



vdek-Positionen zu Patientenrechten

Stand: 22.12.2011

Inhaltsverzeichnis

	Seite
0. Einleitung	3
1. Versorgungsqualität	3
2. Patientenorientierung	4
3. Patientensouveränität	6
4. Patientenschutz	7
5. Transparenz von Patientenrechten	9
6. Durchsetzung von Patientenrechte	10
7. Selbsthilfe	11

0. Einleitung

Demokratische Legitimation, Versichertennähe und Praxisorientierung sind die herausragenden Kennzeichen der deutschen Sozialversicherung. Das Prinzip der Selbstverwaltung gründet auf der Einsicht, dass der Staat sich auf eine ausreichende Rahmensetzung beschränkt und der gemeinsamen Selbstverwaltung die versichertennahe Gestaltung der Versorgungswirklichkeit überlässt. Die gewählten Vertreter in den Selbstverwaltungsorganen der Kranken- und Pflegekassen verstehen sich als Sachwalter der Interessen der Versicherten und Patienten. Aus diesem Selbstverständnis heraus setzen sie sich insbesondere für die Rechte der Versicherten und der Patienten ein. Diese müssen im Mittelpunkt des gesundheitspolitischen Geschehens stehen. Mit ihren Versorgungs- und Schutzinteressen, ihrem Wunsch nach Aufklärung und Mitsprache und nicht zuletzt auch mit ihrem Anspruch auf eine gute Behandlung und Gerechtigkeit im Schadensfall. In diesem Sinne fordern die Selbstverwalter der Ersatzkassengemeinschaft die Politik auf, die Patientenrechte konsequent auszubauen und durchzusetzen.

1. Versorgungsqualität

Jeder Patient hat das Recht auf eine fachgerechte Behandlung. Dies schließt das Recht auf Nichtbehandlung und das Recht auf Wahrung der Persönlichkeits-sphäre mit ein. Dieses Recht darf nicht aufgrund von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status, ökonomischer Situation, Weltanschauung oder sexueller Identität eingeschränkt werden.

Das Recht auf eine fachgerechte Behandlung – entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnissen – setzt bei den behandelnden Ärzten einen hohen und aktuellen Wissens- und Informationsstand voraus. Schon heute sind die Ärzte zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet. Das Angebot der Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie auch der Fachgesellschaften muss auch im internationalen Vergleich einem hohen Niveau entsprechen. Die Fortbildungsangebote sollen streng darauf ausgerichtet werden, dass die Inhalte einen direkten Versorgungsbezug haben und den aktuellen Stand der Medizin widerspiegeln.

Die ärztliche Fortbildung soll streng an den Versorgungsbedürfnissen ausgerichtet werden.

Den Patienten ist der medizinisch-technische Fortschritt zugänglich zu machen; dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Gleichzeitig haben sie aber auch das Recht, vor Leistungen geschützt zu werden, deren Zweck, Wirkung und Nutzen (noch) nicht hinreichend geprüft und erwiesen ist. Heute werden im Krankenhaus neue Behandlungsmethoden angewandt, ohne dass vorab Nutzen und Schaden ausreichend geprüft worden sind. Zum Schutze der Patienten sollten noch nicht abschließend geprüfte Behandlungen künftig nur durch entsprechend qualifizierte Einrichtungen erbracht werden dürfen, wobei der wissenschaftliche Nutzenbeleg über Studien anzustreben ist. Damit können neue Methoden bei Eignung auch dauerhaft in die ambulante Versorgung überführt werden.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollen nur in besonders qualifizierten Einrichtungen erprobt werden.

Die Patienten haben nach geltender Rechtslage einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement. Dieser Anspruch ist über alle Leistungsbereiche der Kranken- und Pflegeversicherung hinweg umzusetzen. Die Ersatzkassen stellen fest, dass insbesondere das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser vielfach verbesserungsbedürftig ist. Anstrengungen, dieses zu verbessern, sind insbesondere mit Blick auf die Patienten, die einer nachgehenden Versorgung und Pflege bedürfen, notwendig. Dazu sind zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, aber auch zwischen Rehabilitation und Pflege bestehende Schnittstellenprobleme zu beseitigen.

