



Stellungnahme

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Landesvertretung Niedersachsen,

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung
der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Kranken-
versicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)

Hannover, 24. Juni 2011

Inhalt

Einleitung	3
Ärztliche Bedarfsplanung.....	3
Spezialärztliche Versorgung.....	4
Abbau von Überversorgung.....	5
Strukturfonds.....	6
Beanstandungsrechte der Länder.....	7
Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.....	7
Ärztliche Vergütung.....	8
Honorarverteilung.....	9
Richtgrößenprüfungen.....	9
Ambulante Kodierrichtlinien.....	10
Zahnärztliche Vergütung.....	10
Ausgleichsverfahren für Arbeitgebereaufwendungen.....	11

Einleitung

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VSG – verfolgt die Politik grundsätzlich das richtige Ziel, die ärztliche Versorgung flexibler zu gestalten und stärker als bisher am Bedarf der Versicherten auszurichten. Die vorgeschlagenen Maßnahmen würden aber dazu führen, dass sich die regionale Ungleichverteilung des ärztlichen Angebots weiter verschärft und zudem die Ausgaben für die Versorgung zum Teil ohne erkennbaren Mehrwert für die Versicherten weiter steigen. Das Bemühen um Wirtschaftlichkeit in der Versorgung wird deutlich erschwert.

Das Interesse der Länder an weitergehenden Mitwirkungsrechten bei der Gestaltung der Versorgung ist auch aus unserer Sicht nachvollziehbar, die beabsichtigten Regelungen sind aber zum Teil systematisch fragwürdig und widersprechen Prinzipien der Selbstverwaltung und Staatsferne im Gesundheitswesen.

Ärztliche Bedarfsplanung

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte ist in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten landes- und bundesweit stark gestiegen und hat einen historischen Höchststand erreicht. Dabei hat die bisherige Bedarfsplanung allerdings nicht verhindern können, dass sich das ärztliche Angebot ungleich verteilt, sowohl regional als auch arztgruppenbezogen. Vor allem im fachärztlichen Bereich herrscht ein deutliches Überangebot; nahezu 90 Prozent aller fachärztlichen Planungsbereiche sind überversorgt. Parallel dazu fehlen perspektivisch Hausärzte in ländlichen Kreisen geringer Dichte und in strukturschwachen Regionen abseits der Ballungsgebiete.

Nach dem Gesetzentwurf soll deshalb auch die Bedarfsplanung reformiert werden, die sich bei der Feststellung des Versorgungsbedarfs bisher weitgehend an der Einwohnerzahl von Städten und Landkreise orientiert. Künftig soll die Bedarfsplanung flexibilisiert werden, indem der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zusätzlichen örtlichen oder fachgruppenbezogenen Versorgungsbedarf feststellen kann. Dies würde in der jetzigen Form dazu führen, dass sich die Angebotskapazitäten trotz bestehender Überversorgung durch einen „Wettlauf der Regionen“ insgesamt erhöhen würden, ohne dass regionale Ungleichgewichte beseitigt würden.

- ⇒ Die Ermittlung regionaler Besonderheiten bei der Bedarfsplanung bedarf einer klaren Rahmensetzung durch den G-BA, damit in den Ländern nach vergleichbaren Grundsätzen und Kriterien vorgegangen wird.

Bei der Fortschreibung der Bedarfspläne soll zudem künftig die Demografie und Morbiditätsentwicklung eine größere Rolle spielen. Die bisherige Erfahrung mit dem Einsatz eines Demografiefaktors hat gezeigt, dass dieser beim Bemühen um ein regional ausgewogenes Versorgungsangebot kontraproduktiv ist: Er führt dazu, dass der definierte Versorgungsbedarf landesweit wasserstandsartig steigt, so dass auch bereits gut versorgte Gebiete wieder für Neuansiedlungen von Ärzten geöffnet werden. Niederlassungswillige Ärzte werden tendenziell in diese Regionen gehen; in echten Problemregionen wird es damit noch schwieriger, Ärzte zu finden. In diesen Gegenden haben schon bisher Niederlassungsmöglichkeiten bestanden, hier leistet der Demografiefaktor also keinen Beitrag zu einer Verbesserung.

