

*Gesundheitspolitische
Positionen der Ersatzkassen*

2017

*für die 19. Legislaturperiode des
Deutschen Bundestages*

Die Mitgliedskassen

BARMER

BARMER

Postfach 11 07 04 · 10837 Berlin
Tel.: 08 00 / 33 20 60 99-0
Fax: 08 00 / 33 20 60 99-33 09
E-Mail: service@barmer.de
Internet: www.barmer.de



Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140 · 22305 Hamburg
Tel.: 0 40 / 69 09-17 83
Fax: 0 40 / 69 09-13 53
E-Mail: pressestelle@tk.de
Internet: www.tk.de



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27 - 31 · 20097 Hamburg
Tel.: 0 40 / 23 96-0
Fax: 0 40 / 23 96-26 75
E-Mail: service@dak.de
Internet: www.dak.de



KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61 · 30625 Hannover
Tel.: 05 11 / 28 02-0
Fax: 05 11 / 28 02-99 99
E-Mail: service@kkh.de
Internet: www.kkh.de



hkk - Handelskrankenkasse

Martinstraße 26 · 28195 Bremen
Tel.: 04 21 / 36 55-0
Fax: 04 21 / 36 55-37 00
E-Mail: info@hkk.de
Internet: www.hkk.de



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86 - 90 · 22041 Hamburg
Tel.: 0 40 / 6 56 96-0
Fax: 0 40 / 6 56 96-54 00
E-Mail: kontakt@hek.de
Internet: www.hek.de

Inhalt

Vorwort	4
GKV ist Erfolgsmodell und Garant für Stabilität	5
Für eine starke Selbstverwaltung	8
Finanzierung der GKV sichern	12
Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen, RSA weiterentwickeln	16
Versorgung zukunftssicher gestalten	23
Digitalisierung befördern	35
Entwicklungen in der personalisierten Medizin unterstützen	38
Prävention als gesamtgesellschaftliche Verantwortung wahrnehmen	42
Soziale Pflegeversicherung gerät langfristig unter Druck	45

Allgemeiner Hinweis:

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Ersatzkassen richten ihren (gesundheitspolitischen) Blick auf die nächste Legislaturperiode und sehen dringenden Handlungsbedarf. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat ihre Attraktivität und ihre Stabilität in den letzten Jahren unter Beweis gestellt, die Versicherten erwarten gute Versorgungsqualität und weiterhin eine solidarische Absicherung.

Die Ersatzkassen fordern daher von den gesundheitspolitisch Verantwortlichen, dass die Finanzarchitektur schnell nachjustiert wird, sodass die heutige wettbewerbliche Schiefelage im Morbi-RSA beseitigt wird, die Beitragssätze für alle finanzierbar bleiben und die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der GKV auskömmlich finanziert werden.

Gute Versorgung braucht gute Strukturen, deshalb muss die Vernetzung des ambulanten und stationären Versorgungsbereichs vorankommen, die Verbesserung der Notfallversorgung umgesetzt und die Finanzierung der Krankenhäuser und der Arzneimittelversorgung gesichert werden. Gute Versorgung braucht auch mutige Schritte zu mehr Digitalisierung und Transparenz im Gesundheitswesen. Wichtig ist, die Eigentümer der personenbezogenen Daten müssen immer die Versicherten bleiben.

Die Ersatzkassen und ihr Verband werden sich in die gesundheitspolitische Debatte konstruktiv einbringen.



U. Klemens

Uwe Klemens

Verbandsvorsitzender des vdek



Ulrike Elsner

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des vdek

1

**GKV ist Erfolgsmodell
und Garant für Stabilität**

1

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Das Solidaritäts- und das Selbstverwaltungsprinzip haben in den letzten Jahren dafür gesorgt, dass die Attraktivität und die Akzeptanz der GKV weiter zugenommen haben.

Die Zahl der gesetzlich Versicherten sowie der beitragszahlenden Mitglieder insgesamt hat in den letzten Jahren beachtlich zugenommen. Zwischen 2010 und 2016 sind mehr als vier Millionen neue Mitglieder als Beitragszahler in einer der mittlerweile 112 gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen worden.

Waren im Jahr 2010 noch durchschnittlich 51,4 Millionen Mitglieder bzw. 69,8 Millionen Versicherte gesetzlich krankenversichert, verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen innerhalb der sechs Jahre bis 2016 einen Zuwachs auf durchschnittlich 55,2 Millionen Mitglieder bzw. 71,4 Millionen Versicherte.

Zusätzlich haben die gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren gezeigt, dass sie, abseits aller politischen Streitigkeiten, schnell und unbürokratisch in der Lage sind, Ausnahmesituationen – wie die Zuwanderung aus dem Ausland und die Flüchtlingsmigration – zu meistern.

Auch wenn sich Wanderungsbewegungen erst mit deutlicher Verzögerung zeigen, geht der GKV-Schätzerkreis in seinen Prognosen von einer weiteren Zunahme der Mitglieder- und Versicherten-zahl aus. Nach den Prognosen könnte die Mitgliederzahl auch 2017 um 1,2 Prozent deutlich zunehmen. Nach wie vor wechseln mehr privat Versicherte aus der privaten Krankenversicherung (PKV) in die GKV. So sind 2015 ca. 20.000 Versicherte mehr aus

Mehr als 71 Millionen Versicherte sind von der GKV überzeugt.

der PKV in eine gesetzliche Krankenkasse gewechselt als umgekehrt. Dieser positive Saldo wird voraussichtlich anhalten.

In Zeiten weltweiter finanzieller Unsicherheiten hat im Gegensatz zur kapitalgedeckten Absicherung die Umlagefinanzierung der GKV dafür gesorgt, dass die Gesundheitsversorgung finanzierbar bleibt und die Absicherung der Menschen über die GKV attraktiv ist. Die tragenden Prinzipien der GKV sind gerade in Zeiten großer Veränderungen und Unsicherheiten unersetzlich.