Schnittstellenprobleme zwischen den Versorgungssektoren und den Versicherungsträgern sind konsequent zu beseitigen.

2. Patientenorientierung

Das deutsche Gesundheitssystem bietet allen Versicherten einen niedrigschwelligen Zugang zu seinen Leistungen. Dabei sichert die Solidargemeinschaft der Versicherten eine Leistungsgewährung, die sich am medizinisch Notwendigen ausrichtet. Die Leistung muss zugleich wirtschaftlich sein, damit die gemeinschaftlich aufgebrauchten Mittel effektiv und effizient verwendet werden.

Der niedrigschwellige Zugang zu den Gesundheitsleistungen muss erhalten bleiben.

Patientenorientierung heißt, dass der Patient mitgestalten kann. Dies erfolgt zum einen über die Vertreter in den Selbstverwaltungsparlamenten der Kranken- und Pflegekassen und mittelbar in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zum anderen haben Betroffenen Gruppen sich auf Vertreterinnen und Vertreter in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene verständigt. Zur besseren Akzeptanz von Patientenvertretern in den Selbstverwaltungsorganen der gemeinsamen Selbstverwaltung sollten die entsendenden Organisationen mehr Transparenz hinsichtlich ihrer Organisation, ihrer Organisationsverantwortlichen und ihrer Finanzierung schaffen.

Das Gesundheitswesen benötigt eine systematische Feedback-Kultur. Die Rückkoppelung mit den Patienten ist ein wesentlicher Baustein, die Leistungserbringung, aber auch die Krankenversicherung, an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Dies dient nicht zuletzt auch der Qualitätssicherung. Bei den Ersatzkassen sind Ausschüsse implementiert, in denen die über die Sozialwahl gewählten Versichertenvertreter über Widersprüche gegen die Entscheidungen der Kasse befinden. Die Ersatzkassen setzen sich darüber hinaus für ein verpflichtendes Beschwerdemanagement in allen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens ein.

In allen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens ist ein verpflichtendes Beschwerdemanagement einzuführen.

Das Gesundheitswesen muss am Patienten orientiert sein, nicht am Versicherungsstatus. In der medizinischen Behandlung gibt es zwischen GKV- und PKV-Versicherten keine Qualitätsunterschiede. Allerdings werden PKV-Versicherte bei der Vergabe von Terminen vielfach bevorzugt. Es sind verbindliche Vorgaben für die Ärzte notwendig, damit diese Ungleichbehandlungen künftig vermieden werden. Dazu gehört auch, das Anbieten von gesonderten Sprechzeiten für privatärztliche Leistungen (Privatpatienten und IGeL-Leistungen für GKV-Patienten) zu untersagen.

3. Patientensouveränität

Mündige Patienten können dem behandelnden Arzt souveräner begegnen. Dem behandelnden Arzt obliegt es, aus seiner medizinischen Fachkenntnis und dem Wissen über die individuelle Situation des Patienten heraus die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte gemeinsam mit dem Patienten zu entwickeln („Shared decision“). Dazu muss er den Patienten umfassend über das Krankheitsbild, Therapiemöglichkeiten und ggf. weiterführende Maßnahmen der Diagnostik – jeweils evidenzbasiert –, deren Risiken und bei Arzneimitteln auch Nebenwirkungen aufklären. Die Informationen müssen richtig, nachprüfbar, klar und verständlich sein. Wichtig ist dabei auch eine verlässliche Information, welche Leistungen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Dem Patienten muss vor Unterzeichnung von Aufklärungsformularen eine ausreichende Vorlaufzeit eingeräumt werden, in der er sich für oder gegen die Behandlung entscheiden kann.

