

## Organtransplantation

Ein SPD-Bundestagsabgeordneter hat gesetzlich Versicherte indirekt aufgefordert, Organe nur noch für andere GKV-Mitglieder, nicht aber für Privatversicherte zu spenden. Dabei verkennt er die Grundlagen der Organzuteilung. [> Seite 99](#)

## Wahltarife der GKV

Die Kassen wollen das Zusammenwirken ihrer Wahltarife mit der Neuregelung zur Versicherungspflichtgrenze bewusst zu Lasten der PKV auslegen. [>Seite 100](#)

## GKV-WSG belastet Neugeschäft der PKV

Die Eingriffe der jüngsten Gesundheitsreform schlagen sich schon in diesem Jahr in den Geschäftszahlen der PKV nieder. Dies geht aus dem aktuellen Zahlenbericht 2006/2007 hervor. [> Seite 102](#)

## Noch Wissenschaft? Oder schon Politik?

Die Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) über die Bedeutung ausgabenintensiver Fälle im Gesundheitswesen ist vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) zu Unrecht kritisiert worden. [> Seite 104](#)

## Die umsatzstärksten Medikamente

Das WIP hat die umsatzstärksten Arzneimittel in der PKV ermittelt und diese ihrer Bedeutung in der GKV gegenübergestellt. [> Seite 107](#)

## „Vorbild sein für andere“

Auch im Jahr 2008 werden Sana und die PKV Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und sozialen Ausgleich zum Maßstab in den Krankenhäusern erheben, meint Dr. Reinhard Schwarz, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG. [> Seite 108](#)

## Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln [> Seite 98](#) +++  
Impressum [> Seite 108](#)

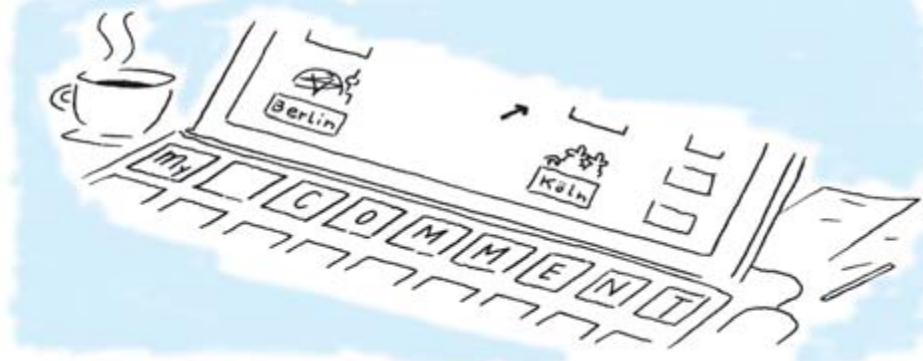


## Welt-Aids-Tag 1. Dezember: Die mit PKV-Mitteln unterstützten Kampagnen erreichen ihr Ziel

Seit 2005 stellen die privaten Krankenversicherungen in Deutschland der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) jährlich 3,4 Millionen Euro für die Aids-Aufklärung zur Verfügung. Dank dieser Unterstützung konnte und kann die BZgA ihr Präventionsprogramm deutlich ausbauen und wieder verstärkt in breitenwirksame Maßnahmen investieren. Die regelmäßigen Evaluationen der Kampagnen zeigen, dass die Ziele der gemeinsamen Präventionsanstrengungen sehr wohl erreicht werden: So hat sich in der Gruppe der 16- bis

20-Jährigen der Anteil derer, die regelmäßig Kondome benutzen, in den vergangenen Jahren von 57 Prozent auf 68 Prozent erhöht. Dabei wird immer wieder deutlich: Wirksame Präventionsarbeit ist ein Spagat, weil die Botschaften von eng umrissenen Zielgruppen ebenso verstanden werden müssen wie von der breiten Bevölkerung. Die verwendeten Slogans sollten die Sprache der Jugend berücksichtigen, dürfen dabei aber die Älteren nicht verprellen. Diese Herausforderung meistert die BZgA immer wieder aufs Neue mit Bravour. [> Seite 106](#)

### Brief aus Berlin und Köln



Die Pläne des Gesundheitsministeriums, einen nationalen Präventionsrat sowie entsprechende Räte auf Länderebene einzurichten und diese aus Mitteln der Sozialversicherungen und der privaten Krankenversicherung (PKV) zu finanzieren, laufen auf eine systematisch falsche Weichenstellung hinaus.

Grundsätzlich teilt die PKV die Auffassung, dass Prävention eine wichtige Aufgabe jedes zukunftsweisenden Gesundheitssystems ist. Dabei hat Prävention viele Facetten: Letztlich ist ihr alles zuzuordnen, was auf Krankheitsvermeidung hinwirken will – wobei dies zunächst in der Verantwortung jedes Einzelnen liegt. Politik kann die Menschen dabei in vielen Lebensbereichen unterstützen: So können neben der Gesundheits- auch die Familien-, Bildungs- und Umweltpolitik ihren Beitrag zur Prävention leisten.

#### Prävention: Aufgabe der Gesellschaft

Weil Prävention mithin eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, muss sie auch gesamtgesellschaftlich, also über Steuern, finanziert werden. Eine Kostendeckung allein durch die (Sozial-) Versicherungsträger griffe zu kurz. Problematisch ist auch die institutionelle Ansiedlung bei diesen Trägern. Denn dadurch würde es dem Staat ermöglicht, sich unter Verweis auf die Aufgabe der Sozialversicherungen nach und nach ganz aus der Finanzierungs- und Organisationsverantwortung zurückzuziehen.

Die Finanzierung allgemein politischer Aufgaben durch die private Krankenversicherung ist zudem schon aufgrund der rechtlichen Gestaltung der PKV nicht möglich. Beim geplanten Präventionsgesetz 2005 war dies der Bundesgesundheitsministerin noch bewusst. So sagte Ulla Schmidt seinerzeit im Bundesrat: „Niemand von uns wird ein Gesetz auf den Weg bringen, das Privatunternehmen verpflichtet, Geld für Prävention auszugeben.“ Vor diesem Hintergrund und bei allem Verständnis für einen Ausbau der Primärprävention in unserer Gesellschaft lehnt die PKV den Aufbau von Primärpräventionsmaßnahmen mit Versichertengeldern ab.

#### Aids-Prävention: Engagement der PKV

Das Engagement der PKV in der Aids-Prävention ist eine Ausnahme. In diesem Bereich besteht nicht nur unbestreitbar Handlungsbedarf, es ist vermutlich auch das erfolgreichste Primärpräventionsprojekt in Deutschland überhaupt. Aufgrund der versicherungsrechtlich unabwiesbaren Einschränkung in der Verwendung von Beitragsgeldern ist der PKV-Einsatz von jährlich 3,5 Mio. Euro ein hoch anzusehendes, aber auch begrenztes Engagement, über das wir in diesem Heft auf Seite 106 nochmals ausführlich informieren.