Die Politik darf diese Stabilität, Verlässlichkeit und Attraktivität der GKV nicht durch systemfremde Eingriffe gefährden. In Bezug auf die Systemgrenze GKV/PKV darf die Politik keine einseitigen Eingriffe zugunsten der PKV und zulasten der GKV vornehmen. ■

**Selbstverwaltung,
Solidarität und Sach-
leistung als tragende
Prinzipien der GKV
sind unersetzlich.**

2

Für eine starke Selbstverwaltung

2

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen erfüllt wichtige Gestaltungsaufgaben, die ihr der Gesetzgeber übertragen hat. Sie garantiert eine versicherten- nahe, leistungsfähige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Sie steht dabei für Solidarität und Mitbestimmung der Beteiligten und Betroffenen. Die Steuerung des Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltung ist ein leistungsfähiges Prinzip, dessen Stärken sich in Abgrenzung zu staatlich oder privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen deutlich zeigen.

Die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten der Krankenkassen stellen sicher, dass die Versorgung im Interesse der Betroffenen gestaltet wird. Die Krankenkassen und ihre Verbände bündeln diese Interessen, um die Gesundheitsversorgung zu sichern und weiterzuentwickeln. Dies geschieht zum Beispiel durch Verträge mit Leistungserbringern, durch Satzungsbeschlüsse der Krankenkassen und durch die Beteiligung an Gesetzgebungsprozessen.

Auch im Jahr der Sozialwahlen 2017 zeigt sich, dass die gewählten Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber unverzichtbar sind. Mit ihrem Engagement im sozialpolitischen Bereich tragen die Selbstverwalter maßgeblich zu dem bei, was die GKV auszeichnet: Bürgernähe, Solidarität, Wirtschaftlichkeit und eine Gesundheitsversorgung, die für ihre hohe Qualität international hoch angesehen ist. Die soziale Selbstverwaltung ist ein Teil der sozialstaatlichen Ordnung. Und sie stellt sicher, dass sich die Versicherten beim wichtigen Thema Gesundheit nicht allein auf die Politik oder die privatwirtschaftlichen Unternehmen verlassen müssen.

Selbstverwalter garantieren Bürgernähe, Solidarität, Wirtschaftlichkeit und hohe Qualität der GKV.

Die besondere Leistung der sozialen Selbstverwaltung muss anerkannt werden; die Modernisierung der Sozialwahl ist überfällig.

Politisch Verantwortliche sollten diese besondere Leistung der sozialen Selbstverwaltung für die Sozialversicherung in Deutschland anerkennen. Sie sollten zukünftig die Selbstverwaltung stärken und die Sozialwahlen als Legitimationsgrundlage modernisieren. Das faktische politische Handeln des Gesetzgebers sieht allerdings in den letzten Jahren anders aus:

Die Entscheidungskompetenz der Selbstverwaltung wurde durch gesetzliche Maßnahmen schrittweise immer weiter geschwächt zugunsten einer verstärkten staatlichen Steuerung und eines Ausbaus der Aufsichtsrechte über die Krankenkassen und ihre Verbände. Beispiele dieser Einschränkung der Entscheidungsrechte der Selbstverwaltungsorgane sind insbesondere die massiven Einschränkungen bei der Beitragssatzgestaltung, das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge und die Verpflichtung, die Vorstandsverträge dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorzulegen.

Selbst bei der Bestellung der Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) behält sich der Gesundheitsausschuss des Bundestages ein Widerspruchsrecht vor.

Mit zunehmender Staatsnähe entfernt sich das Gesundheitswesen von den sozialen Gruppen, die es tragen: Versicherte und Arbeitgeber. Die Selbstverwaltung der Ersatzkassen sieht diese Entwicklung mit Sorge und fordert eine Richtungsumkehr hin zu einer tatsächlichen Stärkung des Prinzips der Selbstverwaltung in der GKV.

Um eine starke Selbstverwaltung zu fördern, sollten ihre Leistungsfähigkeit und ihre Gestaltungsmöglichkeiten erhalten und

ausgebaut werden. Die Ersatzkassen fordern daher die politisch Verantwortlichen auf,

1. in einen konstruktiven Dialog mit der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu treten, um die ihr zugrunde liegenden Prinzipien sinnvoll weiterzuentwickeln und sie zu stärken. Hier sind klare Rahmenbedingungen und nachvollziehbare Kompetenzverteilungen für die Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen notwendig.
2. die staatliche Aufsicht auf das notwendige Maß zu begrenzen und auf Rechtsfragen zu beschränken. Eine Umgestaltung der Aufsicht von einer Rechts- hin zu einer Fachaufsicht ist entschieden abzulehnen.
3. die Finanzautonomie der Krankenkassen vollständig wieder herzustellen und die Satzungsautonomie nicht einzuschränken.
4. die Autonomie der Selbstverwaltung bei Personalentscheidungen zu wahren und neu zu begründen.

Die Ersatzkassen erwarten von der neuen Bundesregierung, dass sie auf Vorarbeiten der Selbstverwaltung in den letzten Jahren zurückgreift und eine Reform der Selbstverwaltung und die Modernisierung der Sozialwahl zeitnah umsetzt. Insbesondere die Stimmabgabe per Mausclick bei den Sozialwahlen (Online-Wahl) kann neue Interessenten und vor allem junge Menschen zur Teilnahme an den Wahlen motivieren. Allerdings müssen dazu zeitnah die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. ■■■

Die neue Bundesregierung muss die Selbstverwaltung stärken und die Vorschläge der Ersatzkassen für eine Weiterentwicklung aufgreifen.

3

Finanzierung der GKV sichern

3

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) vom 24.7.2014 wurde die Wettbewerbsordnung innerhalb der GKV grundlegend verändert. Der allgemeine Beitragssatz von 15,5 Prozent (2011 – 2014) wurde auf 14,6 Prozent reduziert. Seit dem 1.1.2015 finanzieren die Mitglieder der GKV das entstehende Defizit durch einkommensabhängige Zusatzbeitragssätze (0,9 Beitragssatzprozent 2015). Für die Jahre 2016 und 2017 hat das BMG den GKV-weiten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf 1,1 Prozent festgesetzt.

Diese Entwicklung wird jedoch nicht von Dauer sein: Die Entnahme von 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds war 2017 eine einmalige Entlastung für den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent. Die Gesamtausgaben der GKV werden die Gesamteinnahmen des Fonds zunehmend übertreffen, sodass die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben weiter auseinandergehen wird. Die Krankenkassen müssen diese wachsenden Lücken durch Zusatzbeitragssätze schließen, die allein von den Mitgliedern zu tragen sind. Die Folge wird sein: Von 2018 bis 2020 werden die Zusatzbeitragssätze steigen, voraussichtlich jährlich um mindestens 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte auf dann 1,8 Prozent im Jahr 2020.