Der Patient hat ein Recht auf Einsicht in die Patientenakte sowie auf die Zugänglichkeit aller Befundergebnisse einschließlich der bildgebenden Diagnostik und der Befunde. Die exakte Dokumentation von Anamnese, Diagnose, Therapie, möglicherweise aufgetretenen Nebenwirkungen und Behandlungsergebnissen dient nicht nur dem Behandler und dem Patienten als Grundlage für weitere medizinisch-therapeutische Entscheidungen, sondern ggf. auch nach- und weiterbehandelnden Stellen sowie in Streitfällen der Beweisführung. Ähnliches gilt für die Pflege. Die Dokumentation hat zeitnah, wahr und fälschungssicher zu erfolgen und ist vor dem Zugriff Dritter zu schützen.

Eine sorgfältige Dokumentation des Behandlungs- und Pflegegeschehens dient Patienten und Behandlern gleichermaßen und ist in allen Versorgungsbereichen sicherzustellen.

Daneben brauchen Patienten den Zugriff auf weitere vertrauenswürdige und neutrale Informationsquellen zu medizinisch-therapeutischen Fragestellungen, aber auch zu den Leistungen und Angeboten des Gesundheitswesens. Die Krankenkassen halten für ihre Versicherten umfassende Informationen bereit. Nach dem Vorbild der Pflegenoten ist zudem darauf hinzuwirken, dass dem Patienten ein möglichst umfassender, verständlicher Einblick in Behandlungsmöglichkeiten und die Behandlungs- beziehungsweise Behandlungsergebnisse ermöglicht wird. Eine umfassende Information über die spezifischen Behandlungsalternativen und Versorgungsangebote im Gesundheitswesen sowie ihre

Ergebnisqualität ist die Voraussetzung für einen funktionierenden, die Qualität steigernden Wettbewerb, in dem der Patient die Möglichkeit hat, zwischen verschiedenen Alternativen fundiert zu entscheiden. Die Krankenkassen sollen umfassend über die Angebote und Anbieter im Gesundheitswesen informieren. Die Leistungserbringer geben umfassend Einblick in die Qualität ihrer Arbeit.

Die Versicherten und Patienten müssen umfassende Einblicke in die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Angebote des Gesundheitswesens bekommen können.

4. Patientenschutz

Patientenschutz bedeutet, die Patienten vor Behandlungs- und Produktrisiken zu schützen. Dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung kommt dabei eine Schutzschirmfunktion zu. Es ist davon auszugehen, dass alle evidenzbasierten Leistungen, deren Nutzen und Wirksamkeit in Studien nachgewiesen worden sind, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Nicht evidenzbasierte Leistungen und Leistungen mit schlechter Evidenz dürfen nicht in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Solche Leistungen werden heute in zunehmendem Umfang in Arztpraxen als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) verkauft. Es ist darauf hinzuwirken, dass die Patienten vor nicht-evidenzbasierten Leistungen, deren Nutzen nicht wissenschaftlich erwiesen ist, geschützt werden. Zum einen muss sichergestellt werden, dass der Arzt vor einer derartigen Behandlung seiner Aufklärungspflicht umfassend nachkommt; auch in Bezug auf die Nicht-Leistungspflicht der Krankenkassen. Daneben ist auf eine striktere Begrenzung des Angebots von IGeL-Leistungen in den Arztpraxen hinzuwirken. Zudem muss den Patientinnen und Patienten hinreichend Zeit eingeräumt werden, das Angebot zu prüfen. Denn vielfach sind die angebotenen Leistungen nicht nur überflüssig, sondern können dem Patienten sogar Schaden zufügen.

Bei IGeL-Leistungen muss eine vorherige umfassende Aufklärung erfolgen und vom Patienten schriftlich bestätigt werden. In diesem Zusammenhang sprechen sich die Ersatzkassen für eine grundsätzliche 24-stündige Einwilligungssperrfrist und eine Konkretisierung der Beratungsanforderungen aus.

