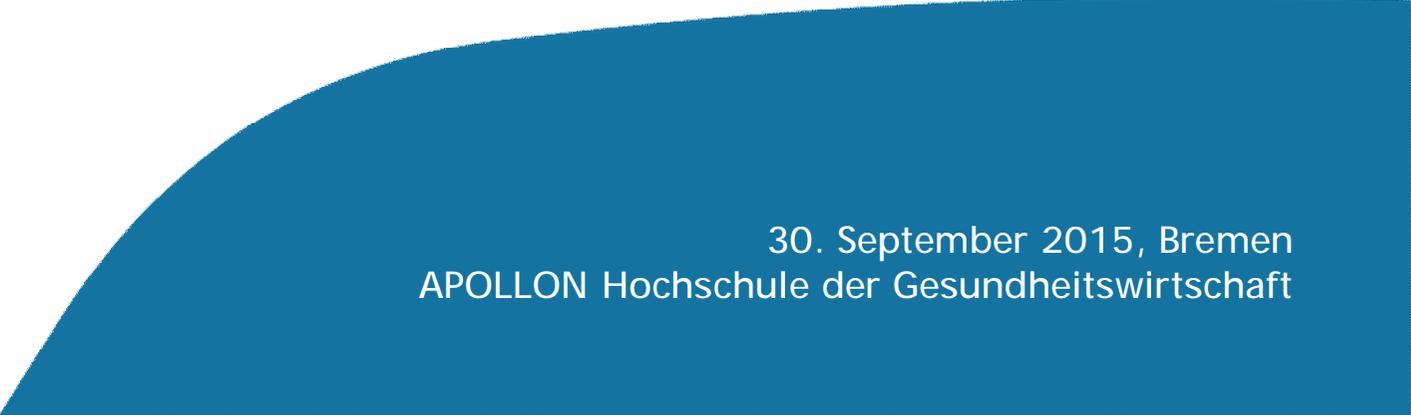




Strukturen, Aufgaben und Herausforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Dirk Ruiss, Leiter der Landesvertretung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) in NRW



30. September 2015, Bremen
APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft



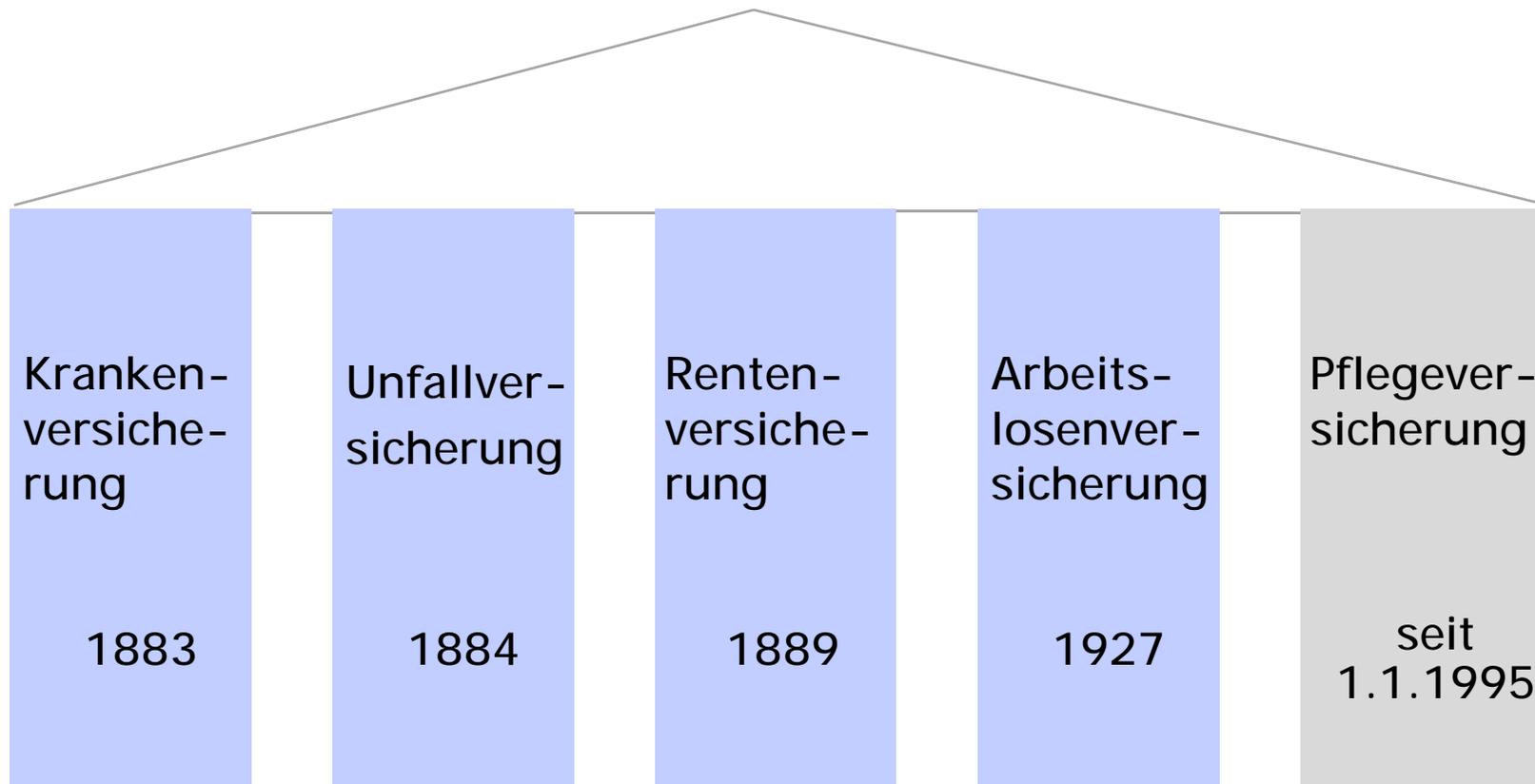
Strukturen und Aufgaben



Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

- Geburtsstunde der GKV: 15. Juni 1883
- Reichskanzler Otto von Bismarck:
„Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“
- Krankenversicherung für Industriearbeiter und Beschäftigte
in Handwerks- und Gewerbebetrieben
- Deutschland war das erste Land mit einer Sozialversicherung
- Krankenversicherung: Älteste Säule der Sozialversicherung
- „Exportschlager“

Gründungsjahre der Sozialversicherung in Deutschland



Die vier Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

Solidarität

§ 1 SGB V
§ 3 SGB V

Sachleistung

§ 2 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Selbst-
verwaltung

§ 29 SGB IV
§ 4 SGB V

Pluralität

§ 4 SGB V
6. Kap. SGB V

Das Solidaritätsprinzip

Solidarität

§ 1 SGB V
§ 3 SGB V

- ▶ Leistung nach individuellem medizinischen Bedarf
- ▶ Beitrag entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten
- ▶ Altersunabhängigkeit
- ▶ Prinzip der Familienversicherung