Um die Belastungen für die Mitglieder zu reduzieren, müssen die Rücklagen im Gesundheitsfonds weiter abgeschmolzen werden. Über die gesetzliche Mindestreserve hinausgehende Mittel sollten an die Krankenkassen über Zuweisungen im Folgejahr zurückfließen. Der Gesundheitsfonds darf keine Sparkasse sein.

Der Druck auf die Zusatzbeiträge wird steigen. Die Belastung der Mitglieder muss reduziert werden.

Überschüsse im Gesundheitsfonds für die Versorgung nutzen

Das Abschmelzen der Rücklage ist auch vor dem Hintergrund der anhaltenden Negativverzinsung eine überfällige Maßnahme: Durch die Geldpolitik der Europäischen Zentralbank (EZB) mit Strafzinsen auf kurzfristige Einlagen mussten 2015 bereits 1,8 Millionen Euro, bis zum 3. Quartal 2016 bereits wieder vier Millionen Euro an Beitragsgeldern an Strafzinsen gezahlt werden, die nicht für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Aus Sicht der Ersatzkassen muss die oben beschriebene, absehbare Zusatzbeitragsentwicklung durch geeignete Maßnahmen gedämpft werden. Die Ersatzkassen fordern daher, dass

- durch die weitgehende Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der GKV durch Versicherte und Arbeitgeber der gesellschaftliche Zusammenhalt gestärkt wird.
- die hohen Finanzreserven des Gesundheitsfonds Ende 2017 von immer noch über sieben Milliarden Euro bis auf die gesetzlich festgelegte Mindestreserve für die Zuweisungen an die Krankenkassen zu nutzen sind. Dieses Geld der Beitragszahler würde dann für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.
- der Beitrag für Hartz-IV-Bezieher anzupassen ist. Unbestritten ist, dass seit vielen Jahren die Krankenkassen für Hartz-IV-Bezieher einen Betrag zugewiesen bekommen, der deutlich unter den durchschnittlichen Leistungsausgaben liegt. Das jährliche Defizit von mehreren Milliarden Euro wird heute alleine von den Beitragszahlern der GKV geschultert und bürdet ihnen

weitere systemfremde Aufgaben auf, die mit dem heutigen Steuerzuschuss nicht abgegolten werden können.

- Bei der Beitragsbemessung von freiwillig GKV-Versicherten (insbesondere von Solo-Selbstständigen) besteht dringender Handlungsbedarf. Deren Beitragsrückstände sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Die heutigen Mindestbemessungsgrundlagen für Selbstständige überlasten viele. Es kommt zu Beitragsschulden. Diese sind nicht durch ein mangelhaftes Forderungsmanagement der Krankenkassen verursacht, sondern durch die dauerhaft problematische finanzielle Situation der Beitragsschuldner.

Nach Ansicht der Ersatzkassen sollte in jedem Fall an der Vorgabe einer Mindestbemessungsgrundlage festgehalten werden. Aus sozialpolitischen Erwägungen schlagen die Ersatzkassen vor, die Mindestbemessungsgrundlage der freiwillig versicherten Selbstständigen und der sonstigen freiwillig Versicherten anzugleichen. Da es sich bei der Thematik Beitragsschulden und Versicherung der Selbstständigen um eine gesamtgesellschaftlich relevante Aufgabe handelt, die nicht durch die Beitragszahler der GKV allein zu lösen ist, müssen die finanziellen Auswirkungen durch Steuerzuschüsse aufgefangen werden. ■

Die Steuerzuschüsse für Hartz-IV-Bezieher und die Beiträge für Selbstständige müssen angepasst werden.

4

**Faire Wettbewerbsbedingungen
schaffen, Risikostrukturausgleich
weiterentwickeln**

4

Da die Höhe des Zusatzbeitragssatzes der einzelnen Krankenkasse ein prägnantes Preissignal für die Mitglieder ist, gewinnen Krankenkassen mit niedrigen Zusatzbeitragssätzen Mitglieder, während Krankenkassen mit hohen Zusatzbeitragssätzen entsprechend Mitglieder verlieren.

Der Gesetzgeber hatte sich von der Einführung des kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitragssatzes ab 2015 durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) die Stärkung des Krankenkassenwettbewerbs versprochen. Wären die Unterschiede der Zusatzbeitragssätze alleine auf gutes und weniger gutes Management der Krankenkassen zurückzuführen, wäre dies genau der von der Politik gewollte Wettbewerb. Allerdings zeigt sich, dass die großen Unterschiede in den kassenindividuellen Zusatzbeitragssätzen eben nicht durch besonders wirtschaftliches oder unwirtschaftliches Handeln erklärbar sind.

Tatsächlich sind diese Unterschiede auf ungerechtfertigte Über- und Unterdeckungen des Morbi-RSA zurückzuführen. Erhalten die Krankenkassen mehr Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als sie für die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten benötigen, spricht man von Überdeckung. Kassen mit Unterdeckungen sind demgegenüber nicht in der Lage, ihre Versicherten allein mit den Zuweisungen zu versorgen, sie müssen ihren Zusatzbeitragssatz erhöhen. In Zahlen: Die Überdeckung der AOK betrug 2015 über eine Milliarde Euro, die Unterdeckung bei den Ersatzkassen betrug ca. 650 Millionen Euro. Ähnliche Unterdeckungen gibt es bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen.

Ungerechtfertigte Über- und Unterdeckungen im Morbi-RSA verzerren den Wettbewerb.

Der Morbi-RSA muss schnell reformiert werden, die Ersatzkassen haben gemeinsame Vorschläge zur Weiterentwicklung vorgelegt.

Der heutige Morbi-RSA erfüllt nicht sein Ziel, faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Die Spannweite der Zusatzbeitragssätze ist für Krankenkassen mit hohen Sätzen wettbewerbsgefährdend. Aus Sicht der Ersatzkassen ist hier der Gesetzgeber gefordert, beide Ziele des Morbi-RSA in den Fokus zu nehmen: Auf der Ebene der Kassen zeigen sich ungerechtfertigte Wettbewerbsnachteile durch Unterdeckungen mit der Folge hoher Zusatzbeitragssätze, auf der Ebene der Versicherten ist die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA dagegen hoch.