Durch die Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), einem international anerkannten, erfolgreichen Träger von Präventionsmaßnahmen, kann die PKV einen erfolgreichen Mitteleinsatz gewährleisten – ohne zusätzliche Bürokratiekosten und ohne Aufbau neuer Organisationsstrukturen. Anstatt mit Präventionsräten auf Bundes- und Länderebene eine weitere, aufwendige Bürokratie zu schaffen, sollte die Präventionsgesetzgebung besser auf der in Deutschland bereits bestehenden, hervorragenden Infrastruktur aufsetzen. L



## Organtransplantation: Soll die PKV jetzt für ihre Versicherten kämpfen?

„Organtransplantation: GKV-Kassen sollen für ihre Versicherten kämpfen!“ Diese medienwirksame Forderung erhob jüngst Dr. Wolfgang Wodarg, Arzt für innere Medizin und seit 1994 für die SPD im Bundestag. Auf seiner Homepage forderte er die Kassen auf, „dafür zu sorgen, dass von Kassenpatienten gespendete Organe nicht an besser zahlende Privatpatienten vergeben werden!“ Sollen im Umkehrschluss jetzt auch PKV-Unternehmen für ihre Versicherten um Organe kämpfen?

Laut Auskunft der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), der die Koordination der Organspenden in Deutschland obliegt, haben privat Krankenversicherte einen Anteil von 8,2 Prozent an den Empfängern von Spenderorganen. Allein die 8,5 Mio. privat Vollversicherten machen aber schon 10,3 Prozent der Bevölkerung aus. Bezieht man die rund fünf Mio. gesetzlich Versicherten ein, die eine private Krankenhaus-Zusatzversicherung haben und damit in der Klinik als privatversichert gelten, so erhalten 16 Prozent der Bevölkerung acht Prozent der Spenderorgane. Was ist mit Herrn Dr. Wodarg los?

Ganz zu Recht beklagt der SPD-Parlamentarier, dass Organe ein knappes Gut sind. Diesem Mangel hilft er jedoch nicht durch seine unfundierte Behauptung ab, die Verteilung erfolge in einem Zwei-Klassen-System. So fügt er lediglich zum Sozial- noch den Organneid. Nur vermuten kann man, dass der Aufhänger seiner Kampagne Medienberichte über Organspenden an ausländische (!), selbstzahlen- de (also eben nicht privatversicherte!) Empfänger waren, die das Organ angeblich außerhalb des bestehenden Systems einer geordneten Organzuteilung erhalten haben sollen.

Laut DSO warten in Deutschland derzeit etwa 12.000 Patientinnen und Patienten auf ein Spenderorgan, davon fast 9.000 auf eine Niere. Damit hoffen etwa dreimal so viele Menschen auf eine neue Niere, wie Transplantate vermittelt werden können (siehe Grafik). Diesem Mangel muss abgeholfen werden. Bisher verfügen weniger als 15 Prozent der Bevölkerung über

einen Organspendeausweis, der zum Beispiel unter [www.pkv.de](http://www.pkv.de) heruntergeladen werden kann.

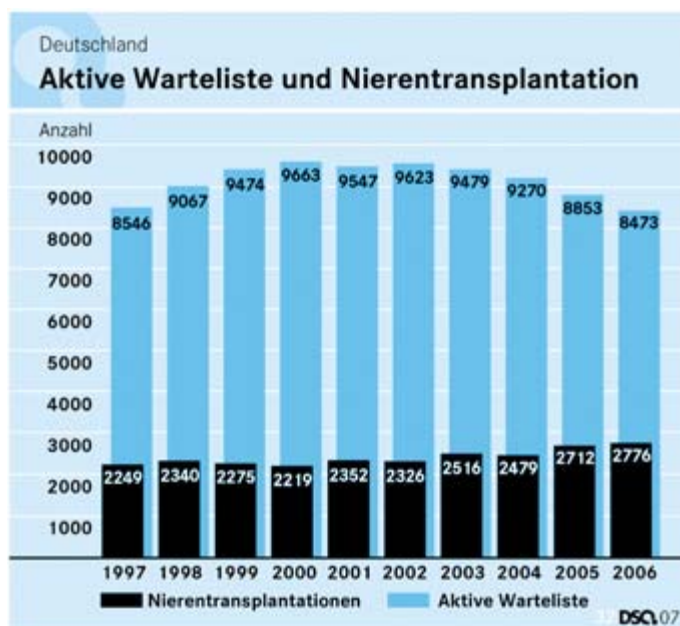
Die Bundesärztekammer hat gemäß gesetzlichem Auftrag (§ 16 Transplantationsgesetz, TPG) verbindliche Richtlinien zur Aufnahme in die Warteliste einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme erlassen. Die Transplantationszentren geben die erforderlichen Daten der Kranken, die auf ein Organ warten, an die „Vermittlungsstelle“ Eurotransplant (ET) in den Niederlanden weiter. Dort werden für jedes Organ gemeinsame Wartelisten der ET-Mitgliedsländer Niederlande, Belgien, Luxemburg, Österreich, Slowenien, Kroatien und Deutschland geführt.

Die Richtlinien nennen Prinzipien: „Aus-schlaggebend für die Aufnahme in die Warteliste ist der voraussichtliche Erfolg einer Transplantation. Kriterien des Erfolgs einer Transplantation sind das Überleben des Empfängers, die längerfristig gesicherte Transplantatfunktion sowie die verbesserte Lebensqualität.“ Nach diesen Kriterien werden die Kranken in die Warteliste aufgenommen.

Die Bundesärztekammer hat gemäß TPG auch Richtlinien für die Organvermittlung

erlassen: „Nach § 12 Abs. 3 TPG erfolgt die Organzuteilung (Allokation) durch die Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten. Dabei sind die Wartelisten der Transplantationszentren als eine einheitliche Warteliste zu behandeln.“ Ausdrücklich ist Chancengleichheit zu gewährleisten: „Patienten, die ohne Transplantation vom Tod unmittelbar bedroht sind, werden der Gruppe der Patienten mit erhöhter Dringlichkeit zugeordnet und bei der Organzuteilung vorrangig berücksichtigt. . . . Die Chancen auf eine Transplantation müssen von Wohnort, sozialem Status, finanzieller Situation und der Meldung bei einem bestimmten Transplantationszentrum unabhängig sein.“

Von diesen Regeln abzuweichen, wäre Willkür. *jf*



## Wahltarife der Krankenkassen: Einschränkung der Versicherungsfreiheit?

Die Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die die Kassen im Zuge der aktuellen Gesundheitsreform anbieten können, waren schon öfter Thema in PKV Publik. Die Entsolidarisierung innerhalb der GKV (Heft 2/07) und die verfassungsrechtlichen Bedenken (Heft 7/07) sind offensichtlich. Hinzuweisen ist aber noch auf einen weiteren Aspekt: Die Kassen wollen das Zusammenwirken ihrer Wahltarife mit der Neuregelung zur Versicherungspflichtgrenze bewusst zu Lasten der PKV auslegen und somit die Wechselmöglichkeiten freiwillig Versicherter einschränken.