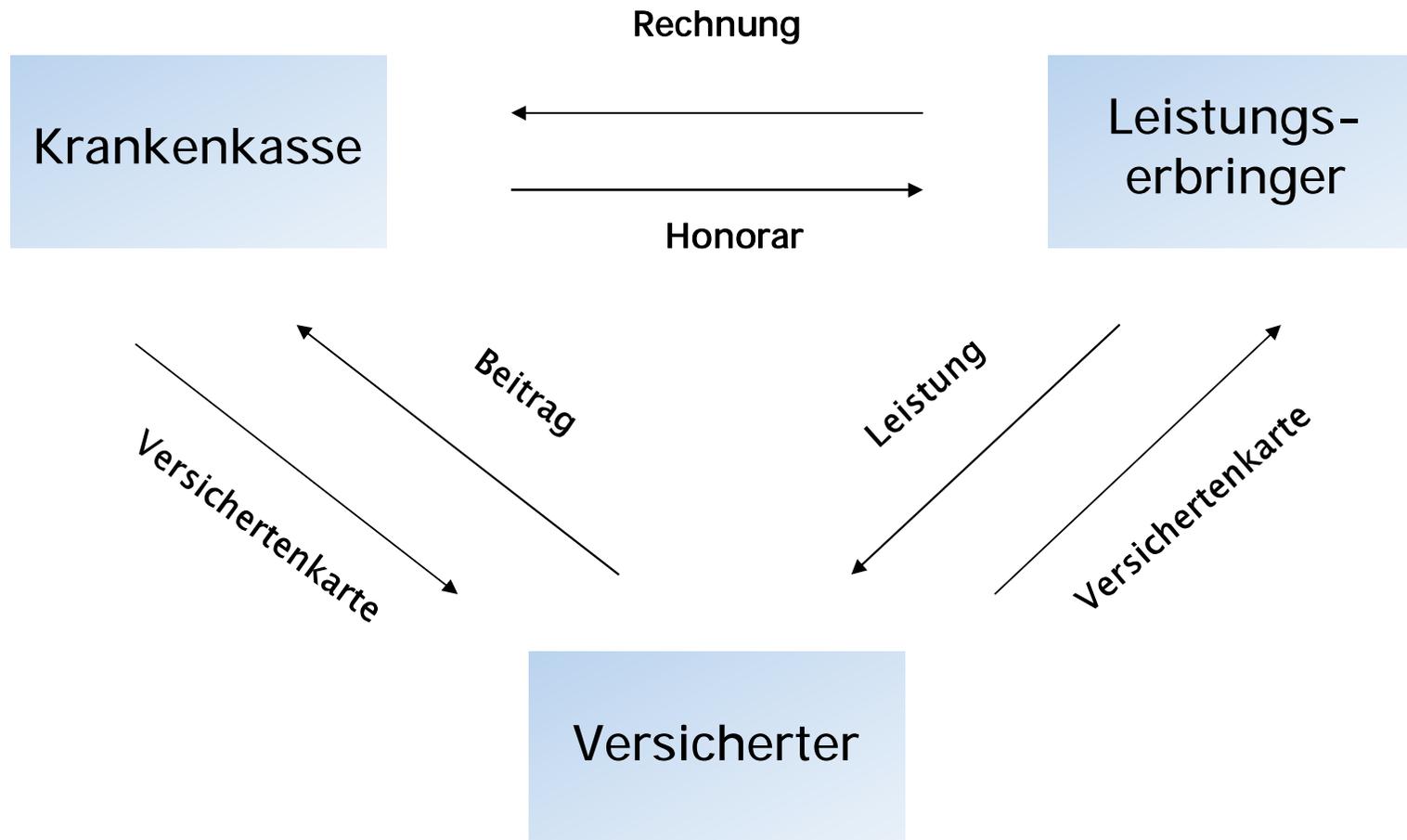
Das Sachleistungsprinzip

Sachleistung

§ 2 Abs. 2
Satz 1 SGB V

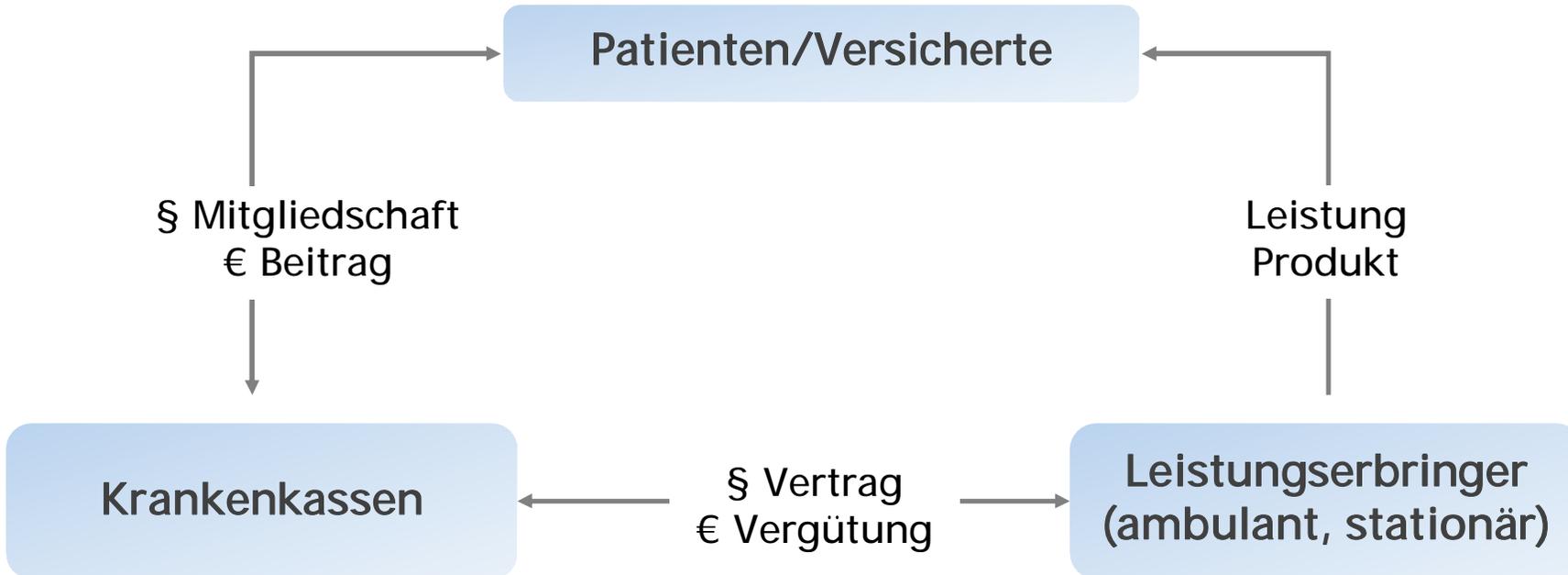
- ▶ Leistungen gegen Vorlage der Gesundheitskarte
- ▶ keine finanziellen Vorleistungen
- ▶ Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein
- ▶ Verpflichtung der Krankenkassen und Leistungserbringer, die Versorgung/Honorierung sicherzustellen
- ▶ breitgefächertes Vertragssystem definiert Vertragsleistungen, deren Preise (teilweise mengenabhängig) und Qualität

Das Sachleistungsprinzip



Die gesetzliche Krankenversicherung

Die Leistungsbeziehung



Die Selbstverwaltung

Selbst-
verwaltung

§ 29 SGB IV
§ 4 SGB V

Gemeinsame
Selbst-
verwaltung

Soziale
Selbst-
verwaltung

§ 4 SGB V: „Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung“

- staatliche Aufsicht, aber **organisatorisch und finanziell unabhängig**
- Gesundheit der Versicherten erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern
- alle Versicherten haben den gleichen Anspruch auf Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V)

Pluralität

- Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen seit 1996
- Kassenwechsel mit Bindungsfrist (18 Monate) möglich
- Kontrahierungszwang

Wettbewerb der Krankenkassen

- Solidarische Wettbewerbsordnung
- Einheitlicher Leistungskatalog (95 % der Leistungen)
- Risikostrukturausgleich, morbiditätsorientiert (Morbi-RSA)

Marktbereinigung:
1992 noch 1.133 Krankenkassen,
heute noch rund 120 Krankenkassen

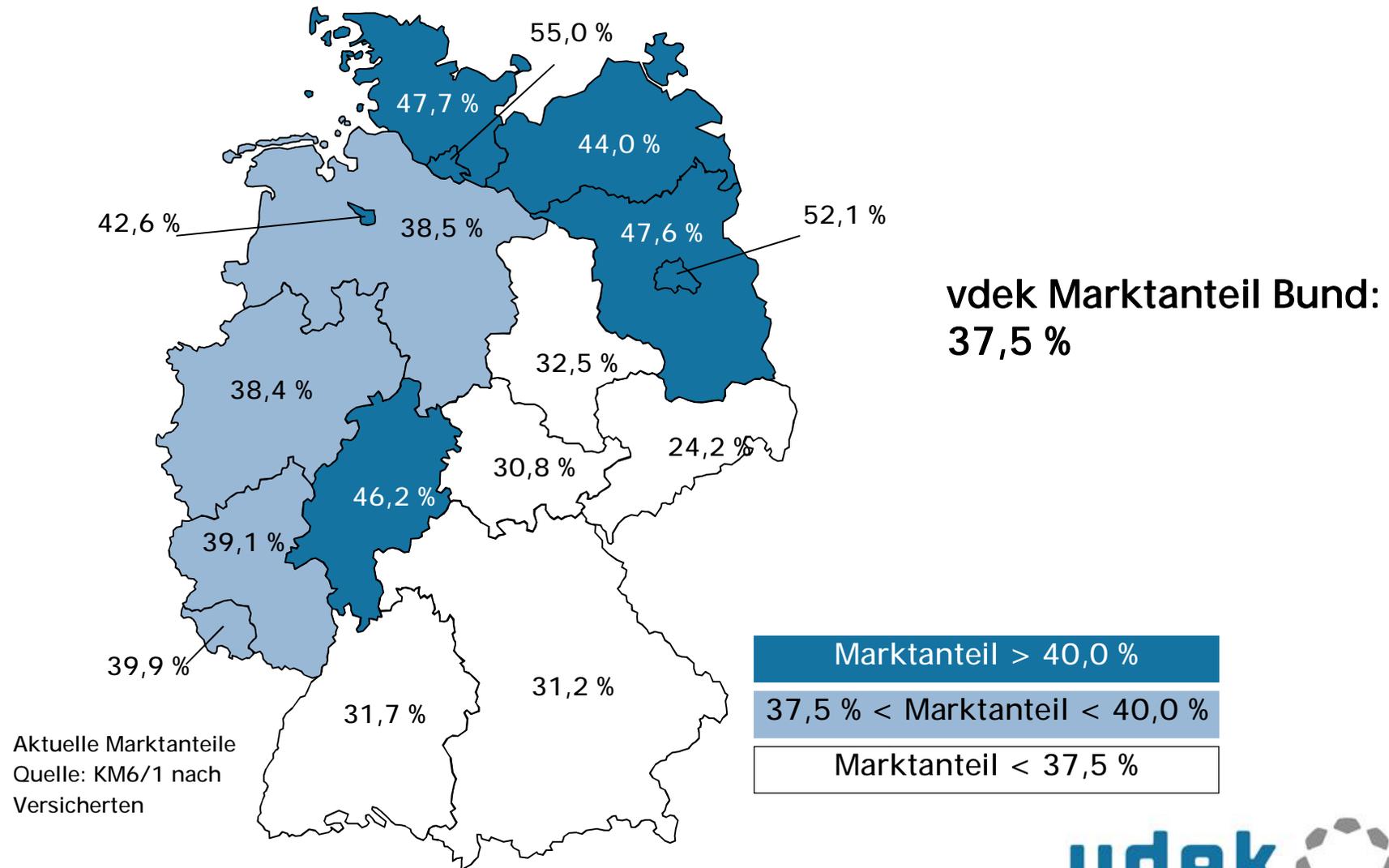
Die Krankenkassen/-verbände



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Die Ersatzkassen sind bundesweit stärkste Kassenart



Unser Selbstverständnis als Verband

Wir sind ein modernes Dienstleistungsunternehmen für unsere Mitglieder - die Ersatzkassen:

- politische Interessenvertretung/Kommunikation
- Versorgungs- und Vertragsgestaltung
- operative Dienstleistungen
- internes Management
- Datenaufbereitung/-analyse etc.