Unbestritten ist, dass alle Beteiligten die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Morbi-RSA sehen und der Morbi-RSA das technische Fundament für den Krankenkassenwettbewerb ist. Unbestritten ist zudem, dass er als lernendes System in der Lage ist, für möglichst ausbalancierte faire Wettbewerbsbedingungen zu sorgen. Alle bisherigen Stellungnahmen analysieren die derzeitige Situation und machen Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Jeder der Akteure betont die Notwendigkeit, den Morbi-RSA weiterzuentwickeln. Dies ist ein wichtiges Signal an die politischen Entscheidungsträger, dass jetzt Grundlagen für weitere Reformen gelegt werden müssen.

Die Ersatzkassen sehen beim Morbi-RSA erheblichen Handlungsbedarf. Als größte Kassenart mit fast 28 Millionen Versicherten haben sie gemeinsame Vorschläge zur Reform des Morbi-RSA entwickelt. Das Reformpaket umfasst sechs verschiedene Vorschläge, die geeignet sind, die Schiefelage im Wettbewerb deutlich abzuschwächen und den Morbi-RSA weniger manipulationsanfällig zu gestalten.

Reformvorschlag Auslandsversicherte: Für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland gab es jahrelang zu viel Geld aus dem Fonds, weil die tatsächlichen Kosten der Versorgung im Ausland meist geringer ausfallen als die auf inländischen Maßstäben errechneten Zuweisungen. Die Ersatzkassen regen hier an, künftig – wie von Gutachtern aufgezeigt – die Zuweisungen im Morbi-RSA auf der Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen vorzunehmen.

Reformvorschlag Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente: In Deutschland differieren die Kosten für die gesundheitliche Versorgung stark. In den Ballungsgebieten herrscht eine größere Versorgungsdichte, es gibt ein ausdifferenziertes fachärztliches und heilberufliches Angebot, hochspezialisierte Kliniken und Krankenhäuser. In der Folge sind die Ausgaben je Versicherten für die Versorgung in städtischen Verdichtungsräumen deutlich höher als auf dem Land. Davon profitieren insbesondere Krankenkassen mit begrenzter regionaler Ausstrahlung und einem Versichertenstamm in ländlichen Gebieten. Benachteiligt sind Krankenkassen mit vielen Versicherten in den Städten, die überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursachen. Die Versorgungsstrukturen und Preise in den Regionen sind durch die Krankenkassen so gut wie nicht beeinflussbar. Während Krankenkassen mit Versorgungsschwerpunkt in den Städten Ausgabenunterdeckungen hinnehmen müssen, können Regionalkassen in ländlichen Räumen mit Überdeckungen aus dem RSA ihre Zusatzbeitragssätze subventionieren. Über eine Versorgungsstrukturkomponente, die insbesondere auf regionale Differenzen Rücksicht nimmt, sollten deshalb die strukturbedingten Ausgabenunterschiede ausgeglichen werden.

Dringend sind Reformen bei den Über- und Unterdeckungen für Auslandsversicherte und in der regionalen Versorgung. Wir brauchen eine Versorgungsstrukturkomponente.

Ein Hochrisikopool verteilt die extrem hohen Kosten für bestimmte Krankheiten wettbewerbsneutraler.

Reformvorschlag Einführung eines Hochrisikopools: Jede Krankenkasse hat Versicherte, bei denen für bestimmte Krankheiten extrem hohe Kosten entstehen. Es ist in der Regel Aufgabe großer Versichertenkollektive, diese Risiken abzufedern. Hat aber eine Krankenkasse überproportional viele sehr teure Patienten oder ist eine Krankenkasse zu klein für einen internen Ausgleich, können diese Risiken den Fortbestand dieser Krankenkasse gefährden. Bereits 2002 bis 2008 gab es deshalb einen Risikopool, der reibungslos funktionierte. Auf der Grundlage der damaligen Gesetzesregelungen könnte umgehend ein Hochrisikopool eingeführt werden, der wettbewerbliche Nachteile abfedert, die nicht von den Krankenkassen beeinflussbar sind, mehr noch: die auch nicht von den Krankenkassen beeinflusst werden sollen.

Reformvorschlag Änderung der Berechnungsmethode bei der Krankheitsauswahl: Durch den Gesetzgeber ist festgelegt, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) 50 bis 80 Krankheiten auswählt, für die gesonderte Zuschläge erfolgen. Die Krankheitsauswahl findet anhand folgender Kriterien statt:

- die Durchschnittskosten der Krankheit je Versicherter,
- die Krankheitsschwere (Anteil der Erkrankten, die im Krankenhaus behandelt werden, oder ob es sich um eine chronische Krankheit handelt),
- und als finales Kriterium die Kostenintensität.

Für die Prüfung der Kostenintensität ist die Frage zentral, was unter einer kostenintensiven Krankheit verstanden wird. Handelt es sich hier um Krankheiten, die in der Einzelbehandlung besonders kostenintensiv sind (oftmals seltene Erkrankungen), oder um Krankheiten, die erst durch eine große Anzahl an Erkrankten kostenintensiv werden (oftmals Volkskrankheiten)? Durch die derzeit angewandte Rechenmethode verteilt der Morbi-RSA vermehrt Zuschläge für Volkskrankheiten. Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Dadurch werden Krankenkassen schlechter gestellt, die Patienten versichern, die etwa an einer schweren Lungenerkrankung, einer Luxation des Hüftgelenks oder ausgedehnten Verbrennungen leiden. Diese Krankheiten sind im Regelfall nicht durch Krankenkasse oder Patient beeinflussbar.

Mit Einführung des Morbi-RSA war es jedoch erklärtes Ziel des Gesetzgebers, jene Krankheiten besonders zu berücksichtigen, die eine „besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen“ bzw. „wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ haben. Das trifft vor allem auf die Krankheiten zu, bei denen jeder einzelne Behandlungsfall besonders teuer ist. Oftmals ist der Verlauf bei diesen Krankheiten zudem sehr schwer. In einem von Solidarität getragenen System sind es diese Fälle, die eine besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen haben, weil sie in sehr großem Ausmaß auf die Solidargemeinschaft angewiesen sind. Durch die Umstellung der Prävalenzgewichtung zu Gunsten seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten würde diesem Aspekt Rechnung getragen.

Bei der Auswahl der Krankheiten für den Morbi-RSA besteht Korrekturbedarf. Die Manipulationsanfälligkeit muss gesenkt werden.