Durch die Gesundheitsreform muss ein Arbeitnehmer nunmehr drei Jahre in Folge gesetzlich versichert sein und dabei über der Einkommensgrenze von derzeit fast 48.000 Euro jährlich verdienen, um versicherungsfrei zu werden und in die PKV wechseln zu können. Laut Gesetzesbegründung könne nur so der Solidarausgleich funktionieren: Berufstätige, die zuvor – etwa als Familienversicherte ohne Beitrag – von der GKV profitiert hätten, würden damit einen Solidarbeitrag leisten. Somit länger pflichtversichert als bisher, werden sich die zumeist jungen und gesunden Angestellten mit Höchstbeitrag möglicherweise für einen GKV-Wahltarif entscheiden. Geht es nach den Kassen, würde sich ihre Wartezeit auf Wechsel in die PKV mit diesem Schritt um bis zu weitere drei Jahre verlängern.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen offenkundig darauf, dass sich in der Verwaltungspraxis einspielt, was sie in ihrer gemeinsamen Verlautbarung zum Krankenkassenwahlrecht vom 6. März 2007 verkündet haben: Demzufolge soll ein Arbeitnehmer auch dann an seine Krankenkasse gebunden bleiben, wenn er ansonsten zwar alle Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit erfüllt, aber noch in einem Wahltarif mit Bindungsfrist versichert ist.

Diese Auslegung stützt sich darauf, dass Wahltarife der Krankenkassen, die etwa einen besonderen Selbstbehalt oder eine

Beitragsrückerstattung vorsehen, laut Gesetz nicht beliebig oft oder nach Bedarf gewählt und wieder abgewählt werden dürfen. Damit soll der missbräuchliche Wechsel zwischen Tarifen je nach Erwartung der Inanspruchnahme von Leistungen verhindert werden. Deshalb gilt für diese Tarife eine dreijährige Bindungspflicht, während der eine Kündigung der Kasse ausgeschlossen ist (siehe § 53 Abs. 8 SGB V).



### Verdoppelung der Wartezeit?

Die Spitzenverbände reklamieren diese Kündigungsfrist auch für ansonsten versicherungsfreie Angestellte – mit gravierenden Folgen: So würde ein Versicherter, der in den Jahren 2005 bis 2007 mit seinem Gehalt die Pflichtgrenze überschritten und noch 2007 einen GKV-Wahltarif vereinbart hat, nicht schon 2008 sondern erst 2010 versicherungsfrei. Seine Pflichtversicherungszeit hätte sich um glatte zwei Jah-

re erhöht. Denkbar sind sogar Fälle, in denen drei zusätzliche Wartejahre hinzukämen.

Die Kassen übersehen dabei allerdings, dass Angestellte, die als versicherungsfrei werdend in die PKV wechseln wollen, ihre Mitgliedschaft gar nicht kündigen müssen. Nach § 190 Abs. 3 SGB V reicht vielmehr eine Mitteilung darüber aus, dass die bisherige Pflichtmitgliedschaft nicht als freiwillige Mitgliedschaft fortgeführt wird. Eine Kündigung müssen nur seit längerem freiwillig versicherte Mitglieder aussprechen, wenn sie ihre Kasse verlassen wollen. Wo aber keine Kündigungspflicht gilt, braucht logischerweise auch keine Kündigungsfrist eingehalten zu werden.

Dass die Spitzenverbände die erwähnte Mitteilung nach § 190 Abs. 3 wie eine Kündigung nach § 175 Abs. 4 SGB V behandeln wollen, die durch die Bindungsfrist ausgeschlossen ist, kann nicht überzeugen: Im gesamten SGB V gibt es keine Vorschrift, wonach ein Pflichtmitglied die Krankenkasse kündigen muss, wenn die Versicherungspflicht endet. Das Mitglied wird dann von seinem Arbeitgeber bei der Krankenkasse abgemeldet und braucht selbst weiter nichts zu unternehmen. Die Mitteilung nach § 190 Abs. 3 SGB V ist eine Ausnahme von dieser Regel. Sie wie eine Kündigung zu behandeln, liegt rechtlich fern. Sachgerecht ist die Anwendung der Bindungsfrist auf eine Person, die das GKV-System verlassen will, ohnehin

nicht: Schließlich macht der Wechsel in die PKV ein Vorteilshopping zwischen verschiedenen GKV-Kassen und -Tarifen unmöglich.

## Auch langjährig Freie sind betroffen

Nach Ansicht der Spitzenverbände ist die Bindungsfrist an den GKV-Wahltarif auch für seit längerem freiwillig versicherte GKV-Mitglieder, die in die PKV wechseln wollen, verpflichtend. Für sie gilt normalerweise eine zweimonatige Kündigungsfrist. Diese wollen die Kassen ebenfalls zum Teil um Jahre strecken. Der Ausschluss der Kündigung durch die dreijährige Bindungsfrist, so ihre Argumentation, gelte nicht nur für eine Kündigung innerhalb des Krankenkassensystems, sondern auch für eine Kündigung aus dem System der GKV hinaus.

Beim ersten Lesen des Gesetzes wirkt diese Auffassung nicht einmal allzu abwegig. Der Ausschluss der Kündigung durch die Entscheidung für einen Wahltarif bezieht sich nach dem Wortlaut auf die gesamte Kündigungsvorschrift des § 175 Abs. 4 SGB V, in der in Satz 6 auch die Kündigung aus dem Kassensystem heraus geregelt ist. Aber es widerspräche eindeutig der Versicherungsfreiheit, wenn ein dem Status nach freies Mitglied seine Kasse nicht kündigen könnte und die Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV eben nicht mehr gegeben wäre.

Schon vor der Gesundheitsreform gab es nach § 175 Abs. 4 SGB V eine 18-monatige Bindungsfrist an die Krankenkasse in den „Normaltarifen“. Der Gesetzesbegründung (Drucksache Deutscher Bundestag 14/5957) zufolge sollen damit unvertretbare verwaltungsmäßige Mehrbelastungen der Krankenkassen und der zur Meldung verpflichteten Stellen durch häufige Kas- senwechsel vermieden werden.

## Bewährte Rechtsgedanken

Bei einer Kündigung zum Wechsel von der



GKV zur PKV erklärt Satz 6 des § 175 Abs. 4 SGB V die 18-monatige Bindungsfrist aber für nicht anwendbar. Der Gesetzgeber war der Begründung nach nämlich der Ansicht, dass es nicht sachgerecht sei, ein freiwilliges Mitglied an seiner Wahlentscheidung mit den entsprechenden beitragsrechtlichen Folgen festzuhalten, obwohl es in der privaten Krankenversicherung – etwa auf Grund einer Beihilfeberechtigung – nur eine Restkostenversicherung abzuschließen bräuchte.

Es liegt nahe, diesen deutlichen Rechtsgedanken aufzugreifen und für die Bindungsfrist an einen bestimmten Wahltarif der Krankenkasse nichts anderes gelten zu lassen. Es sind keine Gründe ersichtlich, warum ein freiwilliges Mitglied, das in die PKV wechseln will, an einen GKV-Wahltarif gebunden sein sollte. Wie bereits gesagt, kann das Mitglied seine Wahlmöglichkeiten zwischen Tarifen und Krankenkassen im GKV-System nicht mehr je nach Leistungsbedarf optimieren, weil es sich ja in der PKV versichern wird.

## Wechseloptionen ohnehin zu begrenzt

Es kann auch nicht die Intention des Gesetzgebers gewesen sein, freiwillige Mit-

glieder der GKV durch die Einführung von Wahlтарifen für drei Jahre zu quasi versicherungspflichtigen Mitgliedern zu machen. Dies hätte dann jedenfalls an einer anderen Stelle im Gesetz geregelt werden müssen.