Die wesentlichen Aufgaben des vdek e. V. in NRW

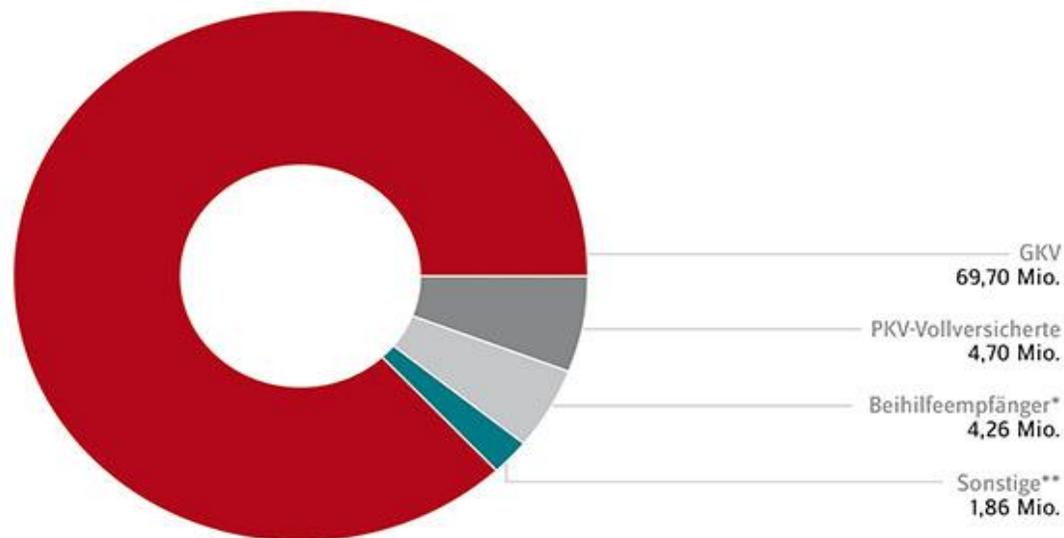
- Interessenvertretung der Ersatzkassen gegenüber der Landesregierung, den Kommunen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und weiteren Entscheidungsträgern
- Durchführung von Fachveranstaltungen, Pressearbeit etc.
- Abschlüsse von Verträgen mit Ärzten und Zahnärzten, Apotheken, Reha-Einrichtungen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und mit sonstigen Vertragspartnern (z. B. Physiotherapeuten, Sanitätshäuser, Hörgeräteakustikern und Rettungsdiensten)
- Zulassung von Heil- und Hilfsmittelerbringern
- Krankenhausplanung; regionale Planungskonzepte
- Prävention und Selbsthilfeförderung
- Datenmanagement, technische Dienstleistungen



Gesetzliche versus private Krankenversicherung

Verteilung der Versicherten GKV / PKV

Versicherte je System in Mio.



* Der Beihilfesatz variiert zwischen 50 % und 80 %, meist mit ergänzender privater Krankenversicherung.

** Gefangene, Grenzgänger, Zeit- und Berufssoldaten etc.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KM 1 Jahresstatistik 2012, dbb beamtenbund, Statistisches Bundesamt, tarifunion und Zahlenbericht der PKV 2012

Systemunterschiede zwischen GKV und PKV

GKV	PKV
<ul style="list-style-type: none">▶ Versicherung kraft Gesetz▶ Solidaritätsprinzip▶ Umlageverfahren▶ Sachleistungen▶ Krankenkassen = Körperschaften des öffentlichen Rechts▶ Selbstverwaltung durch Versicherte und Arbeitgeber▶ Wettbewerb durch freies Krankenkassenwahlrecht	<ul style="list-style-type: none">▶ Versicherung aus Vertrag▶ Äquivalenzprinzip▶ Kapitaldeckungsverfahren▶ Kostenerstattung▶ Unternehmen: Aktiengesellschaften und Vereine auf Gegenseitigkeit▶ Kontrolle durch Aufsichtsräte▶ eingeschränkter Wettbewerb



Finanzierungslogik der GKV

GKV-Finanzierungssäulen

Gesundheitsfonds

– **Beiträge** –
Arbeitnehmer
Arbeitgeber

Rentenversicherung (RV)
Bundesagentur für Arbeit (BA)
Künstlersozialkasse (KSK)
Minijobzentrale
Sonstige

– **Beitragssatz** –
allgemein: 14,6 %
Arbeitgeber (fest), RV und KSK: 7,3 %

– **Liquiditätsreserve** –
dient grundsätzlich dem Ausgleich
von Schwankungen zwischen
Einnahmen und Ausgaben

Zusatzbeiträge

einkommensabhängig und
krankenkassenindividuell

wenn die Zuweisungen
aus dem Gesundheitsfonds
nicht zur Deckung der
voraussichtlichen Ausgaben
bei den einzelnen Krankenkassen
ausreichen

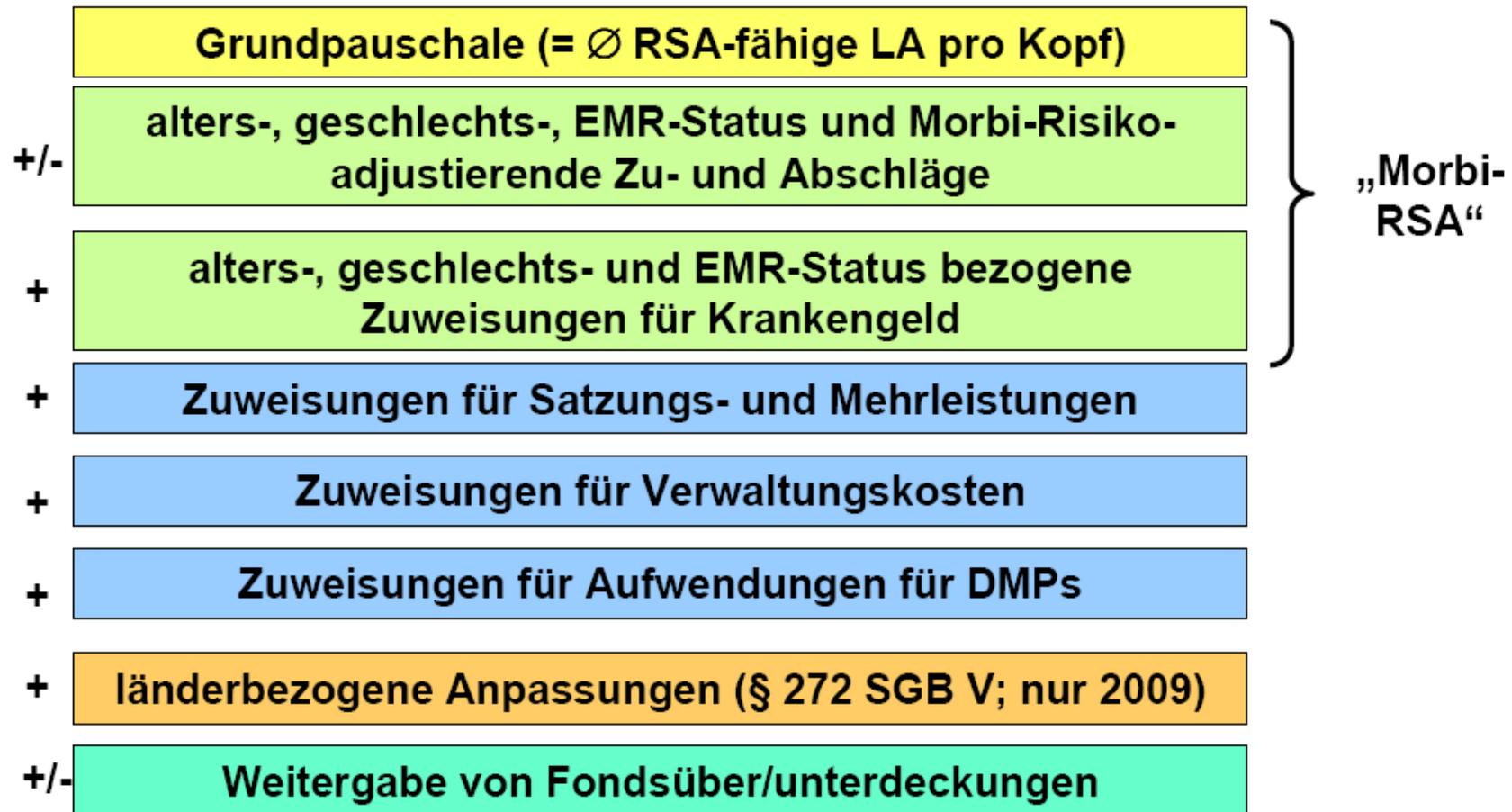
– **Einkommensausgleich** –
Ausgleich der
unterschiedlichen Finanzkraft
über den Gesundheitsfonds