Nicht mehr benötigte Zuschläge müssen gestrichen werden. Das vermeidet Bürokratie und ist schnell umsetzbar.

Reformvorschläge Streichung der Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner und der DMP-Programmkostenpauschale: Die Streichung der heutigen Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner (EMG-Zuschläge) und der Zuschläge für die Programmkostenpauschale bei Disease-Management-Programmen (DMP) können den Morbi-RSA um nicht mehr benötigte Detailregelungen entlasten. Mit der Einführung des Morbi-RSA sind die systemfremden EMG-Zuschläge entbehrlich. Die krankheitsbedingte Ausgabenbelastung wird heute über die Morbidität erfasst. Die Zuschläge für die DMP-Programmkostenpauschale waren als „Starthilfe“ für die neue Versorgungsform DMP gedacht. Das ist heute nicht mehr notwendig und im Übrigen in einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA systemfremd.

Die Politik muss rasch handeln und die Reform des RSA zügig angehen. Die GKV braucht einen fairen Wettbewerb. ■■■

5

Versorgung zukunftssicher gestalten

5

Die Ersatzkassen garantieren qualitativ hochwertige Versorgung und stellen sich den Herausforderungen der Zukunft.

Oberstes Ziel der Ersatzkassen ist es weiterhin, eine umfassende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Ersatzkassen sind der Auffassung, dass die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens wichtige Impulse für Innovationen, Qualitätsverbesserungen und eine effektive Ressourcensteuerung gibt. Für diesen Wettbewerb brauchen die Krankenkassen Handlungsspielräume, um Qualität, guten Service sowie ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis anbieten zu können.

Die Ersatzkassen stellen sich den großen Herausforderungen der Zukunft:

- Die Rahmenbedingungen für die Versorgung im stationären und ambulanten Sektor müssen verbessert werden.
- Es muss endlich ein Durchbruch zugunsten einer besseren Verzahnung der Sektoren erzielt werden.
- Der Arzneimittelmarkt muss finanzierbar bleiben, Patienten müssen weiterhin an Innovationen zu qualitätsgesicherten und bezahlbaren Bedingungen teilhaben können.
- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss insbesondere den Patienten und Versicherten zu Nutze kommen.

In der 18. Legislaturperiode sind zahlreiche Gesetze verabschiedet worden, die die Versorgung stärken sollen – im ambulanten und im stationären Bereich, bei Hospizen, in der Prävention und in der Pflege. In vielen Bereichen sind jedoch weitere Reformarbeiten notwendig. Die Ersatzkassen machen hierzu Vorschläge.

Um gleiche Wettbewerbschancen für alle Krankenkassen sicherzustellen, müssen die verschiedenen Aufsichtsbehörden zwingend geltende Prüfkriterien einheitlich anwenden. Nur dann sind die Voraussetzungen gegeben, dass die vielen Prüfinstanzen BVA, Landesaufsichten und Bundesrechnungshof maßvoll Aufsicht ausüben können. In einem föderalistischen und wettbewerblichen System ist wichtig, dass sich Aufsichtshandeln nicht von Land zu Land oder zwischen Bundes- und Landesebene unterscheidet – Aufsichtshandeln muss sich durch die einheitliche Anwendung geltender Prüfkriterien auszeichnen.

Ein zentrales Problem der Krankenhausfinanzierung ist die seit Jahren rückläufige Investitionsförderung der Länder. Halbherzige Investitionsförderprogramme folgen einer Krankenhausplanung, die bestehende Strukturen in der Regel nur fortschreibt. Die Länderinvestitionsquote liegt derzeit im Bundesdurchschnitt bei etwa 3,5 Prozent. Die tatsächlichen Investitionsausgaben der Krankenhäuser dürften bei sechs bis acht Prozent liegen. Das bedeutet, dass etwa die Hälfte der Investitionsausgaben aus Betriebskosteneinsparungen finanziert wird. Die Wirtschaftlichkeit konnte durch Fallzahlsteigerungen und Personalstellenabbau, hauptsächlich im Pflegebereich, erhöht werden („schleichende Monistik“).

Die Länder waren im Rahmen der Krankenhausstrukturreform 2015 nicht bereit, ihre Investitionsförderung zu erhöhen. Stattdessen wurden Verbesserungen der Betriebskostenfinanzierung durchgesetzt, die die Fehlentwicklungen der letzten Jahre noch verstärken. Überhöhte Betriebskostentgelte zur Kompensation fehlender Investitionsmittel werden weitere Mengenausweitungen verursachen. Medizinisch nicht indizierte Leistungen sind

**Gute Versorgung
braucht einheitliche
Aufsichtspraxis.**

**Krankenhausfinan-
zierung immer noch
unzureichend: Bundes-
länder müssen endlich
ihre Investitions-
förderung erhöhen.**

**Die unzureichende
Investitionsfinanzierung
der Länder führt zu
zahlreichen Problemen.**

aber zu vermeiden. Gerade operative Leistungen setzen Patienten einem erhöhten Risiko aus.

Eine erhebliche Verkürzung der stationären Liegedauer führte zu freiwerdenden Bettenkapazitäten, die durch den beschriebenen Fallzahlenanstieg kompensiert wurden. Insgesamt hat dies zu einer erheblichen Leistungsverdichtung, insbesondere im Pflegebereich, geführt. Gleichzeitig wurden aber viele Pflegestellen abgebaut, um durch Betriebskosteneinsparungen fehlende Investitionsmittel zu kompensieren. Auch höhere Ausfallquoten und Fluktuation dürften auf diese Entwicklung zurückgehen. Die Attraktivität des Pflegeberufes ist durch diese Entwicklung stark in Mitleidenschaft gezogen worden. Auch das Pflegesonderprogramm 2009 bis 2011 konnte diese Entwicklung nicht stoppen. Es führte nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst. Personal wurde auf- und gleichzeitig bzw. später wieder abgebaut. Die Nachweispflichten waren unzureichend geregelt und haben die Nachhaltigkeit des Programms nicht gewährleisten können. Das neue Pflegestellenförderprogramm geht in dieselbe falsche Richtung. Zudem fehlen derzeit Anreize für eine verstärkte Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften.

Die kritische Mengen- und Pflegepersonalentwicklung geht letztendlich auf eine unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder zurück.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 hatte der Gesetzgeber die Investitionsfinanzierung reformiert. So ist für Plankrankenhäuser eine Förderung in Form von leistungsorientierten Investitionspauschalen seit 2012 möglich.

