicherten zu tragen sein, ohne dass die Patienten relevante Mehrleistun-

gen erhalten. Vor diesem Hintergrund ist der PKV-Verband inzwischen aktiv geworden. Sämtliche ihm bekannt gewordenen Ausgründungen wurden angeschrieben und zur Auskunftserteilung über die Umstände des Betriebs der ausgegründeten Privatkliniken aufgefordert. Nach Sichtung der Antworten wird der PKV-Verband auf dem Klageweg insoweit gegen Ausgründungen vorgehen, als diese höhere Entgelte als die nach dem Krankenhausentgeltrecht einschlägigen Entgelte mit den Patienten vereinbaren. Die ersten diesbezüglichen Klageverfahren sind bereits eingeleitet worden. Weitere Klageverfahren werden folgen. [> Seite 88](#)

Brief aus Berlin und Köln



Die Bundesregierung hat im Oktober den einheitlichen Beitragssatz für die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) auf 15,5 Prozent festgesetzt. Es spricht jedoch einiges dafür, dass der Finanzbedarf der GKV damit nicht gedeckt werden kann und der festgelegte Beitragssatz lediglich aus politischen Gründen nicht höher ausfallen durfte. Viele Experten gehen daher davon aus, dass die gesetzlichen Krankenkassen schon im kommenden Jahr zusätzlichen Finanzierungsbedarf anmelden werden. Auch das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) prognostiziert in den kommenden Jahren einen steigenden Beitragssatz in der GKV.

Kostentreiber in der GKV

Ursache für den steigenden Finanzierungsbedarf in der GKV sind vor allem das Demografieproblem und der medizinisch-technische Fortschritt. Beides wird mit der Umlagefinanzierung allein nicht mehr zu schultern sein. Die GKV hat nur zwei Möglichkeiten, auf den entstehenden Finanzierungsdruck zu reagieren. Entweder der Beitragssatz wird weiter angehoben, oder es kommt zu weiteren Leistungseinschränkungen, zu Rationierungen. Wobei nicht nur der heutige Leistungskatalog von Rationierungen betroffen sein kann, sondern gerade auch zukünftige Innovationen.

Es ist daher zu erwarten, dass die Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt in der GKV erschwert wird.

Die private Krankenversicherung hingegen ist ein demografiefestes System, in dem Vorsorge für die mit dem Älterwerden steigende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen getroffen wird. Zudem gibt es im Bereich der PKV einen weitgehend ungehinderten Zugang zu Fortschritt und Innovation. Und auch die finanziellen Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts lassen sich partiell mit dem so genannten Zehnprozent-Zuschlag

gegenrechnen, den die Privatversicherten seit dem Jahr 2000 zu ihrer normalen Altersrückstellung zahlen.

Qualitätsstandard Privatmedizin

Die PKV will aber noch weiter gehen und die Qualitätssicherung der privatärztlichen Versorgung vorantreiben. Dazu entwickelt sie einen Qualitätsstandard Privatmedizin. Voraussetzung dafür ist jedoch ein Vertragsinstrumentarium, das es erlaubt, verbindliche Verträge für die Branche abzuschließen.

Ein solches Instrument existiert bisher nur bei der Wahlleistung Unterkunft im Bereich der stationären Versorgung. Hier ist die PKV ausdrücklich autorisiert, Verträge mit Krankenhäusern abzuschließen. Das hat sie in der Vergangenheit bereits mit großem Erfolg getan. Es bestehen heute Vertragsbeziehungen mit rund eintausendfünfhundert Krankenhäusern, die dazu geführt haben, dass die Privatversicherten für dieses Leistungssegment deutlich weniger zahlen als in der Vergangenheit, und das bei gleichzeitig gestiegener Qualität.

Ähnliche Möglichkeiten hat die PKV in anderen Bereichen nicht. Wir haben den



Gesetzgeber viele Male aufgefordert, uns dieses Instrumentarium zur Verfügung zu stellen.

Wir fordern, der PKV in der Gebührenordnungen für Zahnärzte und für Ärzte eine Öffnungsklausel einzuräumen, die es uns gestattet, verbindliche Absprachen mit den Leistungserbringern zu treffen. Das Bundesgesundheitsministerium hat einen Entwurf für eine Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgelegt, der eine entsprechende Klausel beinhaltet. Zurzeit wird darüber abschließend verhandelt.

Letztlich geht es darum, dass der PKV eine Handhabe gegeben wird, gemeinsam mit

der Ärzte- und Zahnärzteschaft auf freiwilliger Basis von den Gebührenordnungen abweichende Regelungen zu vereinbaren. Dabei trifft die Branche größtenteils auf offene Ohren. Bei einigen Standesvertretern muss jedoch noch Überzeugungsarbeit geleistet werden. Allen Ärzten und Zahnärzten sei aber geraten, eher auf diese Öffnungsklausel zu setzen als auf die gestaltende Kraft eines Ministeriums, das das Ziel formuliert, die Honorierungssysteme zwischen GKV und PKV gleichzuschalten.

Es führt kein Weg daran vorbei, dass wir – wo immer dies möglich ist – mit den Leistungserbringern in fairer Partnerschaft

und auf freiwilliger Basis zu verbindlichen Verabredungen über Privatmedizin mit angemessener Qualität und angemessenen Preisen kommen müssen.

Kritiker mögen vor dem Hintergrund eines Qualitätsstandards Privatmedizin wieder das Schreckgespenst der Zweiklassenmedizin an die Wand werfen. Ihnen sei entgegnet, dass es Zweiklassenmedizin nur dort gibt, wo die Besserversorgung der einen zu Lasten der Versorgung anderer oder zur Grundversorgung führt. Dies war bei den Leistungen der privaten Krankenversicherung schon bisher nicht der Fall und wird es auch bei einem Standard Privatmedizin nicht sein. *L*

**Gut für seine
Generation.**

**Und für alle anderen.
Die privaten Krankenversicherungen.**



Ausgründung von Privatkliniken – PKV-Verband geht mit Verbandsklagen gegen Ausgründungen vor

Bereits Anfang des Jahres hatten wir über die fragwürdige Praxis der Ausgründung von Privatkliniken durch öffentliche Krankenhäuser berichtet (siehe PKV Publik 1/2008). In der Folge erlangte das Thema eine stärkere öffentliche Aufmerksamkeit und wurde selbst vom Nachrichtenmagazin DER SPIEGEL und anderen Medien aufgegriffen. Der PKV-Verband geht inzwischen zum Schutz der Privatversicherten verstärkt gegen diese Ausgründungen vor. So wurden bereits die ersten diesbezüglichen Klageverfahren eingeleitet.