Steuern

– **Bundeszuschuss** –
für
versicherungsfremde Leistungen

2015: 11,5 Mrd. EUR

Zusammensetzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

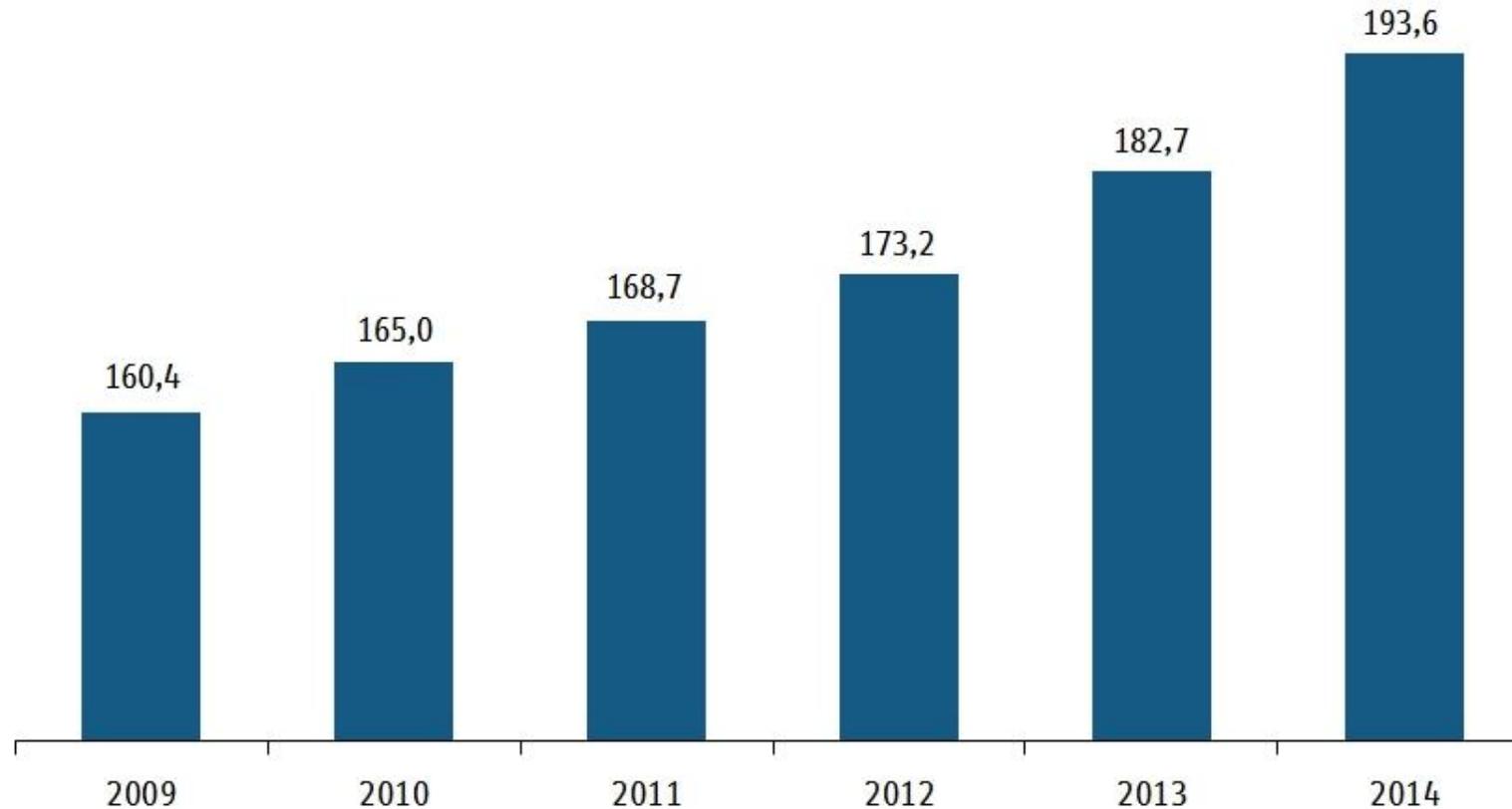


monatliche Abschläge mit abschließendem Jahresausgleich

monatliche Abschläge mit abschließendem Jahresausgleich

GKV - Leistungsausgaben insgesamt

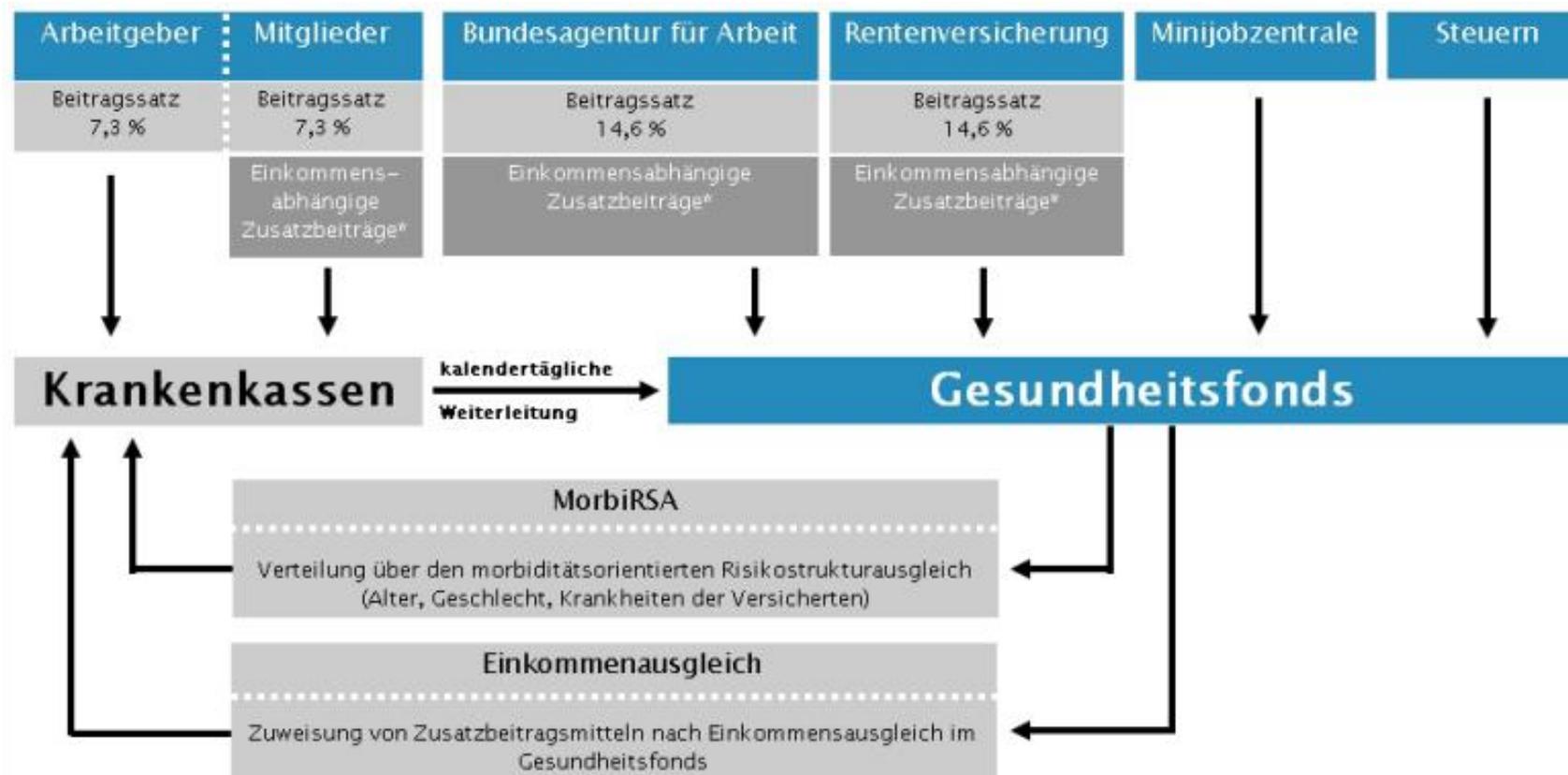
in Mrd. Euro 2008-2013 - Bundesgebiet



Quelle: Eigene Darstellung nach: BMG, KJ1.

GKV-Gesundheitsfonds

Finanzierung der GKV ab 1. Januar 2015

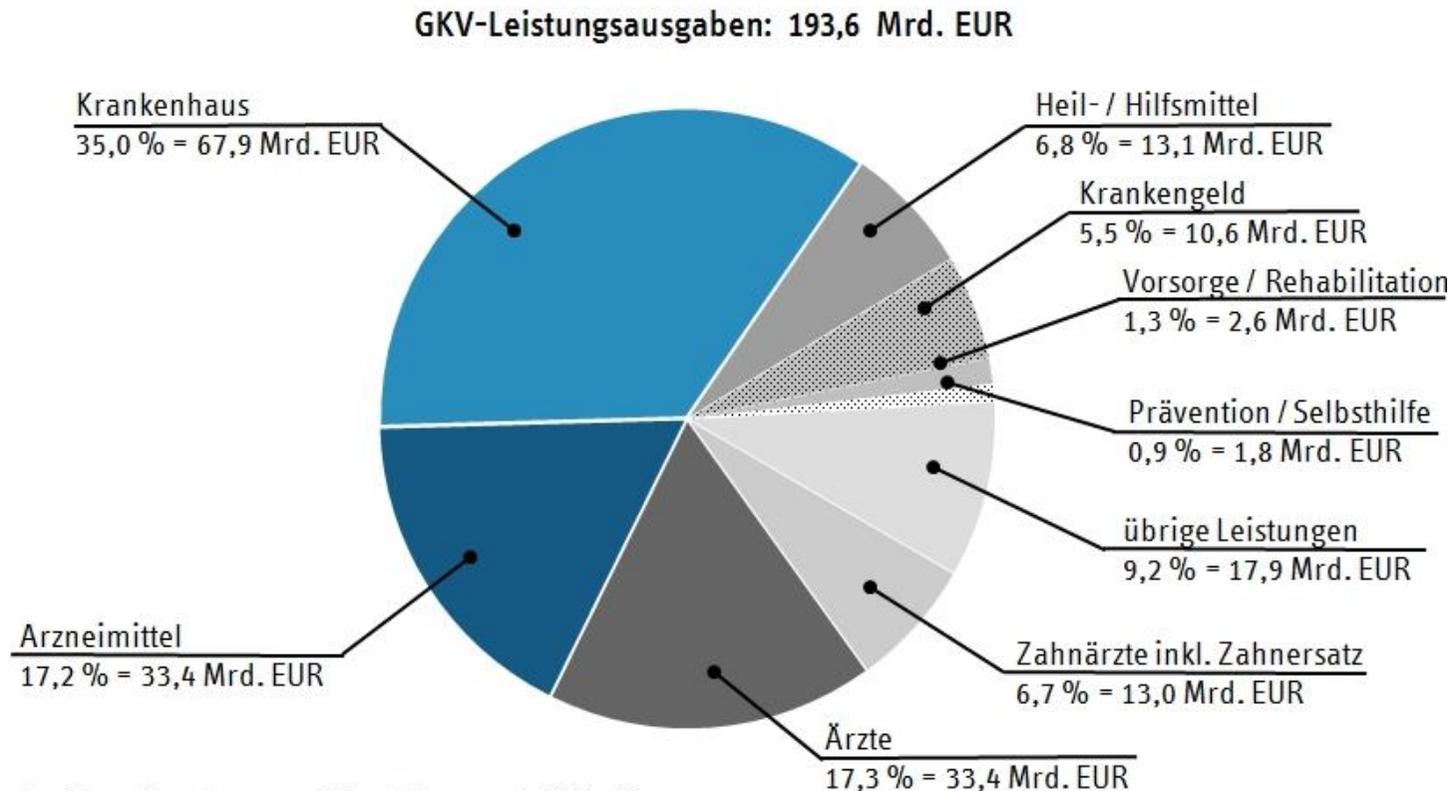


Quelle: vdek. *wenn tatsächliche Ausgaben > Fondszuweisungen -> einkommensabhängige und krankenkassenindividuelle Zusatzbeiträge