Entsprechende Kataloge der Investitionsbewertungsrelationen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) liegen für die letzten Jahre vor. Diese Möglichkeit wird von den Ländern aber bisher kaum genutzt.

Der pauschalierte Investitionsbedarf wird mithilfe von bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen (IBR) in einem Katalog abgebildet. Der Katalog zeigt den leistungsbezogenen Investitionsbedarf für die unterschiedlichen Fallpauschalen auf und dient dazu, die Investitionsmittel der Bundesländer transparenter und gerechter an die Krankenhäuser zu verteilen.

Deshalb fordern die Ersatzkassen:

- Die Bundesländer stellen ihre Pauschalförderung auf leistungsbezogene Investitionsbewertungsrelationen um. Hiermit soll Transparenz und Verteilungsgerechtigkeit erwirkt werden.
- Der Bund muss sich an der Investitionsfinanzierung beteiligen (zum Beispiel mit einem „Sonderfinanzierungsprogramm leistungsfähige Krankenhäuser“, das aus Mitteln des Bundeshaushaltes finanziert wird). Zusätzlich ist eine Investitionsquote für die Länder gesetzlich als Untergrenze zu verankern.
- Bei der Mittelverteilung im Rahmen der Einzelförderung müssen die Krankenkassen ein verbindliches Mitspracherecht bei der Aufstellung der Investitionsprogramme erhalten.
- Damit Pflegepersonal nicht aufgrund fehlender Investitionsmittel abgebaut wird, bedarf es einer geregelten Nachweispflicht der bestehenden Pflegestellen gegenüber den Krankenkassen.

Eine Investitionsquote muss gesetzlich als Untergrenze verankert werden.

Aktives Versorgungsmanagement gestalten

Um den universellen Versorgungsauftrag der Krankenkassen zu verbessern, sollten die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, auch aktiv in das Versorgungsmanagement der Versicherten einzugreifen, damit die Versicherten von den Krankenkassen gezielt über für sie geeignete Versorgungsangebote informiert und beraten werden können. Ansonsten können Versicherte in der Regel nur über die eigene Nachfrage von den kassenspezifischen Versorgungsangeboten erfahren bzw. sind auf Informationen durch die Leistungserbringer angewiesen, die in der Regel nicht über die Infrastruktur für eine umfassende und aktuelle Information der Versicherten verfügen.

Zudem ist ein „Werben“ der Leistungserbringer für Versorgungsangebote der Krankenkassen häufig mit zusätzlichen Vergütungsforderungen verbunden, sodass die Kompetenzstärkung der Krankenkassen auch aus Wirtschaftlichkeitsgründen angezeigt ist (Änderung des § 11 Absatz 4 SGB V).

Für eine proaktive Durchführung des Versorgungsmanagements durch die Krankenkassen ist es notwendig, dass geeignete Versicherte identifiziert werden, um diese dann gezielt den jeweiligen Angeboten des Versorgungsmanagements zuführen zu können. Hierzu bedarf es einer Grundlage zur Nutzung von Krankheitsinformationen der Abrechnungs- und Leistungsdaten (Änderung des § 284 SGB V).

Mehrausgaben im vertragsärztlichen Bereich für konkrete Versorgungsziele verwenden

Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene vereinbaren jährlich eine Steigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die die Veränderung der Morbiditätsstruktur abbilden soll. Diese Ver-

änderungsrate wird bisher ohne Beachtung spezifischer regionaler Versorgungsbedarfe dem Behandlungsbedarf zugesetzt.

Aus Sicht der Ersatzkassen sollten die Gesamtvertragspartner verpflichtet werden, zumindest einen Teil dieser morbiditätsbedingten Veränderungsrate für konkrete, regionale Versorgungsziele zu verwenden. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass das Geld auch dort ankommt, wo es in der Versorgung gebraucht wird. Das bisherige „Gießkannenprinzip“ wird damit zumindest teilweise durch eine bedarfsorientierte, gezielte Förderung abgelöst.

Die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) erfolgte Aufhebung ambulanter Kodierrichtlinien ist rückgängig zu machen. Mit den Kodierrichtlinien soll den Ärzten eine Unterstützung an die Hand gegeben werden, die das Kodieren vereinfacht und vereinheitlicht. Eine qualitativ hochwertige Kodierung ist die Voraussetzung, um Diagnosen für die Berechnung von Morbiditätsstrukturen und -änderungen wie im Morbi-RSA und in der vertragsärztlichen Versorgung nutzen zu können.

Im stationären Bereich wurden bei der Einführung des DRG-Systems stationäre Kodierrichtlinien ebenfalls verpflichtend eingeführt. Auch im Bereich der Qualitätssicherung, beispielsweise bei der Einhaltung von „Mindestmengen“, ist eine einheitliche Dokumentationspraxis auch für die ambulante Behandlung erforderlich. Ambulante Kodierrichtlinien sollten auch verbindlich für die spezialärztliche Versorgung vorgeschrieben werden. Nur so kann im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit einheitlich kodiert werden.

Ambulante Kodierrichtlinien einführen

Grundlage für die Erhebung von Kostenstrukturdaten im vertragsärztlichen Bereich schaffen

Damit ambulante Kodierrichtlinien ihre Wirkung auch tatsächlich entfalten können, muss ihre Anwendung verpflichtend sein bzw. eine Missachtung mit Sanktionsmaßnahmen verbunden sein.

Im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben, insbesondere bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes, aber auch bei der Überprüfung und Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes, ist der Bewertungsausschuss auf eine valide Datengrundlage angewiesen. Er verfügt jedoch über keine Daten zu Praxis- und Gerätekosten der Vertragsärzte. Behelfsweise herangezogene Daten, beispielsweise vom Statistischen Bundesamt, werden nicht jährlich erhoben, sind nicht für alle relevanten Facharztgruppen vorhanden und beinhalten auch dann nicht den Umfang und die Qualität, die erforderlich wären. Es ist daher die gesetzliche Grundlage für eine jährliche Kostenstrukturerhebung des Bewertungsausschusses zu schaffen, die eine repräsentative Stichprobe von Vertragsarztpraxen zu einer Teilnahme verpflichtet. Nur so können gewünschte neue Vergütungsformen entwickelt werden, die Sektorengrenzen überwinden. Nur so kann gewährleistet werden, dass ambulante Leistungen angemessen vergütet werden.