Zunächst hat der PKV-Verband eine Bestandsaufnahme durchgeführt. Aktuell wird davon ausgegangen, dass rund 90 Privatkliniken, die überwiegend deutlich höhere Entgelte für medizinisch identische Leistungen verlangen, von oder an öffentlichen Krankenhäusern betrieben werden. Der dadurch verursachte Schaden wird sich für die Patienten auf rund 100 Millionen Euro im Jahr 2008 belaufen. Dieser Betrag wird die Schadensaufwendungen in der Krankenversicherung erhöhen und letztlich von allen Versicherten zu tragen sein, ohne dass die Patienten relevante Mehrleistungen erhalten.

Vor diesem Hintergrund ist der PKV-Verband inzwischen aktiv geworden und hat im September sämtliche ihm bekannt gewordenen Ausgründungen angeschrieben. Mit den Anschreiben wurden die Häuser zur Auskunftserteilung über die Umstände des Betriebs der ausgegründeten Privatkliniken aufgefordert.

Vorschriften schützen die Patienten

Die Vergütung von Krankenhausleistungen ist durch die Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten für die medizinischen Leistungen des Krankenhauses und zu den Unterkunftswahlleistungen – Unterbringung im Einbettzimmer oder Zweibettzimmer mit weiterem Komfort – reglementiert. Die wahlärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) unterliegen

der Abrechnung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Vertragliche Abweichungen von diesen Preisvorschriften sind nicht möglich. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat insoweit in seinem Urteil zu den Zimmerzuschlägen der Krankenhäuser aus dem Jahr 2000 schon einmal ausdrücklich auf den notwendigen Patientenschutz verwiesen und diesen wie folgt begründet:

„Die höhenmäßige Begrenzung von Wahlleistungsentgelten dient dem Schutz des Krankenhauspatienten vor überhöhten Entgeltforderungen des Krankenhauses. Dieser befindet sich bei Abschluss eines Krankenhausvertrages im Allgemeinen in einer schwierigen persönlichen Situation, aufgrund derer es ihm nicht zuzumuten ist, sich bei mehreren Krankenhäusern über die Bedingungen zu informieren, unter denen diese zum Abschluss von Wahlleistungsvereinbarungen bereit sind, oder gar mit diesen eingehende Verhandlungen über den Inhalt einer Wahlleistungsabrede zu führen. Die wenigsten Patienten haben eine echte Wahl; vielfach bleibt nur die Möglichkeit, die angebotenen Wahlleistungen zu den einseitig vom Krankenhaus festgelegten Bedingungen in Anspruch zu nehmen oder darauf zu verzichten.“

Die vom BGH für die Anwendung der Vorschriften über die Angemessenheit von Zimmerzuschlägen formulierten Grundsätze gelten erst recht, wenn es um

die Frage der Abrechnung medizinischer Leistungen und damit um die Kernleistung jeder Krankenhausbehandlung geht. Der Patient hat Anspruch auf die Leistungen der öffentlichen Krankenhäuser zu den insoweit gesetzlich vorgegebenen Entgelten. Eine Verweisung auf die medizinisch identische Behandlung durch eine dafür gegründete und als Vertragspartner auftretende Privatklinik-GmbH – die sich hinsichtlich Leistungen und Entgelten völlig von den Vorgaben des Krankenhausentgeltrechts freigestellt sieht – muss er sich nicht gefallen lassen.

Einschreiten des PKV-Verbandes

Indes kann man – ebenfalls in Ansehung der Lage des behandlungsbedürftigen Patienten – die Klärung der rechtlichen Gegebenheit nicht dem Patienten aufbürden. Daher wird der Verband der privaten Krankenversicherung nach Sichtung der Ergebnisse der erwähnten Anschreibeaktion auf dem Klageweg insoweit gegen Ausgründungen vorgehen, als diese höhere Entgelte als die nach dem Krankenhausentgeltrecht einschlägigen Entgelte mit den Patienten vereinbaren.

Grundlage hierfür können die verschiedenen Verbandsklagerechte sein, wie sie sich etwa aufgrund des Krankenhausentgeltgesetzes – hinsichtlich der Angemessenheit von Zimmerzuschlägen – beziehungsweise aufgrund des Unterlassungsklagegesetzes – hinsichtlich der Unterlassung von

Entgeltvereinbarungen in Abweichung von den zwingenden Entgeltvorgaben des Krankenhausentgeltrechts – ergeben. Die ersten diesbezüglichen Klageverfahren sind bereits eingeleitet worden. Weitere Klageverfahren werden folgen. Darunter befinden sich auch solche, in denen dem PKV-Verband gegenüber zuvor ausdrücklich erklärt worden ist, dass Entgeltdifferenzierungen in den Ausgründungen nicht vorgenommen würden.

Aus einer Reihe von Gerichtsverfahren zur Wahlleistung Unterkunft ist bekannt, dass die Gerichte den Patientenschutz sehr ernst nehmen. Der PKV-Verband ist daher zuversichtlich, dass es auf dem Rechtsweg gelingt, den Gerichten die beabsichtigte Entrechtung der Patienten aufzuzeigen und mit ihrer Hilfe zu verhindern. Dass eigens juristische Personen zum Abkassieren der Patienten gegründet werden, sollte jedem zu denken geben und macht nur noch deutlicher, dass dringender Handlungsbedarf gegeben ist.