Leistungsausgaben 2014

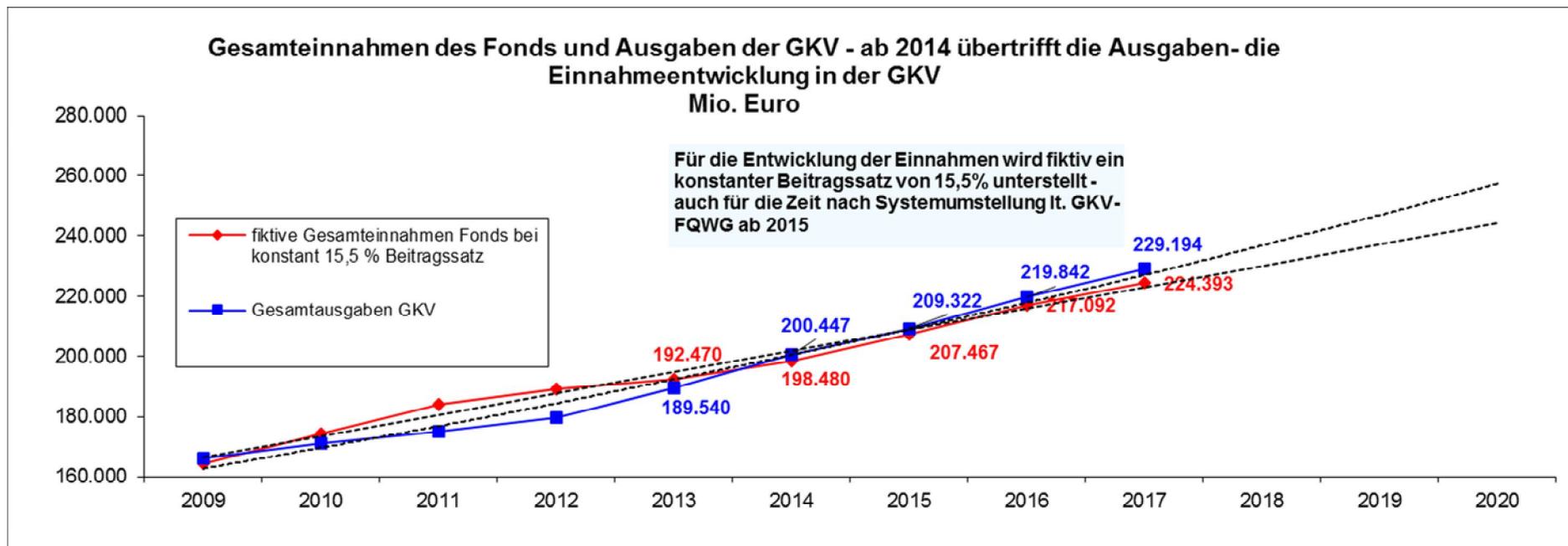
GKV - Leistungsausgaben

in Milliarden EUR und Anteil in Prozent
2014 - Bundesgebiet



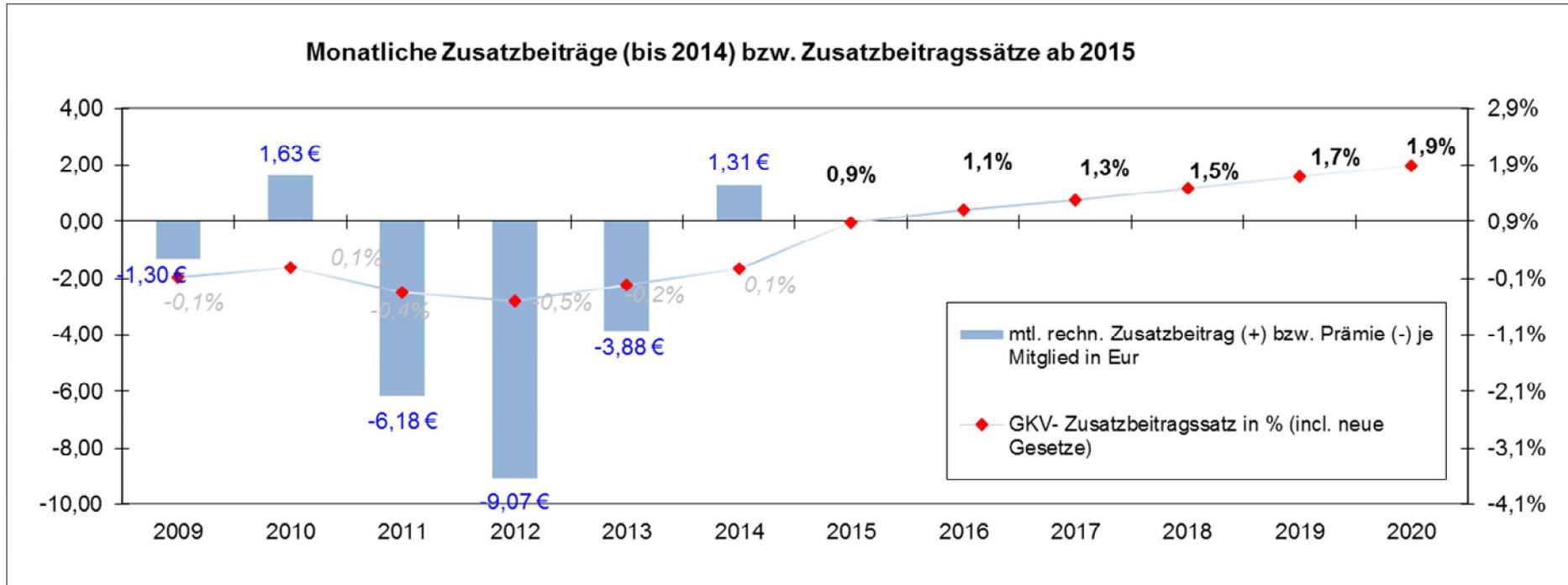
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG, KJ1.

Die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen geht auseinander



Gesetzlich induzierte Ausgabensteigerung = erhöht den ohnehin jährlichen Anpassungsdruck beim Zusatzbeitragssatz

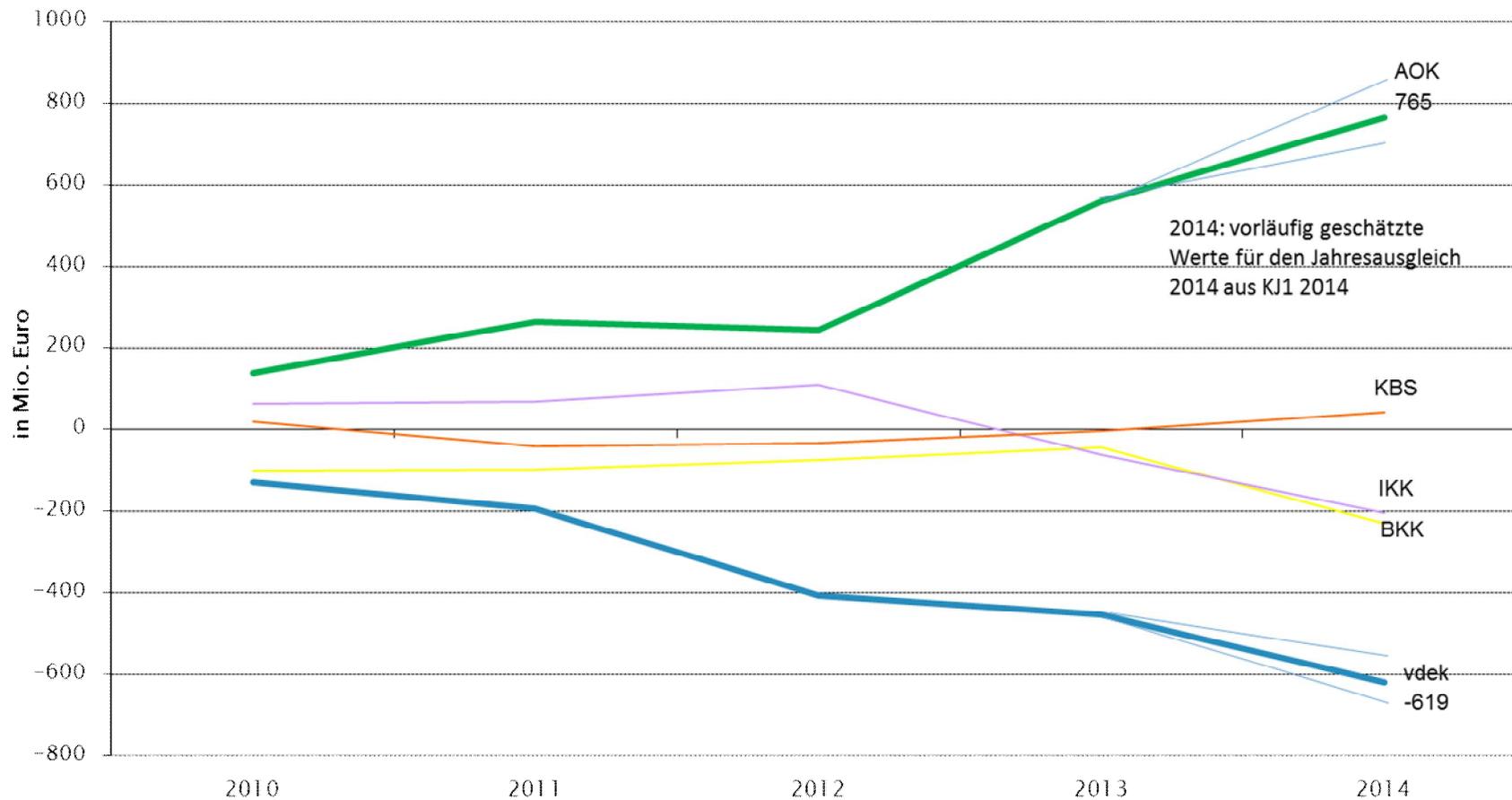
Zusatzbeitrag steigt jährlich um mindestens 0,2 Prozentpunkte