Der Verweis in § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V, der lautet: „Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden“ kann sich daher nur darauf beziehen, dass anstelle der 18-monatigen Bindungsfrist in § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V die dreijährige Mindestbindungsfrist gilt. Damit aber muss für eine Kündigung zum Wechsel in die PKV weiterhin die erwähnte Frist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats gelten.

Festzuhalten bleibt, dass in der Verlautbarung der Spitzenverbände vom 6. März 2007 eine Rechtsmeinung wiedergegeben wird, die keinesfalls zwingend ist, sondern kritisch hinterfragt werden muss. Schließlich hat sie erhebliche Auswirkungen auf die Wechselmöglichkeiten von der GKV zur PKV. Und diese Option hat der Gesetzgeber durch das GKV-WSG ohnehin schon massiv erschwert. *neu*

## Zahlenbericht 2006/2007: Gesundheitsreform belastet Neugeschäft

Die Eingriffe des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes in die PKV schlagen sich schon in diesem Jahr in den Geschäftszahlen der Branche nieder. Dies geht aus dem jüngst vorgelegten PKV-Zahlenbericht 2006/2007 hervor.

Der PKV-Zahlenbericht enthält das endgültige Geschäftsergebnis 2006 der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Für das Jahr 2007 werden die vorliegenden Halbjahresdaten veröffentlicht sowie erste Prognosen für die zweite Jahreshälfte erstellt.

Daraus lässt sich ablesen, dass die jüngste Gesundheitsreform umgehend zu einem Rückgang des Nettoneuzugangs zur PKV-Vollversicherung geführt hat. So konnte sich der Nettoneuzugang 2006 mit insgesamt 116.100 Personen im Verhältnis zum Vorjahr zwar stabilisieren. Dies lag aber vor allem daran, dass es aufgrund der angekündigten dreijährigen Wartefrist für freiwillig gesetzlich versicherte Angestellte in den letzten Monaten des Jahres 2006 einen verstärkten Wechsel in die private Krankenversicherung gab.

Schon im ersten Halbjahr 2007 jedoch brach der Nettoneuzugang mit 37.700 Personen gegenüber dem Vorjahreshalbjahr (46.900 Personen) deutlich ein. Der Rückgang um fast ein Viertel ist im Wesentlichen auf den seit dem 2. Februar 2007 geltenden Stichtag für den letztmöglichen Wechsel in die PKV nach alten Konditionen zurückzuführen.

Insgesamt hatten am 30. Juni 2007 bei den 47 Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes 8,527 Mio. Menschen eine private Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen (zur Versichertenstruktur siehe die Abbildung unten). Die Mehrheit von ihnen legt Wert auf eine besondere Behandlung im Krankenhaus: Ende 2006 hatten 7,206 Mio. Vollversicherte einen Versicherungsschutz mit entsprechenden Wahlleistungen. Das sind rund 85 Prozent aller Versicherten. Eine Krankentagegeld-

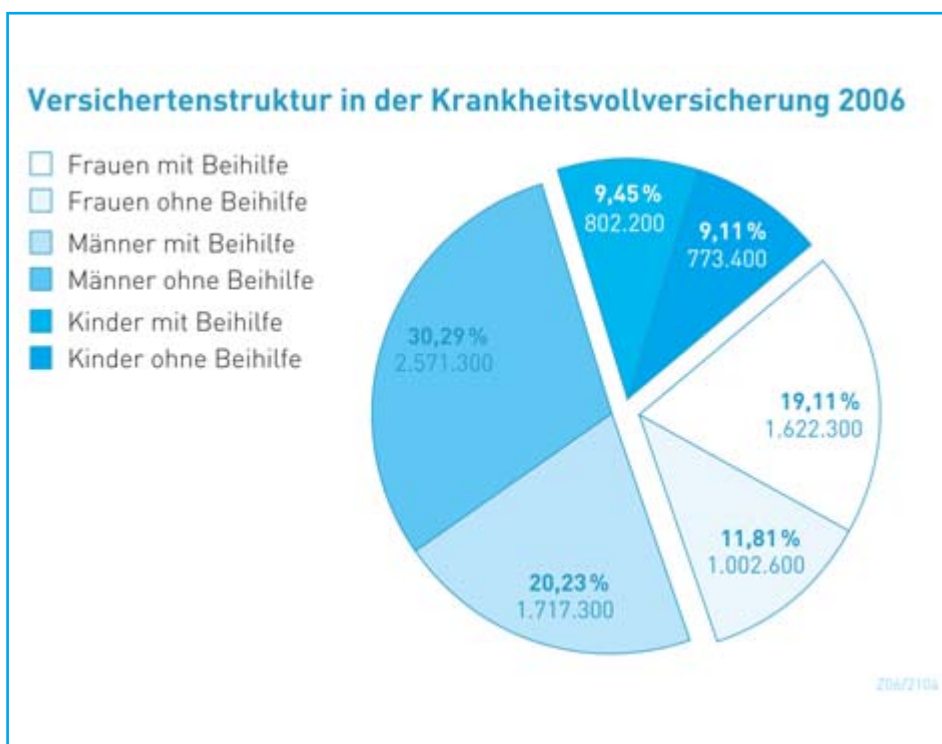
versicherung hatten hingegen nur 2,036 Mio. Personen abgeschlossen. In der privaten Pflegeversicherung waren Mitte dieses Jahres 9,285 Mio. Menschen versichert.

### Private Zusatzversicherungen

Ende 2006 gab es 18,4 Mio. Zusatzversicherungen. Das waren 1,313 Mio. mehr als im Vorjahr. Im 1. Halbjahr 2007 erhöhte sich die Anzahl nochmals um 644.100 auf 19,045 Mio. Dabei ist durchaus möglich, dass eine Person mehrere Zusatzversicherungen abgeschlossen hat. Ebenso können in einem Gruppenversicherungsvertrag auch mehrere Personen mitversichert sein.

Drei Zusatzversicherungsarten werden in der Regel nur von gesetzlich Versicherten abgeschlossen: ambulante Tarife, Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus sowie Zahntarife. Diese Tarifarten werden deshalb unter dem Begriff „Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz“ erfasst. Bis Ende 2006 gab es insgesamt 13 Mio. Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz. Von besonderer Attraktivität sind Zahnzusatzversicherungen: Der Bestand stieg im Jahr 2006 um 20,3 Prozent auf 9,376 Mio. Versicherungen.