Gestaltungsmisbrauch wird eingestanden

Die Entwicklung zu immer mehr Ausgründungen von Privatkliniken aus öffentlichen Krankenhäusern wird maßgeblich getrieben von so genannten Krankenhausberatern, die mitunter offen zugeben, dass es bei diesen Gestaltungen um nichts anderes geht, als darum, die den Patienten schützenden Vorschriften zu umgehen. So ist etwa folgende Aussage eines Beraters in einem Krankenhaus-Management-Kurs zum Sinn und Zweck von Ausgründungen schriftlich niedergelegt: „Es geht darum, Leistungen des Kerngeschäfts auszulagern und auf andere Gesellschaften zu übertragen. Hiermit wird das höchst unkonventionelle Ziel verfolgt, den die wirtschaftliche Situation der Kliniken erheblich beeinträchtigenden gesetzlichen Rahmenbedingungen teilweise zu entgehen.“ Dies spricht für sich und bedarf an sich keiner Kommentierung. Ein Hinweis auf eine ak-

tuelle Bewertung des Bundesverwaltungsgerichts zur Behandlung von Patienten außerhalb des Versorgungsauftrages sei jedoch erlaubt. Das Gericht führt in seinem Urteil vom 20. Dezember 2007 aus, dass derartige „von Rechts wegen nicht tolerierbar“ sei und „kein Entgeltanspruch gegen die Leistungsträger“ begründet werde. Nichts anderes kann auch für Privatpatienten gelten, die von Rechts wegen in gleicher Weise geschützt werden.

Rückbesinnung auf Leistungen notwendig

Die Erlössituation der Krankenhäuser kann auch durch Leistungsverbesserungen innerhalb des gegebenen rechtlichen Rahmens verbessert werden. Seit der Entscheidung des BGH aus dem Jahr 2000 zur Angemessenheit der Zimmerzuschläge steht der PKV-Verband den Krankenhäusern als Partner und Berater auch für beabsichtigte Leistungsverbesserungen zur Verfügung. Gemeinsam konnten in einer hohen Anzahl von Fällen deutliche Verbesserungen der Unterkunftswahlleistungen und auch der insoweit angemessenen Entgelte erreicht werden. Auf diese Weise haben sich vormals weithin unbekannte und hochwer-

tige Wahlleistungsangebote, vergleichbar einem gehobenen Hotelniveau, realisieren lassen. Die hier maßgebliche Gemeinsame Empfehlung enthält 30 Einzeldefinitionen von Komfortleistungen in fünf Leistungsabschnitten, welche die Ausstattung mit Sanitärzonen, die Zimmerausstattung, die Größe und Lage, Zusatz- und Wahlverpflegung sowie diverse Serviceleistungen umfassen. Die Umsetzung dieser Leistungen kann durchaus zu Einbettzimmerzuschlägen von deutlich über 100 Euro pro Tag führen. Auch dies zeigt, dass es zur Erzielung angemessener Erlöse keiner Lösung vom rechtlichen Rahmen des Krankenhausentgeltrechts und der Gemeinsamen Empfehlung bedarf.

Die Krankenhäuser sind eingeladen, beabsichtigte Leistungsverbesserungen im Vorfeld mit dem PKV-Verband zu besprechen. Dabei werden den Krankenhäusern auch die für angemessen gehaltenen Größenordnungen der Entgelte benannt und Planungssicherheit vermittelt. Die Krankenhäuser sind eingeladen, die Probe aufs Exempel zu machen. Gemeinsam werden wir gute Lösungen finden können. *jp*



Ausgründung oder Plankrankenhaus? Den Unterschied macht in vielen Fällen nur die Höhe der Entgelte aus

Beitragssatz der GKV 2050 bei 25 Prozent - Ein neues Prognosemodell des WIP

Kaum ist der Beitragssatz für den Gesundheitsfonds ab 1. Januar 2009 von der Bundesregierung bekannt gegeben worden, kommt die Nachricht von einem Beitragssatzprognose-Modell für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), das vom Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP) für den Zeitraum von 2009 bis 2050 erstellt worden ist. Ein Prognosemodell zur Unzeit? Mitnichten glaubt der PKV-Verband, der das WIP um diese Prognose gebeten hat. Denn das Ergebnis zeigt eine Reihe von neuen Erkenntnissen.

Erstens ist es das erste Prognosemodell überhaupt nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG). Es besteht also erstmalig die Gelegenheit zu prüfen, welchen Erfolg denn das WSG in Wirklichkeit haben dürfte. Das Ergebnis ist eindeutig: Die Beitragssatzprognose ist keineswegs günstiger als dies vor dem WSG der Fall war. Gemessen am Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung ist das WSG bereits aus heutiger Sicht kein Erfolg. Verglichen mit früheren Beitragssatzprognosen erscheint die Zukunft sogar noch problematischer als vor dem WSG. Das WIP prognostiziert bis zum Jahre 2050 einen Beitragssatzanstieg auf rund 25 Beitragssatzpunkte.

Zweitens: Selbst diese keineswegs erfreuliche Prognose gilt nur dann, wenn das Gesundheitswesen wieder zu seinen Kostensteigerungsraten zurückkehrt, die bis 2006 gegolten haben. Seitdem ist die Kostensteigerungsentwicklung aber deutlich ungünstiger geworden. Ob es mit dem WSG gelingen wird, zu alten „Kostendämpfungserfolgen“ zurückzukehren, dürfte zunächst zweifelhaft sein. Die nächste Gesundheitsreform kommt also mit Gewissheit. Auch die private Krankenversicherung wird sich hierauf einzustellen haben. Und sie tut dies auch.