Bei Medizinprodukten fehlen derzeit Sanktionsmöglichkeiten, wenn Hersteller oder Anwender ihren Meldepflichten bei unerwünschten Ereignissen oder Mängeln nicht nachkommen. Dazu muss das Medizinproduktegesetz entsprechend weiterentwickelt werden. Für langlebige Medizinprodukte hoher Risikoklassen sollten Register zur Langzeitverfolgung eingeführt werden. Solche Register helfen nicht nur gute Produkte, sondern auch gute Behandler zu identifizieren. Daneben listet es die fehlerhaften Medizinprodukte. Unerlässlich hierfür ist eine enge Kooperation mit den Anwendern als auch mit den Produktanbietern. Nur eine Berücksichtigung aller Patientenfälle und aller Produkte innerhalb einer Produktklasse rechtfertigt den materiellen und logistischen Aufwand. In diesem Zusammenhang regen die Ersatzkassen die Erhebung einer Herstellerabgabe zur (Mit-) Finanzierung eines Registers für Medizinprodukte an. Eine Kommission soll gegenüber der Politik Empfehlungen abgeben, für welche Produkte ein Register sinnvoll ist und geführt werden sollte. Darüberhinaus sollten die Dokumentationspflichten für Hersteller von Medizinprodukten gesetzlich konkretisiert werden, damit bei Schäden in Folge des Einsatzes von Medizinprodukten Einsicht in die Unterlagen der Hersteller genommen werden kann, um berechnete Schadensersatzforderungen der Patienten besser durchsetzen zu können.

Im Medizinproduktegesetz sind Auskunfts- und Haftungsnormen zu implementieren.

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ist eine zusätzliche frühe Nutzenbewertung für neue Arzneimittel geschaffen worden, die in erster Linie der weiteren Preisfindung dienen soll. Gleichzeitig wurden aber die Instrumente der ursprünglichen Nutzenbewertung sowie der Kosten-Nutzen-Bewertung in den Hintergrund gedrängt. Im Sinne des erforderlichen Patientenschutzes ist die Bewertung eines Arzneimittels jedoch am maßgeblichen therapeutischen Nutzen auszurichten, der sich im Regelfall nur an harten Endpunkten festmachen lässt wie Überlebenszeit oder Lebensqualität. Dies ist auch für bereits länger auf dem Markt befindliche Arzneimittel erforderlich. Notwendig sind daher Studien, die vor und auch nach der Zulassung relevante Ergebnisse zum Überleben und zur Lebensqualität liefern. Wichtig ist dabei auch die konsequente und über einen längeren Zeitraum durchgeführte Erfassung und systematische Auswertung nicht erwünschter Wirkungen, um auf dieser Grundlage das gesamte Schadenspotential einschätzen zu können.

Nutzen-Bewertungen sind konsequent an therapeutischen Endpunkten auszurichten und sollen künftig auch die nicht erwünschten Wirkungen erfassen.

Zukünftig ist der Fehlerprävention ein höherer Stellenwert einzuräumen. Kritische Ereignisse entstehen häufig durch eine Verkettung von kleineren Einzel Fehlern, widrigen Begleitumständen, systematischen Mängeln und einem Fehlen oder Versagen wichtiger Kontrollmechanismen. Eine systematische Aufarbeitung von Fehlern kann helfen, solche Ereignisse in der Zukunft zu verhindern. Bereits heute gibt es etablierte Analyseprotokolle zur Auswertung von Gutachten zu Behandlungsfehlern. Geeignete Programme zur Förderung von Risikomanagement ergänzen die Analyse und bereiten auf mögliche Krisensituationen vor, um im Ernstfall besser mit ihnen umzugehen. Solche Ansätze werden vereinzelt auch von den Krankenkassen angeboten. Daneben kann auf positive Erfahrungen im internationalen Bereich verwiesen werden. Nicht zuletzt existieren eine Reihe von praktischen Hilfen wie Checklisten und Remindern, die Ärzte und Pflegekräfte im Arbeitsalltag unterstützen. Zur Fehlerprävention gehört aber auch die Schaffung eines Arbeitsklimas, in dem das Anzeigen von Fehlern leichter fällt.

Der Fehlerprävention ist in allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens ein höherer Stellenwert einzuräumen.