Die Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherung sind sowohl für gesetzlich wie auch für privat Versicherte interessant. Am 31. Dezember 2006 hatten 3,337 Mio. Personen eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen. Damit erhöhte sich der Bestand insgesamt um 100.100 Personen (3,1 Prozent). Der Bestand in der Krankenhaustagegeldversicherung ging um 97.900 Personen (- 1,1 Prozent) auf 8,744 Mio. Personen zurück. Die Pflegezusatzversicherung verzeichnete hingegen einen sehr starken



Veränderung der Versicherungsleistungen je Versicherten	Veränderung 2006 gegenüber 2005 in Prozent
<b>ambulante Leistungen</b>	<b>+2,65</b>
davon	
Arztbehandlung	+1,66
Heilpraktikerbehandlung	+8,17
Arzneien und Verbandmittel	+3,19
Heilmittel	+4,54
Hilfsmittel	+4,17
<b>stationäre Leistungen</b>	<b>+2,01</b>
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+1,86
Wahlleistung Chefarzt	+2,99
Wahlleistung Unterkunft	-0,26
Ersatz-Krankentagegeld	-1,25
<b>Zahnleistungen</b>	<b>+1,26</b>
davon	
Zahnbehandlung	+2,49
Zahnersatz	+0,03
Kieferorthopädie	+3,43
<b>Gesamtleistung für Krankheitskosten</b>	<b>+2,19</b>

Zugang von 155.900 (18,7 Prozent) auf 988.800 Personen.

### Beitragseinnahmen

Die Beitragseinnahmen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2006 um 1,135 Mrd. Euro (4,2 Prozent) auf 28,483 Mrd. Euro. Auf die Krankenversicherung entfielen hier 26,612 Mrd. Euro (plus 1,131 Mrd. Euro oder 4,4 Prozent). In der Pflegeversicherung stiegen die Beitragseinnahmen um 3,8 Mio. Euro (0,2 Prozent) auf 1,871 Mrd. Euro.

Der Anteil der Vollversicherung an den Gesamtbeitragseinnahmen lag nahezu unverändert bei 72 Prozent (siehe nebenstehende Grafik). Mit nur 19,3 Prozent hatten die Zusatzversicherungen einen geringen Anteil an den Gesamtbeitragseinnahmen. Betrachtet man hier nur die Zusatzversicherungen, die ausschließlich von ge-

setzlich Versicherten abgeschlossen werden, so lag deren Anteil an den Gesamtbeitragseinnahmen sogar lediglich bei 12,4 Prozent. Die übrigen Beitragseinnahmen verteilten sich auf die Pflegeversicherung (6,6 Prozent) sowie besondere Versicherungsformen (2,1 Prozent).

Bis zum Jahresende 2007 ist mit Beitragseinnahmen in Höhe von 29,2 Mrd. Euro zu rechnen: 27,3 Mrd. Euro in der Krankenversicherung und 1,9 Mrd. Euro in der Pflegeversicherung.

### Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen stiegen 2006 insgesamt um 538,3 Mio. Euro (3,1 Prozent) auf 17,839 Mrd. Euro: in der Krankenversicherung um 524,3 Mio. Euro (3,1 Prozent) auf 17,275 Mrd. Euro, in der Pflegeversicherung um 14 Mio. Euro (2,6 Prozent) auf 563,8 Mio. Euro.

Der Ausgabenanstieg je Versicherten im Jahr 2006 betrug 2,19 Prozent und konnte damit gegenüber dem Vorjahr (3,49 Prozent) gebremst werden (siehe Tabelle links). Der Anstieg im Bereich ambulanter Leistungen war 2006 mit 2,65 Prozent er-

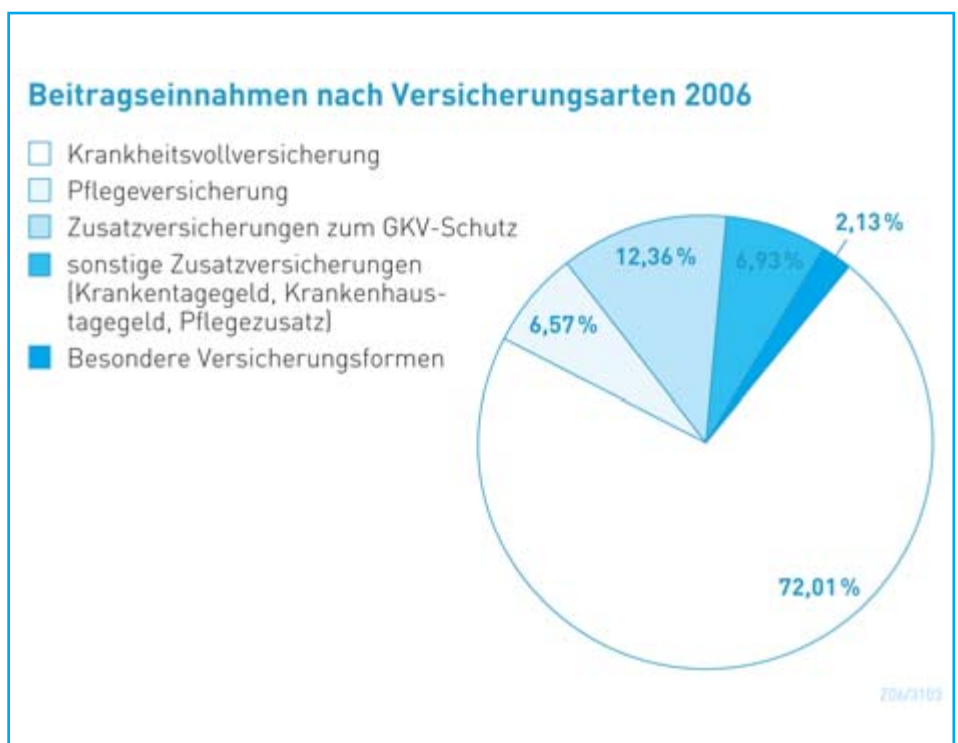
kennbar geringer als 2005 (4,27 Prozent). Auch die stationären Leistungen sind mit 2,01 Prozent je Versicherten wie bereits in den Vorjahren nur moderat gestiegen.

Die Versicherten, die 2006 keine Leistungen in Anspruch genommen hatten, erhielten Beitragsrückerstattungen in Höhe von 965,5 Mio. Euro (2005: 911,8 Mio.). Die Beträge, die zur Abmilderung von Beitragsanpassungen verrechnet wurden, betragen in der Krankenversicherung 1,1 Mrd. Euro.

### Zukunftsvorsorge in der PKV

Den Alterungsrückstellungen wurden insgesamt 10,062 Mrd. Euro zugeführt, davon 1,278 Mrd. Euro in der Pflegeversicherung. Insgesamt verfügte die PKV damit zum 31. Dezember 2006 über Alterungsrückstellungen in Höhe von 113,433 Mrd. Euro: 96,987 Mrd. Euro für die Krankenversicherung und 16,446 Mrd. Euro für die Pflegeversicherung. jw

Den vollständigen „Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2006/2007“ finden Sie im Internet unter [www.pkv.de](http://www.pkv.de).



## WIdO contra WIP: Eine wissenschaftliche oder eine politische Auseinandersetzung?

Die Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) über die Bedeutung ausgabenintensiver Fälle im Gesundheitswesen ist vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) massiv, aber zu Unrecht kritisiert worden.