Folgen des demografischen Wandels

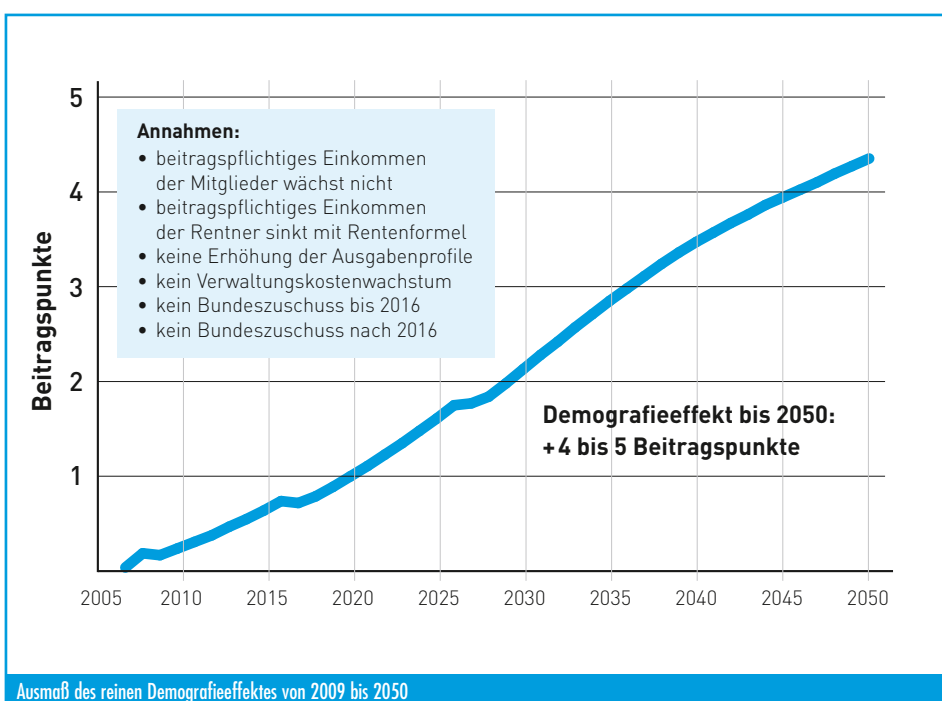
Eine wichtige Hauptdeterminante der Beitragssatzentwicklung bleibt der demografische Wandel. Dieser macht sich in der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl

bei den Ausgaben – durch zunehmende Gesundheitsleistungen im Alter – als auch bei den Einnahmen – durch im Schnitt geringere Beitragszahlungen von Rentnern als von den übrigen Mitgliedern – bemerkbar. Der sich hieraus ergebende reine Demografieeffekt macht bis 2050 rund 4 bis 5 Beitragssatzpunkte aus. Die Ursachen für diesen relativ starken Anstieg sind darin zu finden, dass sich im Laufe der Zeit die Ausgabenprofile in Abhängigkeit des Lebensalters versteilert haben. Die Ausgaben für Ältere sind absolut stärker gestiegen als diejenigen für Jüngere. Damit verstärkt sich der Demografieeffekt auf der Ausgabe-seite mit den Jahren. Zusätzlich wird die Wirkung der Rentenformel durch den

hier enthaltenen Nachhaltigkeitsfaktor berücksichtigt, die für etwa einen zusätzlichen Beitragssatzpunkt verantwortlich ist.

Erhalt des Leistungsumfangs fraglich

Dieser reine Demografieeffekt stellt bereits eine enorme zukünftige Belastung dar. Im Jahr 2006 zahlte ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung im Schnitt einen Jahreskrankenversicherungsbeitrag von 2.818 Euro. Bei einem Beitragssatz, der demografiebedingt 5 Prozentpunkte höher liegt, hätte das durchschnittliche Mitglied (inklusive Arbeitgeberbeitrag) fast 1.000 Euro mehr zu zahlen und dies zu heutigen Konditionen. Mit dieser zukünftigen Belastung wird der demografische



Wandel stärker als je zuvor den Umfang des heutigen Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung in Frage stellen. Auch das bleibt eine weitere Baustelle für die nächste Reform.

Zum Zeitpunkt der Prognoseerstellung stand der Startbeitrag zum Fonds noch nicht fest. Das WIP-Modell geht unter Einrechnung der beschlossenen Zusatzleistungen für Krankenhäuser und Ärzte von einem Startbeitrag von 15,8 Prozent aus. Dies liegt zwar über dem jetzt beschlossenen Startbeitrag, stimmt aber interessanterweise genau mit den Vorstellungen der gesetzlichen Krankenversicherung für einen bedarfsgerechten Startbeitrag überein.

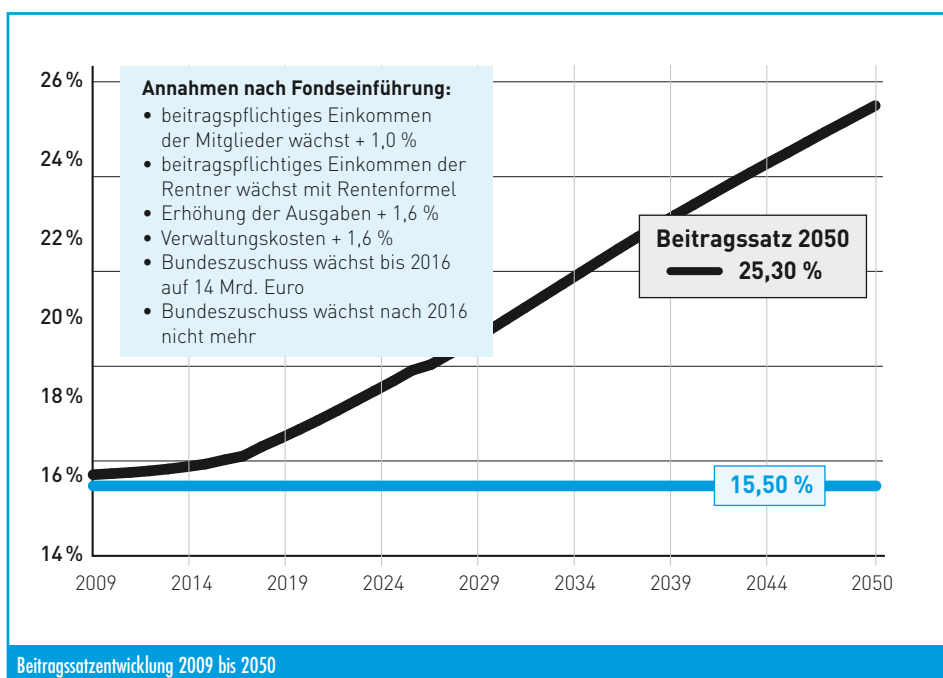
Weitere Beitragssteigerungen erwartet

Das Prognosemodell des WIP erwartet selbst bei einem Startbeitrag von 15,8 Prozent, dass in den nächsten Jahren weitere Beitragssatzsteigerungen unvermeidlich werden. Dies gilt jetzt erst recht, da der tatsächliche Startbeitragssatz bei nur 15,5 Prozent liegt.