Problem: Zusatzausgaben über der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (BpE) finanziert allein das Mitglied

Die Unterdeckung der Ersatzkassen steigt zugunsten des AOK-Systems

Deckungsgrad der ausgleichsfähigen Ausgaben durch Zuweisungen
(ohne Berücksichtigung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen §40/41 RSAV und periodenfremde Korrekturen)



Deckungsgrad für Leistungsausgaben der Konten 9992, 9995, 9999 aus KJ1
Zuweisungen ohne mitgliederbezogene Anpassung aus BVA-Jahresausgleichen bzw. KJ1 2014

Wettbewerbssituation

Entwicklungsszenario aus Sicht des vdek

- Der Druck auf die Politik vor der Bundestagswahl 2017 wächst durch das Auseinanderdriften von Ein- und Ausgaben
 - Abbau Liquiditätsreserve? (ab 2017 von 9,5 auf ca.7 Mrd. Euro)
 - Diskussion um paritätische Finanzierung hat bereits begonnen
- Beitragssatzspanne zwischen den Krankenkassen wächst, weil bei zunehmend mehr Krankenkassen die frei verfügbaren Rücklagen für eine Subventionierung des Zusatzbeitragssatzes aufgezehrt sind
- Verkehr auf der Fusionsautobahn wird wieder wachsen und die Zahl der Krankenkassen weiter verringern
- Der Deckungsgrad aus dem Morbi-RSA ist eine entscheidende Größe. Durch RSA-Anpassungen kann eine Annäherung zwischen den Krankenkassen/Kassenarten erreicht werden



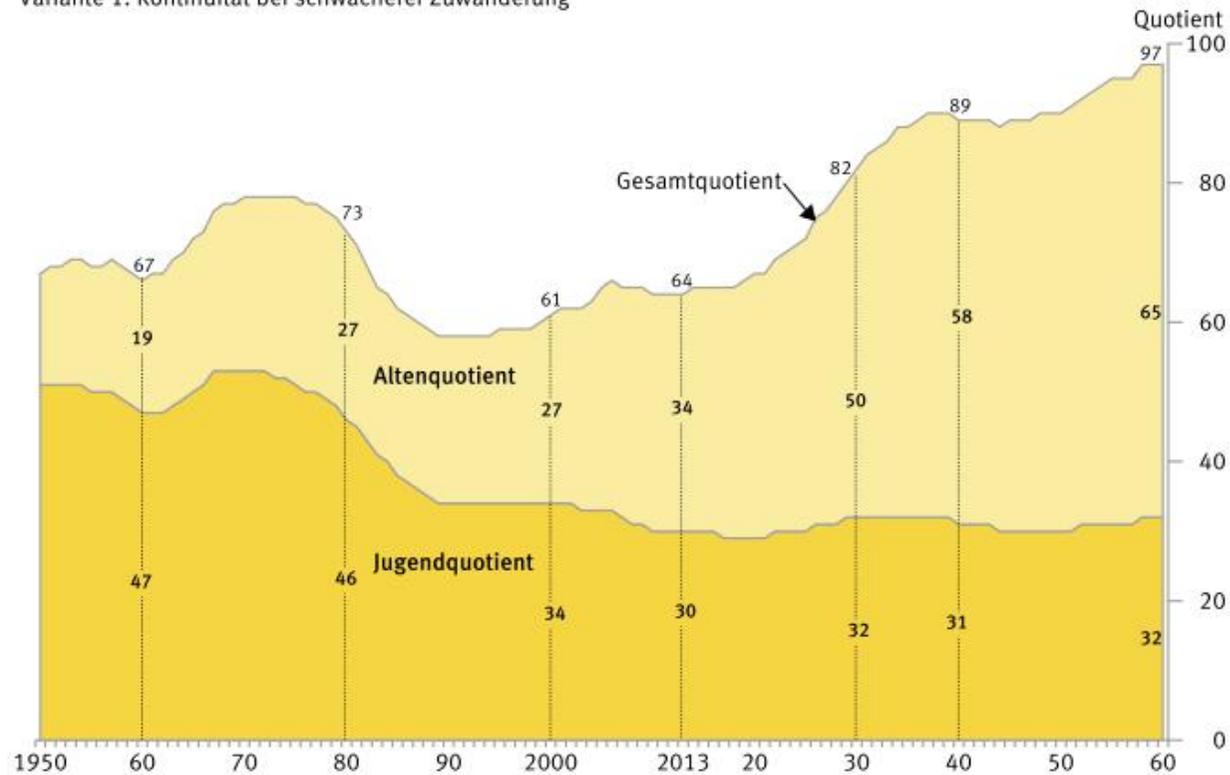
Herausforderungen und Zukunftsszenarien

Große Versorgungs- und Strukturtrends

- **Wandel des Morbiditätsspektrums**
 - chronische Erkrankungen, Multimorbidität
- **Veränderte Erwartungen des ärztlichen Nachwuchses**
 - u. a. Frauenanteil, Teilzeit, angestellte Tätigkeit, familienfreundliche Bedingungen
- **Erhöhte Mobilität, berufliche Flexibilität**
 - geringere örtliche Bindungen, (Binnen-)Wanderungen
- **Ballungsgebiete**
 - fortschreitende Urbanisierung, fachärztlich und akutstationär häufig überversorgt
- **Ländliche Regionen**
 - Entleerung, Alterung, infrastrukturelle Schrumpfung

Deutschland altert zunehmend, deutliche Zunahme, aber erst ab 2030

Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit den Altersgrenzen 20 und 65 Jahren¹
 Ab 2014 Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
 Variante 1: Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung



¹ Jugendquotient: unter 20-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren; Altenquotient: 65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren; Gesamtquotient: unter 20-Jährige und ab 65-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren.

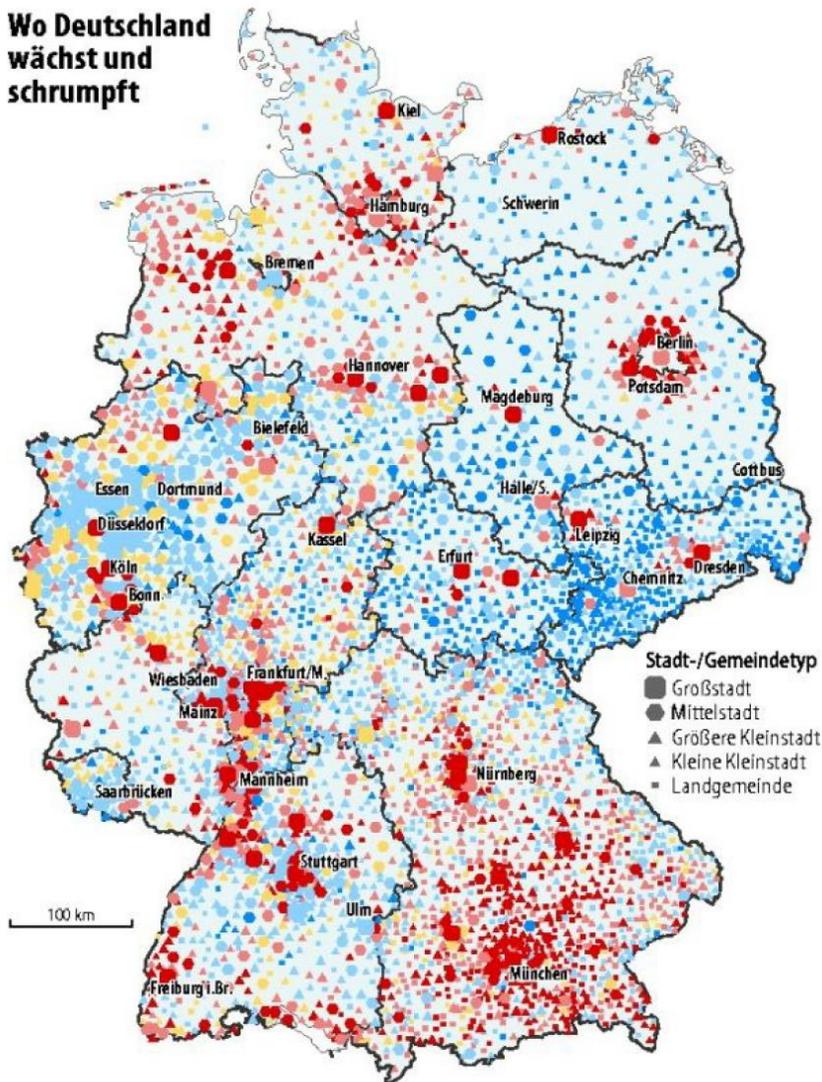
2015 - 15 - 0389

**Einfluss auf das Krankheitsspektrum und die Versorgung,
aber auch auf die Einnahmeseite**

Quelle: 13. koord. Bevölkerungsvorausschätzung

31 vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Wo Deutschland wächst und schrumpft



Wachsende und schrumpfende Städte und Gemeinden¹⁾

Relative, am bundesweiten Trend gemessene Wachstum/Schrumpfung:

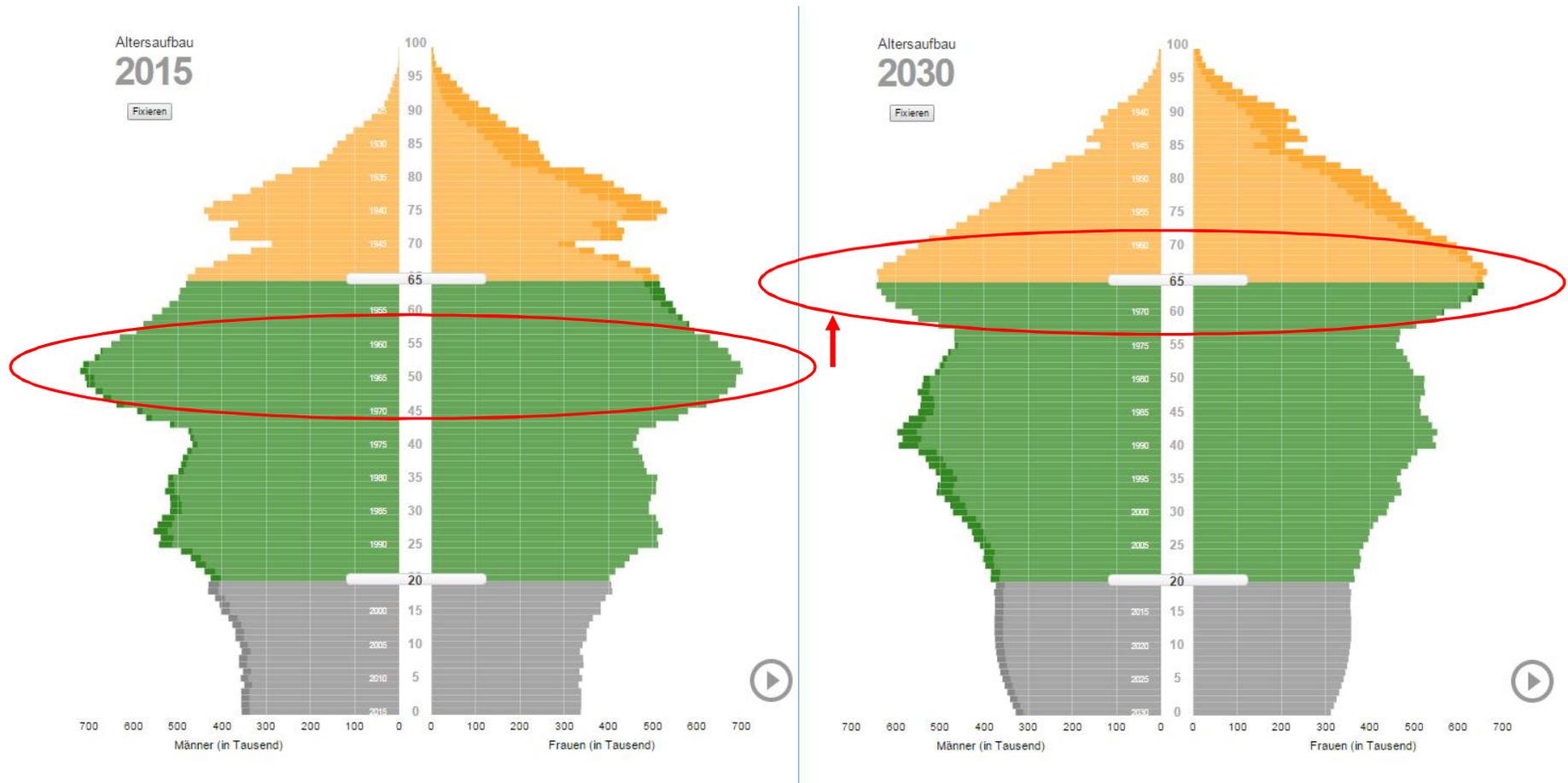
■ stark wachsend ■ wachsend ■ stabil ■ schrumpfend ■ stark schrumpfend

1) Betrachtete Entwicklungsindikatoren: Bevölkerungsentwicklung 2008–2013, durchschnittlicher Wanderungssaldo der Jahre 2009–2013, Entwicklung der Erwerbstätigen 2008–2013, Beschäftigtenentwicklung 2008–2013, Entwicklung der Arbeitslosenquote 2007/8–2012/13, Entwicklung der Gewerbesteuer 2007/8–2010/13. Quelle, Copyright und Daten: BBSR/ Bearbeitung FA.Z.-Grafik Brocker

Die Bevölkerung zieht in die urbanen Räume

Anpassung der Versorgungsstrukturen notwendig!

Bevölkerungsentwicklung 2015 bis 2030



Quelle: destatis

Bevölkerungsentwicklung proportional

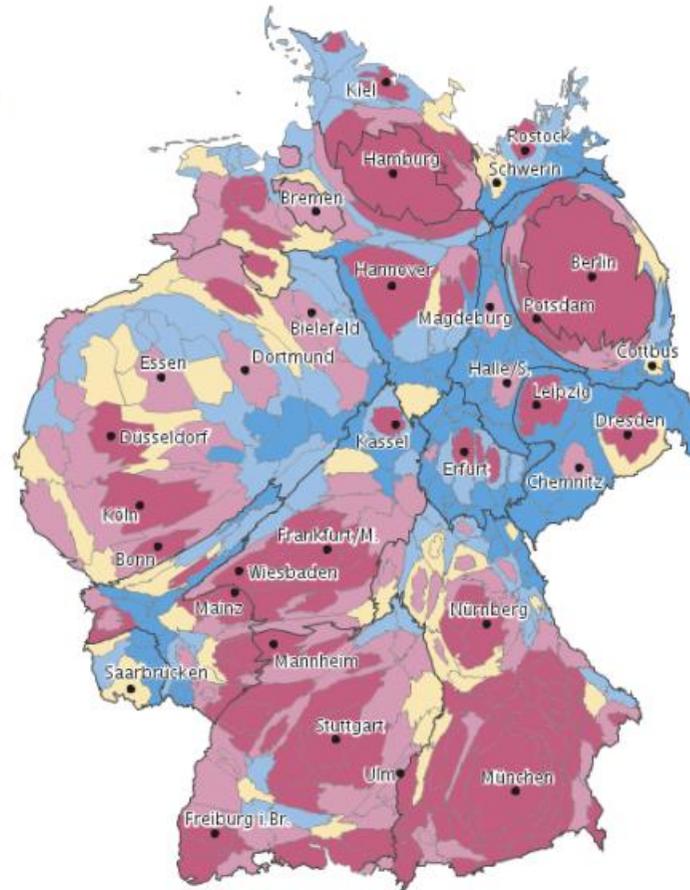
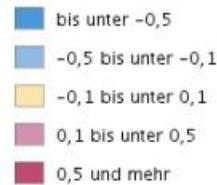


Bevölkerungsentwicklung

Name: keine Auswahl

Wert: keine Auswahl

Entwicklung der Bevölkerung 2011 bis 2012 in %



Datenbasis: Laufende Raubeobachtung des BBSR, Bevölkerungsfortschreibung des Bundes und der Länder

© BBSR Bonn 2015

- Sogwirkung der Ballungszentren
- Landflucht in strukturschwachen Gebieten (neue Bundesländer)

Geoinformationen © Bundesamt für Kartographie und Geodäsie, eigene Generalisierung. Zentrale Orte: Pläne und Programme der Länder

Bevölkerungsanteil im Rentenalter proportional

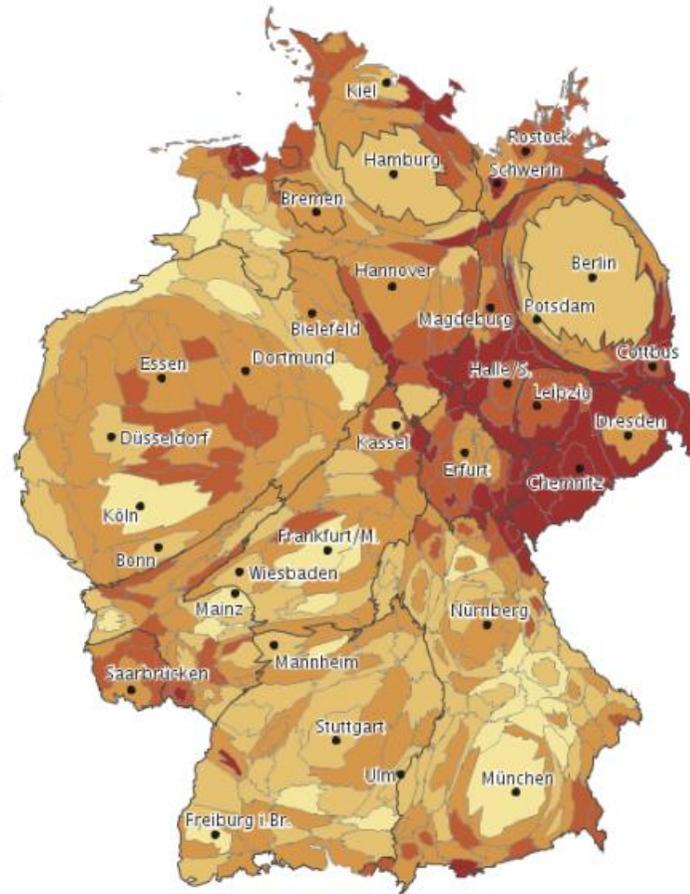


Einwohner 65 Jahre und älter

Name: Recklinghausen

Wert: 21,5

Einwohner mit 65 und mehr Jahren je 100 Einwohner 2012



Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR, Bevölkerungsfortschreibung des Bundes und der Länder

© BBSR Bonn 2015

- Dort, wo die Abwanderung stattfindet, steigt das Rentenalter überproportional; es wandern die jungen Menschen ab.

Geoinformationen © Bundesamt für Kartographie und Geodäsie, eigene Generalisierung. Zentrale Orte: Pläne und Programme der Länder

Die zukünftig größten Herausforderungen

- Nachhaltige Gestaltung der Finanzierungsgrundlagen der GKV
- Änderung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft
- Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum
- Versorgungskonzepte für eine älter werdende Gesellschaft
- Nutzung der Digitalisierungsmöglichkeiten
- Patientennahe Umsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts
- Stärkung der Prävention
- Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
- Europas Einfluss beachten



Krankenhausversorgung

Qualitäts- und Mengenproblem

In den urbanen Regionen gibt es Überkapazitäten, die zu einer Überversorgung führen.