Datenbasis für die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Honorare und für die Vergütungsverhandlungen im Heilmittelbereich schaffen

Aufgrund der Aufhebung der strikten Grundlohnsummenanbindung im zahnärztlichen und im Heilmittelbereich spielen nachgewiesene Kosten eine wesentliche Rolle in den Vergütungsverhandlungen. Die Krankenkassen haben keinen Einblick in die Kostensituation der Leistungserbringer und sind deshalb in den Verhandlungen benachteiligt. Deshalb muss eine Datengrundlage zunächst unabhängig von den Vertragsparteien geschaffen werden. Mit einer Institutslösung nach dem Vorbild

des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) könnte das Datenproblem gelöst und somit die IST-Situation der Leistungserbringer verlässlicher abgebildet werden. Alternativ kann die Gefahr ungerechtfertigter Steigerungssätze oberhalb der Beitragsmehreinnahmen auch durch die Wiedereinführung der strengen Anbindung an die Grundlohnsammenentwicklung begrenzt werden.

Heute finden sich viele ambulante Notfallpatienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser wieder, die eigentlich für die schweren Notfälle vorgesehen sind. Eine Überlastung der Notaufnahmen und lange Wartezeiten für die weniger dringlich behandlungsbedürftigen Notfälle sind die Folgen. Beides ist nicht im Sinne einer guten Patientenversorgung. Die Fehlinsprache der Notaufnahmen der Krankenhäuser hat viele Gründe. Die Betroffenen und deren Angehörige kennen in der Regel das nächst gelegene Krankenhaus. Hinzu kommt, dass Krankenhäuser verkehrstechnisch ausgeschildert und rund um die Uhr besetzt sind. Der notdiensthabende Vertragsarzt ist hingegen nicht immer bekannt. Gleiches gilt für die einheitliche Telefonnummer 116 117 des vertragsärztlichen Notdienstes. Etwa die Hälfte der ambulanten Notfälle wird daher heute in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelt.

Den Ersatzkassen ist es wichtig, die Entscheidungen der Notfallpatienten zu respektieren. Aus Gründen der Patientenautonomie und -orientierung soll es ambulanten Notfallpatienten auch weiterhin möglich sein, ein Krankenhaus als Anlaufstelle im Notfall aufzusuchen.

**Patientenorientierung
in der Notfallversorgung
verstärken**

**Das Konzept der
Ersatzkassen, Portal-
praxen einzurichten,
weist den Weg in der
Notfallversorgung.**

Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 und im Krankenhausstrukturgesetz 2016 wurde eine Reform der ambulanten Notfallversorgung vorgegeben. Der G-BA soll ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschließen.

Voraussetzung für eine Basisnotfallversorgung ist die 24-stündige Notfallbereitschaft an 365 Tagen. Grundsätzlich sollen alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in diesen Krankenhäusern Portalpraxen einrichten. Eine Portalpraxis sollte mit Ärzten der KVen betrieben werden. Die Portalpraxis sollte immer aus einer Anlaufstelle bestehen, die die Behandlungsbedürftigkeit (notfallmedizinische Ersteinschätzung) abklärt und den Notfallpatienten den Weg in die Notaufnahme, in die Notdienstpraxis oder zum Vertragsarzt weist. Es sollte eine Notdienstpraxis eingerichtet sein, in der die ambulante Notfallbehandlung durchgeführt wird (organisatorisch von der Notaufnahme getrennt).

Eine bundesweit einheitliche und gute Versorgung der ambulanten Notfallversorgung ist für die Ersatzkassen besonders wichtig.

Deshalb fordern die Ersatzkassen:

1. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallbehandlung bleibt weiterhin bei den KVen.
2. Die KVen müssen eine bundesweit vorgegebene Anhaltzahl von Notärzten je 100.000 Einwohnern garantieren.
3. Wenn die erforderlichen Ärzte für die Notfallbehandlung nicht bereitgestellt werden können, müssen die KVen

Verträge mit den Krankenhäusern oder Krankenhausärzten schließen (personelle Kooperation).

4. Die KVen richten in oder an allen Krankenhäusern, die an der stationären Notfallversorgung rund um die Uhr teilnehmen, Portalpraxen ein (räumliche Kooperation).
5. Die Portalpraxis ist rund um die Uhr Anlaufstelle und kann vollständig oder zeitweise Notdienstpraxis für ambulante Notfallpatienten sein.
6. In festzulegenden Sprechstundenzeiten ist der vertragsärztliche Bereich die primäre Anlaufstelle für ambulante Notfallpatienten.
7. Eine einheitliche notfallmedizinische Ersteinschätzung wird in den Portalpraxen und in den Telefonzentralen der Rettungsleitstellen (Rufnummer 112) sowie der Leitstellen für den ambulanten Notdienst (Rufnummern 116 und 117) durchgeführt.

Das Kernproblem in der Versorgung der GKV-Versicherten mit Arzneimitteln ist der anhaltende Trend, neu in den Markt tretende Arzneimittel zu exorbitant hohen Tagestherapiekosten anzubieten. Ursache hierfür ist, dass pharmazeutische Unternehmen ihre Produkte direkt nach der Zulassung zum selbstgesetzten Preis auf den Markt bringen können. Gleichzeitig können alle niedergelassenen Ärzte diese Produkte ab Markteinführung für die gesamte Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, also auch zulasten des Solidarsystems der GKV, nahezu

**Hochpreispolitik bei
Arzneimitteln beenden**

Der verhandelte Preis für Medikamente muss ab dem ersten Tag gelten.

uneingeschränkt verordnen und diese verordneten Arzneimittel zu diesem Preis an die Apotheken liefern.

Derartige massive Preissteigerungen können auch bei intensiver Ausschöpfung aller der GKV zur Verfügung stehenden Maßnahmen (unter anderem Festbeträge, Rabattverträge) nicht dauerhaft gebremst werden, weshalb die Ausgaben für Arzneimittel mit durchschnittlich fünf Prozent pro Jahr deutlich stärker steigen als die Grundlohnsumme als Maßstab für die Entwicklung der Einnahmen der GKV.