- ⇒ Ein Demografiefaktor zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs und Steuerung des Angebots macht nur Sinn, wenn das Verfahren transparent und messbar ist. Zumindest sollte sichergestellt werden, dass sich die Zahl der zu besetzenden Arztsitze insgesamt nicht gegenüber dem Stand vor Anwendung des Demografiefaktors erhöht. Ohne diese Bedingungen sollte auf einen Demografiefaktor bei der Bedarfsplanung verzichtet werden. Das gilt ebenfalls für die Berücksichtigung der Morbidität, die letztlich nur das angebotsbedingte Leistungsgeschehen abbildet.

Spezialärztliche Versorgung

Künftig soll in der Bedarfsplanung nicht nur nach hausärztlicher und fachärztlicher, sondern auch nach spezialärztlicher Versorgung unterschieden werden, für die die Bedarfsplanung faktisch ausgesetzt wird. Bei der spezialärztlichen Versorgung sollen über einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen gleiche Markt- und Vergütungsbedingungen für Ärzte und Krankenhäuser in einem hochspezialisierten Segment geschaffen werden. So sinnvoll eine Überwindung von Sektorengrenzen bei der Versorgung ist, so wichtig ist aber auch in diesem Bereich eine Mengen- und Ausgabensteuerung. Hier sieht der Entwurf außer einem qualitätsgebundenen Zugang jedoch nichts vor. Die Zulassung basiert zudem auf einer schlichten Anzeige bei den Landesaufsichten. Wenn diese in der kurzen Zwei-Monatsfrist nicht entscheiden (können), gilt ein Leistungserbrin-

ger als zugelassen, auch wenn ggf. die Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt sind.

In der jetzigen Ausgestaltung besteht somit die Gefahr eines weitgehend unkontrollierten Zugangs zu diesem neuen Markt. Dies birgt nicht nur erhebliche Finanzierungsrisiken, sondern auch Gefahren für bestehende Angebotsstrukturen, weil fehlende Regulierungen eine Sogwirkung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser entfalten dürften, in diesem Bereich tätig zu werden. Dies ginge tendenziell zu Lasten der Basisversorgung und auch zu Lasten der schlechter versorgten Regionen.

- ⇒ Die neue spezialärztliche Versorgung bedarf verbindlicherer Zugangskriterien sowie einer Mengen- und Ausgabensteuerung. Ansonsten besteht die Gefahr einer Schwächung der Basisversorgung und unangemessener Ausgabensteigerungen für die Krankenkassen.

Abbau von Überversorgung

Die Zementierung der Überversorgung insbesondere in Ballungsräumen ist das zentrale Hindernis auf dem Weg zu einer bedarfsgerechteren Verteilung der Arztsitze zugunsten strukturschwacher Regionen. Um die gewünschte regionale Ausgewogenheit bei der Versorgung zu erreichen, sind Anreize notwendig, indem Geld aus Überversorgungsgebieten in Gebiete mit Unterversorgung fließt, etwa durch Honorarabschläge in überversorgten Regionen. Auf ein finanzielles Anreizsystem zur Steuerung des ärztlichen Angebots wird im vorliegenden Gesetzentwurf jedoch verzichtet.

Stattdessen werden sogar Maßnahmen ergriffen, die die Attraktivität überversorgter Regionen für Ärzte weiter erhöhen: befristete Zulassungen werden gerade hier nicht ermöglicht, die neue Umwandlungsmöglichkeit vom Angestelltenstatus in eine Zulassung erhöht nur in den für Neuzulassungen gesperrten Gebieten die Flexibilität und die Ausweitung der Nebentätigkeitserlaubnis über 13 Wochenstunden hinaus macht die Tätigkeit in Großstädten mit ihren vielschichtigeren beruflichen Möglichkeiten attraktiver. Der zum Abbau von Überversorgung vorgesehene Aufkauf von Arztpraxen ist heute schon möglich, wird aus nahe liegenden Gründen aber kaum praktiziert; der Gesetzentwurf ändert hieran nichts. Auch die Möglichkeit der Befristung von Arztsitzen in regelversorgten Gebieten greift zu kurz, da sie im Ergebnis z.B. hinsichtlich der Tätigkeitsdauer zu unbestimmt und nicht an weitere Bedingungen geknüpft ist.