Die politische Hoffnung, bis 2010 Ruhe an der Beitragsfront zu haben, dürfte nach der Erwartung des WIP kaum realistisch sein. Kommen dann noch die sinkenden Einnahmen aus dem Konjunkturabschwung hinzu, dann kommt die nächste Reform wohl noch schneller als gedacht.

Es bleibt nicht nur bei einer Prognose

Nun ist es weit verbreitet, Prognosen dann von sich zu weisen, wenn sie einem für die Zukunft nichts Gutes vorhersagen. Die Argumente dafür sind bestens bekannt. So zweifelt man die Prämissen zum Beispiel über die allgemeine Kostenentwicklung an oder weist darauf hin, dass sich bis zum Jahr 2050 so viel geändert haben dürfte, dass die Prognose ohnehin nicht eintritt. Deshalb sei folgende Anmerkung erlaubt: Auch das WIP kann sich derzeit nicht vorstellen,



dass wir im Jahr 2050 den GKV-Versicherten einen Beitrag von 25 Prozent wirklich zumuten werden. Solche Belastungen sind weder für die Beitragszahler noch für die Wirtschaft in Form von Lohnzusatzkosten wirklich verkraftbar.

Eine Prognose sagt deshalb lediglich aus, was geschehen wird, wenn sich die derzeitige Entwicklung fortsetzt. Es ist letztlich eine Entscheidung der Politik, ob sie die Voraussetzungen ändern wird, so dass Abweichungen von der Prognose eintreten werden. Wenn beispielsweise der Leistungskatalog der GKV durch die Politik verschlankt wird, dann ist das ein Weg, eine Abweichung von der Prognose für die Zukunft hinzubekommen. Weitet die Politik umgekehrt den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aus oder sorgt für großzügige Honorare der Leistungserbringer, dann wird der zukünftige Beitragssatz über der vom WIP getätigten Prognose liegen.

Deshalb ist eine Prognose vor allem ein Benchmark für die Politik. Es ist in ihrer Verantwortung dafür Sorge zu tragen, dass die Zukunft besser verläuft als dies

derzeit die Prognose vorhersagt. Aus diesem Grund hat das WIP künftig vor, die Prognose jährlich zu aktualisieren, um zu zeigen, dass es der Gesundheitspolitik gelingt, auf einen besseren Pfad zu kommen, als es die aktuell vorliegende die Prognose voraussagt.

Konkret für die nächsten Jahre lässt die Prognose derzeit folgende Entwicklung erwarten: Der Startbeitrag für den Gesundheitsfonds ist nicht nur außerordentlich knapp gesetzt. Für die Zeit bis 2014, in der weitere Erhöhungen des Steuerzuschusses vorgesehen sind, erwartet das WIP einen Beitragssatzanstieg bereits auf 16,2 Prozent. Selbst das gilt aber wie gesagt nur dann, wenn die künftigen Kostensteigerungsraten wieder auf das Niveau abgesenkt werden, wie es bis 2006 der Fall war. Ob dies die Reformmaßnahmen des WSG erwarten lassen, bleibt aber weiterhin zweifelhaft.

wef/n

Die Studie „Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung“ kann im Internet unter www.wip-pkv.de heruntergeladen oder als Druckversion über das WIP bezogen werden.

GOZ: Einfügung einer Öffnungsklausel ist rechtlich zulässig

Das Bundesgesundheitsministerium plant, in die bestehende Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) eine Öffnungsklausel einzufügen, die es Zahnärzten ermöglichen soll, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen abweichende Vereinbarungen zu treffen. Die Bundeszahnärztekammer hält eine entsprechende Ergänzung der GOZ für verfassungswidrig. Ein Rechtsgutachten des Verfassungsrechtlers Prof. Dr. Otto Depenheuer zeigt jedoch, dass eine Öffnungsklausel in jeder Hinsicht mit dem Grundgesetz vereinbar ist.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist die Abrechnungsgrundlage für die Vergütung zahnärztlicher Leistungen gegenüber Privatpatienten. Sie ist ihrer Rechtsnatur nach eine Rechtsverordnung, die auf Grundlage des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) erlassen wurde. Danach wird die Bundesregierung ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. Durch schriftliche Vereinbarung in Form einer Individualabrede zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigen vor Erbringung der Leistung kann von der Höhe der Vergütung nach Maßgabe des § 2 GOZ abgewichen werden.

Änderung der GOZ noch in diesem Jahr

Das Bundesministerium für Gesundheit hat angekündigt, die GOZ noch in diesem Jahr zu ändern. Bereits im Januar 2008 wurde der Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung vorgelegt (E-GOZ), der unter anderem die Einfügung einer Öffnungsklausel vorsieht (siehe Kasten). Danach könnten Zahnärzte oder Gruppen von Zahnärzten in Verträgen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen Vereinbarungen treffen, die von den Vergütungsregelungen in der GOZ abweichen.

Ein von der Bundeszahnärztekammer in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten von Prof. Dr. Winfried Boecken hält die geplante Ergänzung der GOZ durch die

Öffnungsklausel für verfassungswidrig. Es wird insbesondere argumentiert, dass der in der Änderungsverordnung vorgesehene § 2a durch die Ermächtigung des § 15 ZHG nicht gedeckt sei. Dieser Verfassungsverstoß führe über die durch Art. 12 Abs. 1 GG garantierte Freiheit der zahnärztlichen Berufsausübung sowie über die durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützte Vertragsfreiheit der Patienten auch zu weiteren Grundrechtsverletzungen.

Begründet wird dies mit der Intention des Ermächtigungsgesetzgebers, einen ruinösen Preiswettbewerb um Patienten im Interesse eines funktionierenden Gesundheitswesens und damit des Verbraucherschutzes zu verhindern. Ferner sehe das ZHG eine Mitwirkung der Kostenträger bei der Vereinbarung von Vergütungen für zahnärztliche Leistungen nicht vor. § 15 ZHG decke nur Abweichungsmöglichkeiten zur Wahrung der Privatautonomie der Patienten, nicht jedoch eine Kollektivierung der Preisregulierung durch Beteiligte wie Kos-

träger, die von den Einschränkungen der Vertragsfreiheit und Berufsausübungsfreiheit durch die Gebührenordnung nicht unmittelbar betroffen seien. Zudem stehe die Öffnungsklausel dem Zweck des § 15 ZHG entgegen, im Interesse des zahlungsverpflichteten Patienten die Transparenz privatärztlicher Leistungen zu erhöhen.