5. Transparenz von Patientenrechten

Die Rechte von Patienten sind bislang weder abschließend noch zentral geregelt. Sie finden sich als allgemeine Vorschriften im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), in den Sozialgesetzbüchern, in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in Bundesmantelverträgen mit den maßgeblichen Organisationen der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser, in den Berufsordnungen der Heilberufekammern sowie in zahlreichen Spezialnormen. Darüber hinaus ist Patientenrecht in vielen Bereichen sogenanntes „Richterrecht“. Mehr als 30 Jahre Spruchpraxis haben ein Geflecht an Regelungen geschaffen, an denen sich die Rechtsprechung im Falle von Behandlungsfehlern heute ausrichtet. Für die Patienten ist die derzeitige Rechtslage hochgradig intransparent. Eine Kodifizierung über die Verankerung des Behandlungsvertrages im BGB kann die bisher fehlende Transparenz über das Rechte- und Pflichtengefüge herstellen, zur Rechtssicherheit beitragen und die Wahrnehmung von zustehenden Rechten fördern. Eine Kodifizierung muss dabei der geltenden Spruchpraxis in Umfang

und Tiefe mindestens entsprechen und ist im Sinne des Patientenschutzes weiterzuentwickeln. Eine qualifizierte Öffentlichkeitsarbeit muss diesen Prozess begleiten.

Eine umfassende, qualifizierte und verständliche Informationsarbeit trägt zur Transparenz über die Patientenrechte bei.

6. Durchsetzung von Patientenrechten

Nach der geltenden Rechtslage des § 66 SGB V können die Krankenkassen ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen. Alle Krankenkassen sollten verpflichtet werden, ihre Versicherten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler zu beraten. Bei den Ersatzkassen ist dies gelebte Praxis. Um ihrem Unterstützungsauftrag gerecht werden zu können, ist den Krankenkassen im Falle eines erhärteten Verdachts – begrenzt auf den Unterstützungsauftrag und innerhalb einer verbindlichen Frist – das Recht auf vollständige Einsicht in die Patientenakte zu gewähren. Sollte die Patientenakte Mängel aufweisen oder nicht vollständig oder rechtzeitig herausgegeben werden, muss die Beweislast auf den Behandler übergehen.

Bei einem Behandlungsfehler sollte eine umgehende Information des Betroffenen eine Selbstverständlichkeit sein. Darüber hinaus muss die nach § 294a SGB V gegebene Verpflichtung, wonach Vertragsärzte und Krankenhäuser durch Dritte verursachte Gesundheitsschäden mitzuteilen und die erforderlichen Daten einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher den Krankenkassen zu übermitteln haben, mit Leben erfüllt werden. Sollten Anhaltspunkte beim Leistungserbringer auf einen durch Dritte verursachten Schadensfall – zum Beispiel durch einen Behandlungsfehler – vorliegen, muss künftig unaufgefordert eine Mitteilung an die Krankenkasse bzw. die Kostenträger erfolgen. Der Gesetzgeber sollte zudem den Partnern der Bundesmantelverträge und der Verträge nach § 112 SGB V die Möglichkeit einräumen, Verstöße gegen § 294a SGB V mit Sanktionen zu belegen.

Bei durch Dritten verursachten Gesundheitsschäden wird eine Verpflichtung zur unmittelbaren Information der Kostenträger gesetzlich verankert.

Behandlungsfehler dürfen nicht aus Furcht vor finanziellen Konsequenzen verschwiegen oder verschleiert werden. Deshalb müssen alle Behandler über eine