Zur wissenschaftlichen Diskussion gehört auch der Schlagabtausch – vernünftigerweise im Rahmen eines sachlichen und fundierten Austauschs, der der gemeinsamen Erkenntnisgewinnung dienen sollte. Einen anderen Weg hat jetzt das WIdO eingeschlagen. Hintergrund ist offensichtlich, dass die WIP-Studie, wie die Frankfurter Allgemeine Zeitung in ihrer Ausgabe vom 4. Oktober dieses Jahres schrieb, „ins Mark der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre“ trifft. Der Vorwurf des WIdO lautet nun, dass die PKV nur darauf hinaus wolle, „das Lied von der Alternativlosigkeit der Kapitaldeckung zu singen, weil die angebliche Aussichtslosigkeit in Sachen Versorgungssteuerung Krankenversicherungen auf die Rolle als bloße Anspar- und Bezahlagenturen reduziert“.

Die Wissenschaftlichkeit solcher Aussagen, und nur dazu sollte sich das WIdO berufen fühlen, mag man dahinstellen. Die qualitativen Kernaussagen des WIP jedoch – und das ist das Entscheidende – lässt das WIdO zu Recht unwidersprechen:

- 20 Prozent der ausgabenintensivsten männlichen Versicherten in den Altersklassen zwischen 50 und 59 Jahren haben 64 Prozent der Ausgaben verursacht. Bei den Frauen der vergleichbaren Altersgruppe beträgt die Quote 59 Prozent.
- Diese deutlich unter 80 Prozent liegende Konzentration nimmt mit der Zunahme des Lebensalters kontinuierlich

ab. Bei den über 90-jährigen Männern beträgt die Konzentration rund 55, bei den Frauen 54 Prozent.

- Im Zehnjahresvergleich ist zudem feststellbar, dass die Konzentration heute niedriger liegt als noch Mitte der neunziger Jahre.
- Und im Zeitablauf der Beobachtung ausgabenintensiver Fälle ist festzustellen: Weniger als jeder zweite Versicherte, der einmal ein besonders teurer Fall war, ist dies auch noch im nächsten Jahr. In den Folgejahren sinkt die Quote ausgabenintensiver Fälle weiter.

Diese vier Kernaussagen sollten eigentlich die Diskussion bestimmen. Doch wird vom WIdO auf internationale Studien, so insbesondere aus den USA, verwiesen, die jedenfalls zum Teil zu ähnlichen Ergebnissen kommen. Aber lassen sich Erkenntnisse aus einem immerhin deutlich anders organisierten Gesundheitssystem so einfach auf Deutschland übertragen? Und wenn das so ist, warum ist man – und damit auch das WIdO – dann bisher so zurückhaltend gewesen, diese Erkenntnisse in die politische Diskussion in Deutschland einzuführen?

Wohl hat das WIP – und auch das ist ein Vorwurf des WIdO – nur die über 50-Jährigen untersucht. In der Tat wäre die Konzentrationsquote der Ausgaben höher, wenn wir beispielsweise auch 30-jährige Männer betrachtet hätten. Da diese aber nur selten zum Arzt gehen, würde dann möglicherweise jeder mittlere grippale Infekt bereits als ausgabenintensiver Fall in

### Hintergrund der Auseinandersetzung

*In einer seiner aktuellen Studien hat sich das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) mit der Verteilung der Gesundheitsausgaben auf die Versicherten befasst. Anhand empirischer Daten wurde die in der Gesundheitspolitik populäre Annahme überprüft, wonach eine vergleichbar kleine Gruppe von Versicherten den Großteil der Ressourcen im Gesundheitswesen in Anspruch nimmt. Dabei zeigte sich, dass die Gesundheitsausgaben gerade im Alter gleichmäßiger verteilt sind, als zumindest von den Anhängern der sogenannten 20/80-Prozent-These, derzufolge 20 Prozent der Versicherten 80 Prozent der Ausgaben verursachen, behauptet wird (siehe PKV Publik 7/2007). Das WIdO (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen) hat in der Novemberausgabe des AOK-Magazins gegen diese Erkenntnis polemisiert und dem WIP unter anderem eine unhaltbare Interpretation, falsche Prämissen und taktische Motive vorgeworfen.*



dieser Altersgruppe gewertet werden müssen. Dies ist dann aber keine sehr sinnvolle Erkenntnis. Aber unstrittig gibt es auch in dieser Altersgruppe sehr teure Einzelfälle. Trotzdem gilt: Je höher die durchschnittlichen Ausgaben innerhalb einer Altersgruppe insgesamt sind, desto weniger sind diese Ausgaben ungleich verteilt.

Das WIdO wirft dem WIP vor, dass sich die Studie gegen Versorgungsprogramme ausspricht. Auch das ist so nicht richtig: Chronische und aufwendige Erkrankungen machen ein Gesundheitsmanagement, wenn es um eine Verbesserung der Versorgungsqualität geht, sicherlich erforderlich. Aber sie sollten in Anbetracht der vom WIP dargelegten Bedeutung ausgabenintensiver Fälle nicht als Allheilmittel für die Finanzprobleme des Gesundheitswesens überschätzt werden.

Versorgungsprogramme setzen oft erst zeitlich verzögert ein, nachdem ein Fall ausgabenintensiv geworden ist. Wenn aber schon im zweiten Jahr eine deutlich abnehmende Ausgabenkonzentration festzustellen ist, dann sollte man darüber nach-

denken, was mit Versorgungsprogrammen – jedenfalls unter finanziellen Aspekten – noch erreicht werden kann.

Wenn die Konzentration der Gesundheitsausgaben sowohl im Zeitablauf als auch mit zunehmendem Lebensalter deutlich abnimmt, die Inanspruchnahme von zahlreichen Gesundheitsleistungen im Alter geradezu zur Normalität wird und gleichzeitig der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung stark zunimmt: Dürfen wir dann unsere gesundheitspolitischen Ressourcen primär auf indikationsspezifische Versorgungsprogramme konzentrieren? Oder sollten wir nicht doch stärker die Breitenversorgung und deren Verbesserung in den Mittelpunkt stellen?

So schön es ist, wenn sich das WIdO an der Diskussion der WIP-Studie beteiligt: Ein Anspruch auf Deutungshoheit besteht hier nicht. Oder geht es doch nur um die Verteidigung bekannter Positionen – siehe die Diskussion über die Disease-Management-Programme – und darum, ein möglichst großes Stück aus dem Kuchen des Risikostrukturausgleichs herauszuschneiden? Das freilich hilft der AOK. Mit der

Bewältigung künftiger Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen insgesamt hat es jedoch nichts zu tun.

Und noch etwas: Es gehört zur Redlichkeit, Wissenschaft und Politik sorgfältig zu trennen. Die empirischen Ergebnisse des WIP sind eindeutig. Die daraus abzuleitenden Maßnahmen mögen politisch umstritten sein. Dies ist dann aber eine politische und keine wissenschaftliche Auseinandersetzung. Hier würde das WIP als wissenschaftlich tätiges Institut sich immer interpretative Enthaltensamkeit auferlegen. Das WIP diskutiert mit dem WIdO gerne auf wissenschaftlicher Ebene. Zu einer politischen Auseinandersetzung ist es dagegen nicht bereit.



Christian Weber

Beitrag von Christian Weber, Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP).

# Aids bleibt für immer – wenn wir nur am Welt-Aids-Tag daran denken

Anlässlich des Welt-Aids-Tages am 1. Dezember hat der PKV-Verband auf wiederum vielfältige Weise vor den Ansteckungsgefahren gewarnt. Zugleich informierte er über sein anhaltendes Engagement in der Prävention von HIV und Aids.