Öffnungsklauseln sind mit dem Grundgesetz vereinbar

Ein Rechtsgutachten des Verfassungsrechtlers Prof. Dr. Otto Depenheuer kommt indes zu einem anderen Ergebnis. Demzufolge sind die von Prof. Boecken aufgezeigten Bedenken nicht ansatzweise geeignet, die prinzipielle verfassungsrechtliche Zulässigkeit der erwähnten Öffnungsklausel in Frage zu stellen. Das betreffe sowohl die bezweifelte Vereinbarkeit der Öffnungsklausel mit § 15 ZHG als auch die rechtspolitisch geäußerten Bedenken gegen Öffnungsklauseln allgemein. Die Ergebnisse des Gutachtens von Prof. Depenheuer lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Nach Art. 1 Nr. 2 des Entwurfs einer Änderungsverordnung soll ein neuer § 2a in die GOZ eingefügt werden. Absatz 1 soll lauten:

(1) Zahnärzte oder Gruppen von Zahnärzten können in Verträgen mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften die Vergütung zahnärztlicher Leistungen abweichend von dieser Verordnung festlegen und das Nähere zur Abrechnung der zahnärztlichen Leistung vereinbaren. Die Bundeszahnärztekammer oder zahnärztliche Verbände können mit dem Verband der privaten Krankenversicherung oder Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften Rahmenempfehlungen zu Verträgen nach Satz 1 schließen.

Die Öffnungsklausel des § 2a E-GOZ ist in jeder Hinsicht mit dem Grundgesetz vereinbar. Als freiheitliches Angebot zur freiwilligen Abweichung von einer staatlich festgesetzten Gebührenordnung steht sie der freiheitlichen Werteordnung des Grundgesetzes deutlich näher als ein rigides staatliches Preisrecht. Die vorgesehene Änderung der GOZ wird durch die Ermächtigung des § 15 ZHG gedeckt, die dem Ordnungsgeber einen weiten Gestaltungsspielraum überlässt. Im Einzelnen gilt:

- Zur grundrechtlichen Freiheit der Patienten nach Artikel 2 Abs. 1 GG und der Ärzte auf freie Berufsausübung (Art. 12 GG) gehört grundsätzlich das Recht, das Entgelt für berufliche Leistungen selbst festzusetzen oder es mit allen an den ärztlichen Leistungsbeziehungen Beteiligten frei zu vereinbaren.
- Öffnungsklauseln, die eine staatliche Regulierung des Preisrechts zurücknehmen und den Beteiligten ihre grundrechtlichen Freiheitsräume ganz oder teilweise wieder zurückgeben, sind grundsätzlich näher am freiheitli-

chen Ideal des Grundgesetzes. Sie sind das Gegenteil eines Grundrechtseingriffs, sondern eine Rückgewähr von Freiheit, damit a priori nicht grundrechtlich rechtfertigungsbedürftig und aus diesem Grund prinzipiell verfassungskonform.

- Dem Ordnungsgeber obliegt im Hinblick auf die Grundrechte der Zahnärzte und der Patienten eine Pflicht zur begleitenden Beobachtung der Wirkungen der vorgesehenen Öffnungsklauseln. Wenn diese grundrechtlich bedenklich sein sollten, wofür gegenwärtig nichts spricht, kann er gegebenenfalls zur Nachsteuerung verpflichtet sein. Insoweit obliegt ihm ein weiter legislativer Einschätzungs-, Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum, der verfassungsrechtlich nur in äußersten Grenzen überprüft werden kann.
- Die Ermächtigung der Bundesregierung nach § 15 ZHG, durch Rechtsverordnung die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln, findet ihre Grundlage in Artikel 80 Abs. 1 GG. Der Inhalt der Rechtsverordnung muss demnach nicht

aus dem Ermächtigungsgesetz abgeleitet werden können. Der Exekutive steht von Verfassungs wegen ein Gestaltungsspielraum beim Erlass einer Verordnung zu.

- Die Verordnungsermächtigung des § 15 ZHG begründet für den Adressaten grundsätzlich nur ein Recht zur Verordnungsgebung, das heißt die Möglichkeit, eine Rechtsverordnung im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung zu erlassen: Sie bedeutet ein rechtliches „Dürfen“, nicht aber ein verpflichtendes „Müssen“. Die Entscheidung über den Erlass einer Rechtsverordnung ist in das Ermessen des Ordnungsgebers gestellt.
- Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung nach § 15 ZHG bedeutet die Befugnis des Ordnungsgebers, die Ermächtigung gar nicht, teilweise oder vollständig auszuschöpfen. Mit einer Verordnungsermächtigung gibt der Gesetzgeber nur die maximale Reichweite möglicher Regelungen der Rechtsverordnung vor.
- Die freie Gestaltung des Ordnungsgebers ist kompetenzrechtlich sehr weit gefasst. Sie reicht vom Erlass einer zwingenden Gebührenordnung ohne Abweichungsmöglichkeit über eine Gebührenordnung, die anstelle oder neben einer vorgegebenen Gebührenordnung eine freiheitliche Preisfindung durch individuelle oder kollektive Öffnungsklauseln anregt, bis hin zu einer völligen Freigabe der Vergütung.
- Die Gegenauffassung des Boecken-Gutachtens geht unzutreffend davon aus, dass der Ordnungsgeber eine Gebührensatzung von Gesetzes wegen mit genau dem Inhalt zu erlassen hat, den sie in ihrer gegenwärtigen Fassung gefunden hat. Diese Annahme ist mit dem Gestaltungsermessen des Ordnungsgebers ebensowenig vereinbar wie es der kompetenzrechtlichen Abgrenzungsfunktion des Artikel 80 Abs. 1 GG gerecht wird.



Zahnarztpraxis: Zahnärzte und Kostenträger sollen in Zukunft von der GOZ abweichende Vergütungsvereinbarungen treffen können.