Ebenso hat der Hinweis, bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis stärker Versorgungsgesichtspunkte zu berücksichtigen, kaum praktische Relevanz. Es erscheint unwahrscheinlich, dass diese vorsichtigen gesetzgeberischen Aktivitäten eine nennenswerte Wirkung beim Abbau der Überversorgung haben werden.

- ⇒ Wirksame Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung fehlen in dem Gesetzentwurf. Notwendig wäre mindestens ein finanzielles Anreizsystem, das auch Honorarabschläge in überversorgten Gebieten beinhaltet.

Strukturfonds

Geplant ist auch die Einrichtung eines Strukturfonds zur Förderung des Angebots in nicht ausreichend versorgten Gebieten, der sich aus 0,1 Prozent der Gesamtvergütung und zusätzlich 0,1 Prozent Kassenmitteln speist. Die Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassung oder Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden. Die Ersatzkassen lehnen es ab, nach den deutlichen Honorarzuwächsen der Vergangenheit – allein in Niedersachsen betrug die Steigerung zwischen 2007 und 2009 rund 570 Millionen Euro oder gut 22 Prozent – einen Strukturfonds nochmals mit zusätzlichen finanziellen Mitteln auszustatten. Hinzu kommt, da für einige der genannten Verwendungszwecke bereits Gelder durch die Kassen zur Verfügung gestellt werden. Andere Zwecke, wie die Finanzierung von Stipendien, fallen nicht in das Aufgabengebiet der Krankenkassen.

Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, dass die Einrichtung des Strukturfonds und die Mittelverwendung ausschließlich in die Entscheidungskompetenz der KVen gelegt wird, obwohl sich die Kassen an der Finanzierung mit zusätzlichen Mitteln beteiligen sollen.

- ⇒ Die Kassen stellen ausreichend Finanzmittel für die Versorgung zur Verfügung. Es ist abzulehnen, dass ein Verteilungsproblem mit zusätzlichen Geldern der Beitragszahler gelöst werden soll. Sollte dies dennoch entschieden werden, ist ein Mitwirkungsrecht der Kassen bei der Verwendung der Mittel zwingend erforderlich.

Beanstandungsrechte der Länder

Mit dem GKV-VSG bekommen die Länder deutlich mehr Transparenz und Mitwirkungsmöglichkeiten im Rahmen der Versorgungsgestaltung. Der diesen Regelungen zugrunde liegende Wunsch ist nachvollziehbar.

Auf Bundesebene werden die Länder künftig mit zwei Vertretern im G-BA an den Beschlüssen zur Bedarfsplanung mitwirken.

In den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen haben die Länder ein Mitberatungs- und ein Vorschlagsrecht. Gleichzeitig können sie aber auch die Beschlüsse des Landesausschusses beanstanden und haben das Recht zur Ersatzvornahme. Dies bewirkt eine Vermischung von aktiver Mitgestaltung und aufsichtsrechtlicher Funktion. Diese Bündelung entspricht nicht rechtsstaatlicher Praxis. Problematisch erscheint zudem, dass die Länder weitgehende Rechte erhalten, ohne entsprechende Pflichten übernehmen zu müssen. So werden sie in die Lage versetzt, auf Landesebene die ärztliche Versorgung in ihrem Sinne mit zu gestalten, ohne die Kosten dafür übernehmen zu müssen.