Nach wie vor gehört Aids zu den größten gesundheitlichen Bedrohungen unserer Zeit: Aktuell leben in Deutschland etwa 59.000 Menschen mit einer HIV-Infektion oder einer Aids-Erkrankung. Nach Schätzung des Robert Koch-Instituts haben sich im Jahr 2007 etwa 3.000 Menschen neu infiziert, das sind rund fünf Prozent mehr als im Vorjahr. Damit liegt Deutschland im besorgniserregenden Trend weltweit zunehmender Infektionsraten. Doch anstatt mit erhöhter Wachsamkeit begegnet man dem Thema auch hierzulande offenbar mit einem gewissen Überdruß. Gerade Jugendliche neigen aus Unwissenheit oder in dem falschen Glauben an die Wirksamkeit neuer Medikamente zu einem sorglosen Verhalten.

### **Auch unter PKV-Versicherten steigen die Infektionszahlen**

Der Anteil der HIV-Infizierten im Versicherungskreis der PKV ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung relativ hoch. Die Zahl der Neuinfektionen bei privat Versicherten steigt bereits seit dem Jahr 2003 an und erreichte 2006 mit 870 Personen ei-

nen neuen, traurigen Rekord. Auch die Zahl der Aids-Todesfälle unter den privat Krankenversicherten ist – trotz verbesserter Behandlungsmöglichkeiten – im vergangenen Jahr mit 79 Personen erstmals seit 2003 wieder gestiegen.

Vor diesem Hintergrund hat sich die PKV bereits im Jahre 2005 zu einem starken Engagement in der Prävention von HIV und Aids entschlossen. Seitdem stellen die privaten Krankenversicherungen in Deutschland der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) jährlich 3,4 Millionen Euro zur Verfügung. Weitere 100.000 Euro im Jahr erhält die Deutsche Aids-Stiftung für ihre Arbeit.

Die BZgA kann mit Unterstützung der PKV ihre Aids-Aufklärung deutlich ausbauen und wieder verstärkt in breitenwirksame wie auch in zielgruppenorientierte Maßnahmen investieren. Beispiele dafür sind die deutschlandweite Plakatierung der „Mach's mit“-Kampagne sowie die Produktion von Kinospots, mit denen vor allem Jugendliche angesprochen wer-

den. Die Mittel, die das Bundesgesundheitsministerium der BZgA für die Aids-Aufklärung bereitstellt, werden durch die PKV deutlich aufgestockt. Damit ist auch wieder die dringend notwendige, wiewohl sehr kostenintensive Ansprache der breiten Öffentlichkeit möglich.

### **Gemeinsam stark – gemeinsam gegen Aids**

Auch im Jahr 2007 unterstützt die PKV die Gemeinschaftsaktion „Gemeinsam gegen Aids“ der BZgA, der deutschen Aids-Hilfe, der Aids-Stiftung sowie des Bundesgesundheitsministeriums. Im Rahmen dieser bundesweiten Plakat-Kampagne engagieren sich Prominente wie Eisschnellläuferin Anni Friesinger, Schauspielerin Christiane Paul (siehe Foto) und Fußballnationalspieler Philipp Lahm gemeinsam gegen Aids. Diese Kampagne ist im Dezember 2007 in ganz Deutschland auf Plakaten, in Anzeigen, auf Gratispostkarten und als Internet-Banner zu sehen.

### **Eigene Plakataktion der PKV**

Seit 2005 präsentiert die PKV jedes Jahr zum Welt-Aids-Tag ein Aufsehen erregendes Plakat in der Mitte Berlins. Das diesjährige Riesenposter hing in der Straße "Unter den Linden" unweit des Brandenburger Tores. Mit dem Plakatmotiv, das auch auf dem Titel dieses Heftes abgebildet ist, informierte die PKV vier Wochen lang über ihr Engagement in der Aids-Aufklärung und appellierte an Öffentlichkeit und Politik zugleich, nicht nur am Welt-Aids-Tag an diese Krankheit zu denken. Das Motiv wurde außerdem per Postsendung mit beigefügter Aids-Schleife an alle Abgeordneten des Deutschen Bundestages, die Gesundheitsministerien von Bund und Ländern sowie Medienvertreter verschickt.

olb



# Cholesterinsenker Sortis bleibt umsatzstärkstes Medikament in der PKV

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat die umsatzstärksten Medikamente in der PKV ermittelt und deren Bedeutung in der GKV gegenübergestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich für die PKV nur wenige Veränderungen.

Das WIP analysierte mehr als 5,6 Mio. Arzneimittel-Verordnungen des Jahres 2006 von vier PKV-Unternehmen. Da auch die Daten von 2005 vorliegen, konnte die Veränderung zum Vorjahr ermittelt werden. Zum Vergleich wurden die Umsätze für die GKV aus dem Arzneiverordnungsreport verwendet.

### Sortis: In der GKV nicht unter den Top 100

Das umsatzstärkste Medikament in der PKV ist der Cholesterinsenker Sortis von Pfizer. Dieses Medikament mit dem Wirkstoff Atorvastatin gilt auch weltweit als das umsatzstärkste Präparat. Da der Preis von Sortis über dem zugeordneten Festbetragspreis liegt und damit Kassenpatienten Zuzahlungen bis zu 50 Euro pro Medikament leisten müssen, spielt es in der GKV nur eine geringe Rolle (Platz 102).

Auf den Plätzen zwei und drei in der PKV rangieren die Magensäurehemmer Nexium (Wirkstoff: Esomeprazol) und Pantozol (Pantoprazol), die auch in der GKV auf den vorderen Plätzen zu finden sind.

Unter den umsatzstärksten Medikamenten in der PKV sind einige sehr teure Präparate, wie das Leukämiemittel Glivec (Imatinib), die Multiple Sklerose Medikamente Rebif (Interferon beta-1a), Betaferon (Interferon beta-1b) und Copaxone (Glatirameracetat) sowie die Antirheumatika Enbrel (Etanercept) und Humira (Adalimumab).

### GKV: Umstellung auf Nachahmer

Neben Sortis zeigen sich auch für einige andere Medikamente größere Unterschiede in der Verordnungspraxis zwischen PKV und GKV. Dies ist zum Beispiel dann zu beobachten, wenn für ein Medikament

der Patentschutz abgelaufen ist. Während Kassenpatienten dann vielfach auf entsprechende Nachahmerpräparate (Generika) umgestellt werden, verbleiben Privatversicherte in größerem Maße beim Original. Diese verschiedenartige Verordnungspraxis liefert die Erklärung für die unterschiedlichen Platzierungen des Beta-blockers Beloc (Metoprolol) und des ACE-Hemmers Delix (Ramipril) bei PKV und GKV: Beide sind bereits seit einigen Jahren patentfrei.

Das umsatzstärkste nicht-verschreibungspflichtige Medikament ist das Ginkgopräparat Tebonin auf Rang elf, welches als Antidementivum eingestuft ist. Es wird von der GKV nur noch in Ausnahmefällen erstattet und rangiert dort entsprechend nur auf einem hinteren Platz (Rang 847).