Die Debatte über ein Lobbyistenregister hat begonnen

Nach langjährigen Debatten hat die EU-Kommission jetzt ein Lobbyistenregister eröffnet, das die Beziehungen zwischen professioneller Interessenvertretung und Politik transparenter machen soll. Unternehmen und Verbände, Berater und Anwälte, Nichtregierungs- und alle anderen Organisationen, die auf die Politikgestaltung Einfluss nehmen wollen, sind aufgefordert, sich einzutragen.

Die Registrierung ist freiwillig. Interessenvertreter müssen offenlegen, welche Ziele sie verfolgen und in wessen Auftrag sie handeln. Zum Teil wird auch die Finanzierung der Lobbyisten abgefragt. Außerdem stimmt, wer sich in das Register einträgt, einem Verhaltenskodex (siehe Kasten) zu. Verstöße können mit dem Ausschluss aus dem Register und den damit verbundenen Zugängen zu Informationen und Personen geahndet werden. Für viele Kritiker geht dieser Ansatz, den vorpolitischen Raum zu normieren, nicht weit genug. Sie fordern ein obligatorisches Verzeichnis mit detaillierteren Angaben und deutlicheren Sanktionen im Falle eines Verstoßes gegen den Kodex.

Lobbyistenregister für Deutschland

Der Deutsche Bundestag hat das Thema aufgegriffen und diskutiert die Einführung eines Lobbyistenregisters auch in Deutschland. Allerdings sind noch viele Detailfragen offen. Die Debatte steht hierzulande noch am Anfang. Dass sie geführt wird, ist gleichwohl richtig. Der PKV-Verband unterstützt die Forderung nach mehr Transparenz und Verhaltenskodizes, um das Zustandekommen politischer Entscheidungen nachvollziehbarer zu machen.

Lobbyismus – das Wort hat in Deutschland häufig einen schalen Beigeschmack, als seien da dunkle Mächte am Werk, die vor nichts zurückschrecken, um ihre Interessen durchzusetzen. Die Realität sieht sicher anders aus. Schon Bertolt Brecht wusste: „Selbst der Wollhändler muss, außer billig einkaufen und teuer verkaufen,

auch noch darum besorgt sein, dass der Handel mit Wolle unbehindert vor sich gehen kann.“ Wenn Politik bedeutet, kollektiv verbindliche Entscheidungen zu treffen und dabei den Rahmen einer sich kontinuierlich wandelnden Gesellschaft zu setzen, dann ist Lobbyismus die Beobachtung, Beratung und Beeinflussung genau dieser Rahmensetzung. Anders formuliert: Lobbyismus ist die Fortsetzung der Demokratie nach der Wahl.

Lobbyismus ist keine Einbahnstraße. Die Lobby bietet Bürgernähe, Sachkompetenz und innovatives Denken (Input) und macht Entscheidungen der Politik im gesellschaftlichen Raum transparent (Output). Die Basis ist das gegenseitige Vertrauen, das sich auf erkennbare Interessenlagen und wiederholte Bewährung stützt und durch

persönliche Beziehungen regeneriert. Das ist eine sehr sensible Angelegenheit, beruhend auf Integrität, Ehrlichkeit, Kompetenz und Unabhängigkeit. Die beste Möglichkeit für einen Politiker, sich umfassend über ein Thema zu informieren, ist es, alle beteiligten Lobbyisten zu hören.

Partizipation wird professioneller

Das Problem liegt in der Informalität und Professionalität. Nicht nur die Politik, auch die politische Partizipation wird immer professioneller. Das schafft mehr Effektivität, sorgt aber für Intransparenz von Macht und Einfluss. Bismarck meinte: „Man darf den Menschen zwei Dinge nicht sagen: Erstens, wie werden Würste gemacht, und zweitens, wie werden Gesetze gemacht.“ Demgegenüber hat Kant das Prinzip der Publizität erhoben: „Alle auf das Recht

Die REGELN des Verhaltenskodexes der EU-Kommission

Interessenvertreter haben stets Folgendes zu beachten:

- (1) Sie nennen sich namentlich und geben den Namen der Organisation(en) an, für die sie tätig sind oder die sie vertreten;*
- (2) sie machen über sich selbst keine falschen Angaben im Hinblick auf die Registrierung, um Dritte und/oder EU-Bedienstete zu täuschen;*
- (3) sie geben an, welche Interessen und gegebenenfalls welche Klienten oder Mitglieder sie vertreten;*
- (4) sie stellen sicher, dass die von ihnen bereitgestellten Informationen nach ihrem besten Wissen unverzerrt, vollständig, aktuell und nicht irreführend sind;*
- (5) sie beschaffen sich nicht auf unlautere Weise Informationen oder erwirken auf unlautere Weise Entscheidungen und unternehmen keine diesbezüglichen Versuche;*
- (6) sie verleiten EU-Bedienstete nicht dazu, gegen die für sie geltenden Regeln und Verhaltensnormen zu verstoßen;*
- (7) sie respektieren, falls sie ehemalige EU-Bedienstete beschäftigen, deren Pflicht, die für sie geltenden Regeln einzuhalten und ihrer Geheimhaltungspflicht zu genügen.*

anderer Menschen bezogene Handlungen, deren Maxime sich nicht mit der Publizität verträgt, sind unrecht.“ Das heißt: Wenn Absichten verheimlicht werden müssen, damit sie fruchten können, beinhalten sie Unrecht. Diese klassische Forderung nach Öffentlichkeit und Transparenz hat Kant damit verbunden, dass alle, die Vernunft haben, mitsprechen dürfen müssen.

Doch genau hier liegt ein weiteres Problem. Formal herrscht Demokratie, aber praktisch können nicht alle mitsprechen. Während sozioökonomische „Unterschichten“ kaum mehr in der Lage sind, ihre politischen Interessen autonom zu artikulieren, verfügen Wirtschaftseliten, Gewerkschaften, Nichtregierungsorganisationen über ausgeprägte Möglichkeiten professioneller Partizipation. Mit der Auslagerung politischer Kompetenzen auf Experten, Kommissionen und Lobbyis-

ten geht eine Verlagerung der politischen Verantwortung und Legitimität einher. So kommt es weniger auf die Beteiligung der Bürger (Input), sondern mehr auf die Ergebnisse für die Bürger – Allgemeinwohl, Verteilungsgerechtigkeit – (Output) an. Es ist diese „postdemokratische“ Sorge, die, ob berechtigt oder nicht, die Forderung nach einem Lobbyistenregister motiviert. Ihre Bedingungen sind die Transparenz von Interessen, Personen und Finanzen sowie das moralisch kodifizierte Verhalten im Sinn von Verständlichkeit, Richtigkeit und Wahrhaftigkeit. Dem können wir im Grunde zustimmen.