Kritisch zu sehen ist auch das neue Beanstandungsrecht der Aufsichtsbehörden bei den Selektivverträgen nach §§ 73c und 140a SGB V. Die aus der vorgesehenen Benehmensregelung resultierende Pflicht zur Vorlage von bundesweiten Verträgen bei den Bundesländern stellt einen Eingriff in den Wettbewerb dar und führt zu einer Benachteiligung der Kassen, die bereits der BVA-Aufsicht unterliegen.

- ⇒ Die neuen Mitwirkungsrechte der Länder im G-BA und in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen entsprechen dem nachvollziehbaren Wunsch der Länder, mehr Transparenz über das Versorgungsgeschehen zu bekommen und eigene Positionen einzubringen. Zusätzliche Beanstandungsrechte bedeuten aber eine problematische Vermischung mit Aufsichtsrechten und einen Eingriff in das Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Die neuen Beanstandungsrechte sind deshalb zu streichen.

Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Im Zuge der Neufassung des § 90 SGB V (Landesausschüsse) muss auch das in Abs. 1 festgelegte Verhältnis der Krankenkassenvertreter korrigiert werden. Es ist nicht mehr angemessen, dass die AOKen weiterhin einen Sitz mehr in den

Landesausschüssen besetzen als die Ersatzkassen, die sich zwischenzeitlich bundesweit und in vielen Bundesländern wie auch Niedersachsen zur stärksten Kassenart entwickelt haben.

⇒ Ersatzkassen und AOK entsenden die gleiche Anzahl von Vertretern in die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V.

Ärztliche Vergütung

Die Bundesregierung nutzt das GKV-VSG, um das Honorargeschehen entsprechend den derzeitigen Wünschen der Ärzteschaft nun wieder weitgehend zu regionalisieren.

Das Kriterium der regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur wird der regionalen Verhandlungsebene zugeordnet, obwohl das Institut des Bewertungsausschusses und die Selbstverwaltung einvernehmlich festgestellt hatten, dass eine Ausfüllung durch objektivierbare Messgrößen unmöglich ist und nennenswerte Unterschiede zwischen Bundesländern kaum bestehen. Darüber hinaus ist gleichzeitig die Abschaffung der Kodierrichtlinien vorgesehen, wodurch das bisherige Ziel der Messbarmachung objektivierbarer Morbiditätsveränderungen verhindert wird; dieses Vergütungskriterium bleibt damit interessengeleitet auslegbar. Außerdem haben auch weitere Festlegungen der Bundesebene nur noch Empfehlungscharakter. Dass die Kriterien weniger als bisher objektivierbar sind und eher zugunsten der Ärzteschaft auslegbar sind, wird – gepaart mit der jahrezeitlichen Datenhoheit der KVen und der neuen alleinverantwortlichen Mengensteuerungshoheit durch Honorarverteilung – zu einem vom Gesetzgeber angelegten strukturellen Vorteil der Ärzteschaft und somit zu künftig höheren Ausgabensteigerungen führen.

⇒ Die Regionalisierung der ärztlichen Vergütung führt tendenziell zu Ausgabensteigerungen ohne Mehrwert für die Versicherten. Es sollte daher auf sie verzichtet werden.

In strukturschwachen Gebieten sollen keine Abstufungen von den Leistungen mehr vorgenommen werden. Auf der anderen Seite erhalten die Vertragspartner die Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen oder Leistungserbringer zu vereinbaren. Diese potenzielle Add-On-Vergütung führt ebenfalls unweigerlich zu Mehrausgaben der Kassen. Sie ge-

hen auch am bisher propagierten versorgungspolitischen Ziel der Niederlassungssteuerung zugunsten schlechter versorgter Gebiete vorbei bzw. können dieses sogar konterkarieren, da sie sich auf bestimmte Leistungsarten bzw. Ärztegruppen beziehen sollen.

Ausgabensteigernd wirkt auch die vollständige Aufhebung der erst zum 01.01.2011 kurzfristig eingeführten Ausgabenbegrenzungen für extrabudgetäre Leistungen.

- ⇒ Die weiteren Regelungen zur ärztlichen Vergütung führen zu Mehrausgaben, die angesichts der deutlichen Honorarzuwächse der vergangenen Jahre nicht akzeptabel sind. Die Regelungen sind zu streichen.