Einen Unterschied zwischen PKV und GKV verzeichnet zudem Atacand (Can-

desartan), welches in der PKV auf Platz fünf rangiert, während es bei gesetzlich Versicherten nur Platz 45 erreicht. Atacand ist ein 1997 eingeführtes Medikament, das zur Therapie des Bluthochdrucks und der Herzinsuffizienz zugelassen ist.

### PKV-Verordnungen insgesamt stabil

Gegenüber dem Jahre 2005 nicht mehr unter den ersten 20 zu finden sind das Multiple Sklerose Mittel Avonex (Interferon beta-1a; zurückgefallen von Platz 15 auf 24) der Blutdrucksenker Lorzaar (Losartan; von Platz 17 auf 21) und der Hepatitis A/B Impfstoff Twinrix (von 19 auf 37).

Ansonsten sind in den vorderen Rängen nur wenige Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Den größten Sprung nach vorn, nämlich von Platz 50 auf Platz 15, machte das erst im Jahr 2003 eingeführte Antirheumatikum Humira (Adalimumab). wi

Rang (Vorjahr)	Handelsname	Wirkstoff	Umsatzanteil PKV 2006	Umsatzanteil (Rang) GKV 2006
1 ( 1)	SORTIS	Atorvastatin	2,41%	0,18 % (102)
2 ( 2)	NEXIUM	Esomeprazol	1,54%	0,85 % ( 5)
3 ( 3)	PANTOZOL	Pantoprazol	1,35%	0,96 % ( 1)
4 ( 4)	PLAVIX	Clopidogrel	1,08%	0,89 % ( 4)
5 ( 6)	ATACAND	Candesartan	0,94%	0,34 % (45)
6 ( 5)	GLIVEC	Imatinib	0,83%	0,77 % (10)
7 ( 8)	BELOC	Metoprolol	0,76%	0,34 % (46)
8 ( 7)	ENBREL	Etanercept	0,72%	0,84 % ( 6)
9 (12)	ISCOVER	Clopidogrel	0,69%	0,69 % (12)
10 ( 9)	REBIF	Interferon beta-1a	0,67%	0,83 % ( 7)
11 (13)	TEBONIN	Ginkgo biloba	0,67%	0,02 % (847)
12 (10)	VOLTAREN	Diclofenac	0,67%	0,21 % (80)
13 (11)	VIANI	Salmeterol, Fluticason	0,65%	0,81 % ( 8)
14 (22)	INEGY	Ezetimib, Simvastatin	0,63%	0,50 % (24)
15 (50)	HUMIRA	Adalimumab	0,60%	0,64 % (15)
16 (18)	COPAXONE	Glatirameracetat	0,55%	0,54 % (22)
17 (25)	INFANRIX	Kombinationsimpfstoff	0,54%	keine Angaben
18 (20)	DELIX	Ramipril	0,52%	0,10 % (190)
19 (14)	BETAFERON	Interferon beta-1b	0,51%	0,73 % (11)
20 (17)	SYMBICORT	Budesonid	0,51%	0,79 % ( 9)

## Konsequent privat: Sana und die PKV

Das Jahr 2007 war für Sana ausgesprochen erfolgreich. Durch Akquisitionen in Duisburg, Düsseldorf und Haldensleben wurde die Position im Markt gestärkt; der Umsatz ist stark gestiegen. Mit dem Rechtsformwechsel zur (nicht börsennotierten) AG sowie einer Kapitalerhöhung haben die Gesellschafter, 33 private Krankenversicherungen, ihr Vertrauen in die Sana und ihre Verantwortung für eine hochwertige Krankenversorgung dokumentiert.

Sana hat deshalb allen Grund, zuversichtlich nach vorne zu blicken, wenn auch mit Einschränkungen, denn die Rahmenbedingungen werden immer schwieriger. Die Gesundheitsreform belastet die Branche mit mehreren hundert Millionen Euro. Die bislang präferierte Selbstverwaltung wird weiter ausgehöhlt. Insbesondere die Einführung des Gesundheitsfonds wird zu einer Zentralisierung in der Krankenversicherung führen. Dieser Weg wird nicht ohne Auswirkungen auf die Selbstverwaltung der Kliniken bleiben, womit ein in seinen Strukturen akzeptiertes System seinem Ende nähergebracht wird, ohne die tatsächlichen Ursachen der Krise zu beheben.

Der Druck auf viele Kliniken ist schon jetzt enorm und die Existenz vieler Einrichtungen nicht garantiert. So stellt sich die Frage, wie Investitionen platziert werden können, deren Return on Investment 10, 15 oder 20 Jahre dauert, während zugleich aber der gesetzliche Rahmen nicht kalkulierbaren Veränderungen unterliegt. Das Risiko von Fehlinvestitionen kann nur gemindert werden, wenn den Krankenhausbetreibern Sicherheit vermittelt und Erfolg in Aussicht gestellt wird. Die private Krankenversicherung (PKV) leistet bereits einen wichtigen Beitrag, weil sie zur Finanzierung des Gesundheitswesens einen überproportionalen Anteil beisteuert. Sie ist damit ein wich-

tiger Faktor für die Sicherstellung von Investitionsfähigkeit und Innovationskraft der Krankenhäuser. Im Ergebnis profitieren davon alle, auch und besonders die gesetzlich versicherten Patienten.

Die Sana Kliniken AG muss weiterhin mit der Unsicherheit politischer Rahmenbedingungen rechnen. Unsere Gesellschafterstruktur ist ein wesentlicher Grund, weshalb die Chancen für Sana dennoch überwiegen. Die Kapitalerhöhung zusammen mit dem Rechtsformwechsel ist ein eindrucksvoller Beweis dafür. Mit der Gewissheit, dass die Eigner hinter den Zielen des Unternehmens stehen, kann Sana optimistisch ins neue Jahr gehen. Der Wachstumskurs wird fortgesetzt, sicher vor allem mit größeren Häusern.

Unser Leitsatz aus dem Gründungsjahr der Sana „Vorbild sein für andere und zeigen, dass medizinische und pflegerische Höchstleistungen mit Wirtschaftlichkeit vereinbar sind“ wird auch 2008 gelten, es könnte sogar das Leitmotiv für die gesamte Branche sein. Die Sana und die PKV werden auch 2008 zeigen, wie Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit, Nachhaltigkeit und sozialer Ausgleich als gleichrangige Ziele in den Krankenhäusern Richtschnur und Maßstab sind.



Dr. Reinhard Schwarz

Dr. Reinhard Schwarz ist Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG, die bundesweit Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen betreibt.

### Impressum

#### Herausgeber:

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.  
Postfach 51 10 40, 50946 Köln  
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln  
Telefon: (0221) 376 62-0  
Telefax: (0221) 376 62-10  
Internet: <http://www.pkv.de>  
E-Mail: [presse@pkv.de](mailto:presse@pkv.de)

Verantwortlich: Dr. Volker Leienbach

Redaktion: Stephan Caspary

Produktion: Karin Held

Autoren dieser Ausgabe: Oliver Bauer, Prof. Jürgen Fritze, René Neumann, Dr. Reinhard Schwarz, Christian Weber, Jens Wegner, Dr. Frank Wild

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

#### 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 und Mehrwertsteuer  
ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte nach Absprache.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 01.02.2008.