ausreichende Berufshaftpflicht verfügen. Dies ist heute nicht hinreichend sichergestellt. Beispielsweise haben niedergelassene Ärzte die Berufshaftpflicht lediglich zum Zeitpunkt der Approbation gegenüber der Ärztekammer nachzuweisen. Ein ungenügender Versicherungsschutz kann schon allein durch eine nicht vollumfängliche Anzeige der Veränderung der berufsbedingten Risiken gegenüber dem Versicherer entstehen. Über Änderungen oder Kündigungen der Versicherungen wird die Kammer aber nicht informiert. Hier sollte eine entsprechende Verpflichtung in der Berufsordnung verankert werden. Daneben ist zu prüfen, ob die Haftpflichtversicherer verpflichtet werden sollen, Vertragsänderungen oder -kündigungen der zuständigen Kammer zu melden. Die Kammern hätten in diesem Fall die Möglichkeit, zu prüfen, ob der Versicherungsschutz auch tatsächlich dem berufsbedingten Schadensrisiko entspricht. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob das Interventions- oder Sanktionsinstrumentarium der Heilberufekammern gestärkt werden sollte.

Die Heilberufekammern müssen einen ausreichenden Haftungsschutz ihrer Mitglieder sicherstellen können.

Die Verfahren zu Behandlungsfehlern sind in der Regel langwierig und erstrecken sich zum Teil über viele Jahre. Ein Problem ist die Überlastung der Gerichte. Daneben fehlen vielfach geeignete medizinische Gutachter. Es ist darauf hinzuwirken, die Zahl der qualifizierten Begutachter zu erhöhen. Daneben sollte den Patienten bei der Auswahl von Gutachtern ein Mitspracherecht eingeräumt werden (Vorschlagsrecht, Vetorecht).

In diesem Kontext ist auf die wichtige Funktion der Schlichtungsstellen bei den Ärzte- und Zahnärztekammern hinzuweisen. In vielen Fällen wird über deren Arbeit ein Gerichtsverfahren obsolet. An die Stelle von langwierigen und psychisch stark belastenden Rechtsstreitigkeiten über mögliche Behandlungsfehler sollten vermehrt Schlichtungsverfahren treten. Die Verfahren sollten künftig nach einheitlichen Grundsätzen gestaltet, transparent und kostenfrei sein. Patientenvertreter sind zu beteiligen.

Die Heilberufekammern stellen sicher, dass die Schlichtungsverfahren überall nach gleichen Verfahren arbeiten und kostenfrei sind.

7. Selbsthilfe

Sich selbst und anderen zu helfen ist das erklärte Ziel von mehr als 50.000 Selbsthilfegruppen und über 1.500 Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. Menschen engagieren sich in der Selbsthilfe, weil sie ihre gesundheitlichen, sozialen oder seelischen Probleme selbst in die Hand nehmen und für andere Betroffene niedrigschwellige Hilfestrukturen anbieten wollen. Diese wichtige Arbeit unterstützen die Ersatzkassen seit mehr als 25 Jahren.

Seitens der Politik wird immer wieder bekundet, dass die Unterstützung der Selbsthilfe eine Gemeinschaftsaufgabe sei. Die Krankenkassen haben ihren Auftrag ernst genommen und in den zurückliegenden Jahren die Förderung systematisch ausgebaut. Die Förderung durch die GKV hat mittlerweile ein Finanzvolumen von 40 Millionen Euro pro Jahr angenommen und erfolgt nach nachvollziehbaren und akzeptierten Kriterien. Dabei haben sich die beiden Förderstränge in der Selbsthilfeförderung – GKV-Gemeinschaftsförderung und individuelle Förderung durch die Krankenkasse – bewährt und sollten erhalten bleiben.

Zum anderen haben sich aber auch verschiedene Stellen mit Verweis auf die GKV-Förderung aus ihrer finanziellen Verantwortung gelöst. Die Politik sollte deshalb den Gemeinschaftscharakter der Selbsthilfe auch rechtlich fassen und die anderen Sozialleistungsträger, die PKV und die öffentliche Hand verpflichten, die Selbsthilfe in einem angemessenen Rahmen zu fördern und die Förderung transparent zu machen.

Die Verpflichtung zur Förderung der Selbsthilfe wird auf die anderen Sozialleistungsträger, die öffentlichen Stellen und die PKV ausgedehnt und quantifiziert.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Abteilung Politik / Selbstverwaltung
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Telefon: 030/2 69 31 – 0
www.vdek.com