Honorarverteilung

Die Honorarverteilung, die bislang zwischen Krankenkassenverbänden und KVen zu vereinbaren war, wird in die Hände der KVen gelegt. Einseitig von Ärzteseite festgelegte Honorarverteilungsregelungen dürften sich in erster Linie aber an den Interessen der Ärzte und kaum an Versorgungsgesichtspunkten orientieren. Erschwerend kommt hinzu, dass auch die Berichtspflichten der KVen bzw. des Instituts des Bewertungsausschusses zurückgefahren werden. Die damit steigende Intransparenz wird bewirken, dass zunehmend weniger beurteilbar wird, wie die zur Vergütung der ärztlichen Leistungen bereitgestellten Mittel verwendet werden.

- ⇒ Die Krankenkassen haben als Kostenträger ein berechtigtes Interesse an einer Honorarverteilung, die sich an Versorgungsgesichtspunkten orientiert. Statt der geplanten Benehmensregelung ist weiterhin das Einvernehmen mit den Krankenkassen für die Honorarverteilung durch die KVen notwendig.

Richtgrößenprüfungen

Durch die Neuregelungen zur Richtgrößenprüfung wird deren ausgabensteuernde Funktion weiter geschwächt. Während daraus unwirtschaftliche Mehrausgaben resultieren, steigt der bürokratische Aufwand weiter. So ist der vorherige Pauschalabzug von Verordnungskosten bestimmter Krankheitsbilder als Praxisbesonderheiten, wodurch diese der Kontrollfunktion der Wirtschaftlichkeitsprüfung vollständig entzogen werden, nicht gerechtfertigt. Für bestimmte ge-

nehmungspflichtige Heilmittel, die künftig generell einer Vorabgenehmigung und Befreiung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen, gilt dies ebenso, wobei das Genehmigungsverfahren auch neuen bürokratischen Aufwand für Versicherte, Ärzte und Krankenkassen bedeutet. Die Abschaffung der Regressandrohung für noch nicht beratene Vertragsärzte führt dazu, dass selbst bei sehr unwirtschaftlicher Verordnungsweise de facto für einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren auf die mäßigende Wirkung dieses Instruments verzichtet wird.

- ⇒ Durch die Neuregelungen zur Richtgrößenprüfungen wird deren Funktion zur Sicherung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise deutlich geschwächt. Auf die Änderungen sollte deshalb verzichtet werden.

Ambulante Kodierrichtlinien

Als problematisch sehen die Ersatzkassen den geplanten Verzicht auf die ambulanten Kodierrichtlinien an, sowohl im Hinblick auf morbiditätsadjustierte Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds als auch mit Blick auf das morbiditätsadjustierte Honorarsystem für Ärzte. Mit den ambulanten Kodierrichtlinien sollte das Kodieren vereinheitlicht und vereinfacht werden. Eine einheitliche und verbindliche Kodierung in allen Regionen und durch alle Ärzte ist die Voraussetzung, um Diagnosen für die Berechnung von Morbiditätsstrukturen oder -veränderungen zur Grundlage von Vergütungsverpflichtungen der Krankenkassen machen zu können. Ein Verzicht darauf bedeutet im Ergebnis die Abkehr von der Morbiditätsorientierung der Vergütung und die weitere Anfälligkeit des Risikostrukturausgleichs für interessengeleitete und manipulative Diagnoseangaben.

- ⇒ Der Verzicht auf ambulante Kodierrichtlinien erhöht die Manipulationsanfälligkeit des Risikostrukturausgleichs. Es sollte deshalb weiterhin eine Verpflichtung zur einheitlichen und verbindlichen Kodierung durch die Ärzte geben.