↳ Dies führt zu ökonomisch motivierten Leistungs- und Fallzahlsteigerungen und bedeutet **fehlende Indikationsqualität**.

Durch Binnenwanderungen können Versorgungsprobleme erwachsen, da einerseits Belegungsrückgänge entstehen können und andererseits Krankenhausabteilungen aufgrund von Personalmangel schließen müssen.

↳ Der damit verbundene Fallzahlrückgang führt entsprechend der Mindestmengentheorie zu **Problemen der Ergebnisqualität**.

Problemlage: Über-, Unter- und Fehlversorgung

- Indikationsqualität ist nicht gesichert und führt zu Problemen ökonomisch motivierter Fallzahlsteigerungen
- Regionale Veränderungen nehmen zu!
- Demografie hat Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt
- Was heute zu wenig stattfindet:
 - der **Abbau** von Überkapazitäten,
 - die **Konzentration** von stationären Versorgungsangeboten
 - und die **Umwandlung** in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen.
- Eine Integrierte Versorgungsplanung mit dem ambulanten Bereich findet nicht statt

Wir müssen ...

- die stationären Ressourcen von heute dorthin umverteilen, wo sie morgen benötigt werden.
- Krankenhausschließungen nutzen, um gezielte Personalwanderungen zu fördern.
- gezielte Konzentrationsprozesse einleiten, um regionalen und demografischen Veränderungen zu begegnen.
- diese Umstrukturierungsprozesse mit einer qualitätsorientierten Planung unterstützen.
- die Pflege- und Therapeutenberufe jetzt attraktiv gestalten, damit die künftige Personalrekrutierung im Branchenwettbewerb bestehen kann.



Ambulante Versorgung

Ärztemangel: Mythos oder Wirklichkeit?

- Abnehmende Bevölkerung heißt sinkende Anzahl an Erwerbspersonen, heißt weniger Ärzte
- Der propagierte Ärztemangel ist ein (interessengeleiteter?) Mythos!
- 99 % der Planungsbereiche sind aktuell regel-/überversorgt
- Das Hauptproblem der ambulanten ärztlichen Versorgung ist die Konzentration in den Zentren!
- Es fehlen effizientere Instrumente zur Angebotssteuerung!
- Immer höhere Honorare lösen nicht die vorhandenen Versorgungsprobleme!

Mangel trotz Überfluss - die ambulante Versorgung bleibt unter ihren Möglichkeiten!

- Erhebliche Versorgungsprobleme bei Patienten mit hohem Versorgungsaufwand.
- GKV ist permanent gezwungen, die Regelversorgung durch Selektivverträge „nachzuarbeiten“ (Pflegeheimbewohner, Wundversorgung, Chroniker, Polypharmazie, immobile Patienten etc.).
- Selektivverträge sind teilweise teuer und entwerten die Kollektivversorgung; Gefahr einer zersplitterten Versorgungslandschaft.

Bedarfsplanung muss zwingend von regionaler Infrastrukturpolitik flankiert werden!

- Die beliebtesten Regionen sind nach einer Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor allem urbane Zentren, wie Hamburg (63 %) und Berlin (49 %). Bei den Ländern wurde Nordrhein-Westfalen von 51 % der Befragten genannt, das Schlusslicht Sachsen-Anhalt war nur für 17 % der angehenden Mediziner attraktiv.
- Für fast 50 % der Studierenden ist eine Tätigkeit in einer Landgemeinde (unter 2.000 Einwohnern) nicht vorstellbar.
- Kommunen müssen über eine gute regionale Infrastrukturpolitik (Arbeitsangebote, Kinderbetreuung, kulturelle Angebote, Verkehrswege, Freizeitangebote, Praxisräume etc.) mitsteuern.



Medizinisch-technischer Fortschritt/ Digitalisierung

Medizinischer Fortschritt als Motor der demografischen Entwicklung (längeres Leben)

Digitale Medizin

- Telemedizin, Gesundheits-Apps, digitale Vernetzung als Chance
- private Gesundheit als „öffentliches Eigentum“, Risikoselektion (Solidarität lebt von „Unwissenheit“)



Personalisierte Medizin/Gendiagnostik

- hochspezialisierte/individuelle Medizin mit spezialisierter/n Versorgungskonzepten)
- ethische Debatte über Finanzierbarkeit des Sozialsystems (finanzierbare Leistungen bzw. deren Ausschluss)

Durch die zunehmende Digitalisierung sind immer mehr qualifizierte Leistungen im Bereich Gesundheit verfügbar

Versorgungsgeschehen

- Vernetzung von Daten
- Telemedizin-Anwendungen
- Diagnosen via Videokonferenz
- Fernoperationen mithilfe von Chirurgie-Robotern
- Sprechstunden per Telepräsenz
- Terminkoordination im Krankenhaus über SMS

Auswirkungen auf Versorgung und Vertragsgeschäft

Krankenkassen

Beispiele

- Online-Geschäftsstellen/ Customer-Self-Service
- Gesundheits-Apps
- Nutzung moderner Medienkanäle für interne und externe Kommunikation

**Wettbewerbsfaktor:
Zukunftsweisende Trends
aufgreifen und nutzen**



Prävention

Präventive Leistungen als „Kernaufgabe“ der gesetzlichen Krankenversicherung

- Prävention wird Kernaufgabe der GKV (keine Satzungsleistung mehr)
- Präventive Leistungen wissenschaftlich fundiert und an der eigentlichen Zielgruppe (und nicht nach Marketing-Gesichtspunkten) ausrichten
- Prävention im oben genannten Sinne schützt Sozialsysteme vor finanzieller Überforderung



ABER: Zahlreiche Aufgaben bleiben ungelöst!

➤ „Alle reden mit – aber nur die GKV finanziert verbindlich“

Ungelöst bleibt:

- Sicherstellung einer flächendeckenden gesundheitsgerechten Schulverpflegung
- bauliche Sanierung von Schulen, Kitas, Sporteinrichtungen
- angemessene finanzielle Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- verhältnispräventive Maßnahmen, wie Werbeeinschränkungen und Steuererhöhungen für Tabak und Alkohol



Pflegeversicherung

Leistungsfähige sozialen Pflegeversicherung als „sozialer Kitt“ der Gesellschaft

- Soziale Pflegeversicherung ist sozialer Gradmesser für eine Gesellschaft
- Zuwanderung wird demografische Entwicklung „entschleunigen“
- Focus noch stärker auf soziale Leistungen im Alter
- Stärkere politische Lobby der „älteren Generation“: Angleichung an SGB V (keine Teilkasko), Finanzierung solidarisch/paritätisch



Zukunftsaufgaben in der Pflegeversicherung:

- hochwertige Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes
- Ausbau der Beratungsstrukturen für Pflegebedürftige und Angehörige
- Sicherung der Pflegekapazitäten; Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufes
- nachhaltige finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung; gemeinsamer Finanzausgleich mit der privaten Pflegeversicherung



Europa und der Einfluss auf die GKV

Europäische Gesundheitspolitik

Europas Einfluss wächst

Rechtsprechung und Rechtssetzung

- integrationsfreundliche Rechtsprechung
- Rechtsfortbildung
- Kompetenzerweiterung

Wirtschafts- und wachstumspolitische Koordinierung

- Europäisches Semester
- offene Methode der Koordinierung
- Krisenbewältigung

Gesetzgebung

- weniger Richtlinien → mehr Verordnungen
- delegierte Rechtsakte

EU-Einfluss wächst und wird unabweisbar



- Wachstums- und Beschäftigungspolitik in der EU baut auf gemeinsamen „quantitativen“ Zielen auf
- Neu: Kernbereiche der Sozialversicherung betroffen
- indirekte Grenzen öffentlicher Sozialausgaben durch Haushaltsvorgaben
- Neu: Diese Grenzen werden künftig auch direkt gesetzt werden, indem Sozialausgaben auf den „EU-Prüfstand“ kommen
- Und: Wegen der Vorab-Überwachung durch die EU-Kommission geraten nationale Haushalte immer mehr unter Druck (speziell im Bereich Renten und Gesundheit)
- Konsequenz: Der Zugriff Europas auf bislang ausschließlich der nationalen Souveränität unterworfenen Sozial- und Gesundheitspolitik verdichtet sich



Herausforderungen für nationale Akteure

- wachsende Vergleichbarkeit der einzelstaatlichen Systeme erzwingt transnationale Vernetzung und Kooperation
- Qualität und Effizienz des heimischen Systems müssen „bewiesen“ werden (z. B. bei Benchmarking von Leistungsfähigkeit, Performanz und Qualität)
- europapolitische Anliegen gemeinsam mit strategischen Partnern formulieren und vertreten
- „Quantitative Kostendebatte“ über den Sozialschutz muss durch eine „qualitative Nutzendebatte“ flankiert werden
- Soziale Pflichtversicherung muss in der aktuellen Liberalisierungsdiskussion verteidigt, sozialpolitische Ziele müssen europäisch festgeschrieben werden

Aktuelle Themen

Medizinprodukte

Ziel: Angemessener Rechtsrahmen, der die Sicherheit der Medizintechnik gewährleisten würde

Forderungen:

- zentrales, behördliches Zulassungsverfahren für Hochrisiko-Medizinprodukte
- klinische Prüfungen, Wirksamkeit, Transparenz
- mehr Rechte für geschädigte Patienten

„Die EU-Mitgliedstaaten sind in allen Punkten meilenweit von einem gemeinsamen Standpunkt entfernt.“

Aktuelle Themen



Mehrwertsteuer

Grünbuch und Konsultationen der Europäischen Kommission
Beitragszahlern zur Sozialversicherung droht Mehrbelastung
von 34 Milliarden Euro jährlich

Aktuell in Deutschland:
Kooperationen der Krankenkassen besteuern

**„Kassen brauchen eine Lösung, die es ihnen ermöglicht,
ihre Aufgaben auch weiterhin durch sinnvolle Formen
der Zusammenarbeit effizient zu erfüllen.“**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung!**

Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11 – 3 84 10 – 11
dirk.ruiss@vdek.com