Verhaltenskodizes für Mandatsträger

Wenn Demokratie etwas Gutes ist, dann ist mehr Demokratie etwas Besseres. Von daher gibt es zwei politische Interessen: erstens an den Ergebnissen der Demokratie (Output) und zweitens an der Partizipa-

tion dessen, was wir kollektiv verbindliche Entscheidungsfindung nennen (Input). Lobbyismus ist professionelle politische Partizipation. Sie stärkt die repräsentative Demokratie zivilgesellschaftlich. Der Verband der privaten Krankenversicherung sieht in der Einführung eines Lobbyistenregisters eine Möglichkeit, um den Forderungen nach mehr Transparenz und moralischen Grundsätzen im politischen Handeln stärker Rechnung zu tragen. Um es konkret zu sagen: Wir halten die Erweiterung der bereits existierenden Verbandsliste des Deutschen Bundestages zum Lobbyistenregister auf der Grundlage des EU-Registers für denkbar. Jedoch sollte sie einhergehen mit entsprechenden Verhaltenskodizes für Mandatsträger und Verwaltungsangestellte. Denn die letzte Verantwortung für eine faire Gestaltung unseres Gemeinwesens liegt ganz wesentlich im politischen Raum selbst. *mpm*

6. PKV-Herbstfest: Zwischen Bundestags- und Büttinnenrede

Zu seinem nunmehr schon sechsten Herbstfest begrüßte der PKV-Verband am 24. September rund 250 Vertreter aus Politik und Medien, Versicherungs- und Gesundheitswesen. Dabei war der gesundheitspolitische Tross gleich von der nachmittäglichen Bundestagsanhörung zum „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ weiter in den Hamburger Bahnhof gezogen.

Der Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte empfing die Gäste mit einem prägnanten Bekenntnis zur PKV als kraftvollem Vorbild und Wachstumsmotor für die Gesundheitsbranche. Für heitere Töne sorgte im Anschluss „de bergische Jung“ Willibert Pauels, eine der bekanntesten Kunstfiguren des Kölner Karnevals. Und siehe da: Auch Nicht-Rheinländern hat es gefallen.



Organspende - Entscheidung fürs Leben

Allein in Deutschland warten derzeit 12.000 Patienten auf eine lebensrettende Organspende. Dem gegenüber stehen jährlich nur etwa 4.000 Organe für eine Transplantation zur Verfügung. Umso dramatischer ist es zu bewerten, dass wir nach dem kontinuierlichen Aufwärtstrend der vergangenen Jahre im ersten Halbjahr 2008 überraschend einen deutlichen Rückgang in der Organspende verzeichnen mussten.

Daher ist es notwendig, dass sich alle am Gesundheitssystem beteiligten Partner und Institutionen stärker für diese Gemeinschaftsaufgabe einsetzen. Vorrangig sieht die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) in einer optimierten Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern einen wesentlichen Schritt, um die Organspende zu fördern. Erhebungen zeigen, dass sich die Zahl der Organspenden steigern ließe, würden die Krankenhäuser konsequenter potenzielle Organspender an die DSO melden. Wichtige Ansatzpunkte sehen wir unter anderem in der Benennung weiterer Transplantationsbeauftragter in Krankenhäusern und der Integration des Organspendeprozesses in das Qualitätsmanagement der Kliniken sowie in die ärztliche Aus- und Fortbildung.

Zudem müssen wir das Thema Organspende noch stärker in die Öffentlichkeit tragen. Jeder sollte sich damit auseinandersetzen, eine Entscheidung treffen und diese vor allem im Familienkreis besprechen. Dazu ist noch viel Aufklärung notwendig. Laut einer aktuellen Umfrage wären zwei Drittel der Bevölkerung prinzipiell zur Organspende bereit, aber nur 16 Prozent besitzen einen Organspendeausweis. Dieses hohe Potenzial an Hilfsbereitschaft gilt es zu aktivieren.

Die DSO rückt dazu die Transplantationserfolge und die neu erlangte Lebensqualität der Patienten in den Vordergrund. Jeder

Organspender kann durchschnittlich drei schwerkranken Patienten die Chance auf ein neues Leben schenken. Die gespendeten Organe bleiben über Jahrzehnte hinweg funktionsfähig, und die Empfänger können ein fast normales Leben führen. Es gibt also genügend gute Gründe, um über das Thema Organspende nachzudenken.

Mit der Leitidee „Das Leben als ein Geschenk zu begreifen und in diesem Sinne weiterzugeben“ hat die DSO im Juni dieses Jahres unter der Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel die bundesweite Informations-Kampagne „Fürs Leben. Für Organspende“ gestartet. Im Herbst werden wir verstärkt an Bahnhöfen mit Großflächen und Infoscreens sowie in ICE-Zügen für Organspende werben. Auf dem Internetportal www.fuers-leben.de sind viele Informationen rund um das Thema erhältlich. Im Mittelpunkt stehen dabei Menschen, die durch eine Organspende ein zweites Leben geschenkt bekommen haben und Menschen, die sich persönlich für Organspende und damit fürs Leben einsetzen.

Sie alle haben eine wichtige Botschaft: Jeder kann mit einem „Ja“ im Organspendeausweis etwas ganz Besonderes und Einzigartiges ermöglichen: Das Geschenk des Lebens weiter zu geben an Menschen, die dringend darauf angewiesen sind.



Dr. Thomas Beck

Dr. Thomas Beck ist kaufmännischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation.

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. Thomas Beck, Dr. Marc-Pierre Möll, Dr. Frank Niehaus, Dr. Joachim Patt, Christian Weber

Fotos: picture-alliance/ dpa; Frank und Marc Darchinger GbR

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Gestaltung: Roman Rossberg, zwoplus

Verlag:

Versicherungswirtschaft GmbH
Klostr. 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 15.12.2008.