Zahnärztliche Vergütung

Mit der Aufhebung von kassenartenbezogenen Unterschieden in der zahnärztlichen Vergütung leistet das Gesetz einen wichtigen Beitrag für faire Wettbewerbsbedingungen unter den Kassen. Es besteht erstmals die Chance, die historisch gewachsenen Vergütungsnachteile der Ersatzkassen zu beseitigen. Gerade aufgrund der aktuellen Finanz- und Wettbewerbsslage der Krankenkassen

ist es jedoch notwendig, die Angleichung der Wettbewerbsbedingungen nicht erst 2013, sondern schon 2012 greifen zu lassen. Ein sachlicher Grund für den Aufschub ist nicht erkennbar.

- ⇒ Einheitliche Vergütungen leisten einen Beitrag zur Angleichung der Wettbewerbsbedingungen der Kassen. Sie sind in einem wettbewerblichen System folgerichtig und sollten deshalb bereits 2012 gelten.

Der Vorrang der Beitragsstabilität und die Vorgabe zur Begrenzung des Vergütungsvolumens werden aufgehoben und durch sehr interpretationsfähige neue Vergütungskriterien ergänzt. So wird das Kriterium der regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur aus dem ärztlichen Bereich übernommen, obwohl man dort einvernehmlich festgestellt hatte, dass eine Ausfüllung durch objektivierbare Messgrößen unmöglich ist. Auch die Morbiditätsentwicklung ist ohne klare Parameter nicht objektivierbar. Mit diesen sehr einseitig zugunsten höherer Vergütungsforderungen interpretierbaren Kriterien und dem gleichzeitigen Wegfall der Vorgabe zur Begrenzung des Vergütungsvolumens werden de facto sämtliche Risiken auch angebotsindizierter Mengensteigerungen ausschließlich auf die Beitragszahler verlagert. Hinzu kommt, dass auch auf der Ebene der Honorarverteilung, die künftig einseitig durch die KZVen festzulegen ist, kein Einfluss der Krankenkassen auf die Mengensteuerung mehr besteht.

- ⇒ Die sonstigen neuen Vergütungskriterien lassen deutliche Ausgabensteigerungen bei der zahnärztlichen Versorgung ohne Mehrwert für die Versicherten befürchten.

Ausgleichsverfahren für Arbeitgebereaufwendungen

Mit der geplanten Änderung des Aufwendungsabgleichgesetzes sollen die Ausgleichsverfahren für Arbeitgebereaufwendungen bei Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und bei Mutterschaft (U1, U2) zentralisiert werden. Künftig sollen die Erstattungsverfahren, die derzeit von den einzelnen Krankenkassen durchgeführt werden, vereinheitlicht und bei einer zentralen Ausgleichskasse beim GKV-Spitzenverband angesiedelt werden. Der GKV-SV soll die Umlagebeiträge der Arbeitgeber als Sondervermögen führen und das operative Geschäft auf eine Krankenkasse oder einen Landesverband der Krankenkassen übertragen. Insbesondere mit der vorgesehenen Zentralisierung würden erhebliche bürokratische Mehrbelastungen auf die Kassen zukommen, da eine zentrale Ausgleichskasse in die etablierten Meldeverfahren zwischen versicherungsführen-

den Kassen einerseits und Arbeitgebern andererseits „zwischengeschaltet“ werden müsste. Dies erfordert neue Meldeverfahren und neue Datenflüsse. Den erheblichen Mehrbelastungen auf Seiten der Sozialversicherung stehen aber keine vergleichbaren Bürokratieeinsparungen bei den Arbeitgebern gegenüber, da seit dem 1.1.2011 die Abwicklung des Umlageverfahrens bereits komplett auf ein maschinelles Erstattungsverfahren umgestellt worden ist.

- ⇒ Die Ausgleichsverfahren für Arbeitgeberaufwendungen bei Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall sollten weiterhin von den einzelnen Kassen durchgeführt werden. Die geplante Zentralisierung führt zu bürokratischem Mehraufwand ohne erkennbaren Nutzen.

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Niedersachsen
An der Börse 1
30159 Hannover
Tel.: 05 11 / 3 03 97 – 0
Fax: 0511 / 3 03 97 – 99
lv-niedersachsen@vdek.com**