So verteuern neue Arzneimittel im Bereich der Krebsbehandlung bereits bestehende Kosten für die Basistherapie in Höhe von oft mehreren 10.000 Euro nochmals um zusätzliche 80.000 bis 100.000 Euro, da diese meist als sogenannte Add-on-Therapie zusätzlich gegeben werden. Auch neue Therapieoptionen zum Beispiel in der Behandlung von Multiple-Sklerose-Patienten verteuern die Therapie um mehrere 10.000 Euro pro Jahr und Patient. Ähnliches gilt auch für große Volkskrankheiten wie Rheuma oder verbesserte Therapieoptionen zur Behandlung der Hepatitis C.

Daher ist es zwingend erforderlich, sich vom bisherigen Dogma der freien Preisbildung bei Arzneimitteln zu trennen. Der verhandelte Preis für Medikamente sollte rückwirkend ab dem ersten Tag gelten (Wegfall des Schwellenwertes). ■

The background is a solid blue color with several abstract, light blue, rounded shapes scattered across it. The shapes are irregular and have soft edges, resembling watercolor splashes or organic forms. One large shape is on the left side, another is at the top, and two others are at the bottom.

6

Digitalisierung befördern

6

Die Digitalisierung muss endlich in der Versorgung ankommen.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens stellt eine große gesellschaftspolitische Herausforderung dar. Unzählige „Digital Health“-Start-ups entstehen, große Technologie-Unternehmen drängen in den „Gesundheitsmarkt“. Ähnlich wie in Gesellschaft und Wirtschaft durchlebt das Gesundheitswesen in Deutschland derzeit die Transformation zu digitalen Prozessen.

Aus Sicht der Ersatzkassen muss das Gesundheitswesen schneller als bisher den Übergang ins digitale Zeitalter meistern. Deshalb fordern die Ersatzkassen vom Gesetzgeber eine Digitalisierungsstrategie, die die Prozesse modernisiert, den Beteiligten im Gesundheitswesen neue Wege der Versorgung eröffnet und Kommunikation und Service unterstützt.

Fitnessarmbänder, Aktivitätstracker, Schrittzähler, Puls- und Blutdruckmessgeräte überschwemmen den Markt. Das Angebot an sogenannten Gesundheits-Apps ist mittlerweile sehr unübersichtlich, täglich wird es größer. Viele Anwendungen sind Wellness-Angebote. Daneben gibt es medizinische Apps. Es ist wichtig, dass zwischen Lifestyle-Apps und Apps mit Funktionen als Medizinprodukt unterschieden wird. Eine App wird zu einem Medizinprodukt, wenn sie der Initiierung oder Steuerung medizinischer Therapien dient, mit ihrer Hilfe medizinische Diagnosen erstellt werden oder ihre Anwendung einer Screening- oder Präventionsmaßnahme gleichkommt. Unverzichtbar sind bei diesen Apps Zweckmäßigkeit und Sicherheit, deshalb sollte durch eine europaweit gültige Regelung geklärt werden, dass Apps mit einer solchen Zweckbestimmung unter die entsprechende Medizinprodukterichtlinie fallen. Außerdem ist für diese eine abgestufte Zulassung notwendig, und zwar mit Anforderungen, die sich an

dem jeweiligen Risiko des Produkts (von reiner Information bis hin zum Ersatz ärztlicher Leistungen) orientieren.

Zurzeit entwickeln sich in Deutschland ständig neue Gesundheitsregionen oder regionale Projekte, die auf der Grundlage digitaler Vernetzung neue Formen der Versorgung und Behandlung testen („Digital Health-Modellregionen“). Die Ersatzkassen zeigen in vielen Regionen Flagge und sind die Vorreiter neuer Formen der Vernetzung. Diese Modellregionen liefern wichtige Erkenntnisse, wie durch einrichtungs- und institutionsübergreifende Einsicht in Patientenakten für Patienten, Ärzte und Krankenhäuser die Versorgung verbessert und unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden könnten. Vorbedingung für telemedizinische Anwendungen ist das reibungslose Ineinandergreifen von Datenstrukturen und Applikationen.

Digitale Gesundheitsanwendungen dürfen nicht der Kommerzialisierung von Daten dienen. Große Smartphone-Anbieter oder globale Konzerne, die Patientendaten kommerziell nutzen wollen, sind hier fehl am Platz. Die Krankenkassen haben lange Erfahrungen mit sensiblen Versichertendaten. Und sie sind sich bewusst, dass die Validität der Daten entscheidend ist. Eigentümer der personenbezogenen Daten müssen die Versicherten bleiben, Versicherte entscheiden eigenverantwortlich über den Gebrauch ihrer Daten. Die gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes müssen zu jeder Zeit gewahrt sein. ■

**Eigentümer der
personenbezogenen
Daten müssen die
Versicherten bleiben.**

7

Entwicklungen in der personalisierten Medizin unterstützen

7

Die Ersatzkassen haben sich bereits 2013 mit dem Thema „personalisierte Medizin“ befasst:

- An Verfahren der personalisierten Medizin müssen die gleichen methodischen Maßstäbe wie an herkömmliche Verfahren angelegt werden.
- Zum Schutz der Patienten müssen die Zulassungsstudien die Kriterien der Evidenzbasierten Medizin (EbM) erfüllen. Auch die Bewertung neuer Verfahren der personalisierten Medizin ist nach den etablierten Methoden der EbM durchzuführen.
- Die Bestimmung von Biomarkern ist nur gerechtfertigt, wenn hierdurch ein Nutzen für den Patienten erzielt wird. Der Zusammenhang zwischen diagnostischen Biomarkern und Behandlungsergebnis muss sicher belegt sein.
- Neue Medikamente müssen einen Qualitätsgewinn für die Versorgung darstellen, um Leistung der GKV zu sein.
- Ärzte haben die Pflicht, den Patienten in verständlicher Form über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und aufzuklären.
- Die Ersatzkassen bekennen sich zum Solidarprinzip und lehnen jede Form der Diskriminierung aufgrund genetischer Merkmale ab.

Die Ersatzkassen haben klare Kriterien definiert, an denen sich die Weiterentwicklungen in der personalisierten Medizin messen lassen müssen.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität muss eine größere Rolle spielen.

Spätestens seit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der GKV (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) im Jahr 2010 hat die Lebensqualität bei der Bewertung neuer Arzneimittel eine zentrale Position. „Vorrangig sind klinische Studien, insbesondere direkte Vergleichsstudien mit anderen Arzneimitteln dieser Wirkstoffgruppe mit patientenrelevanten Endpunkten, insbesondere Mortalität, Morbidität und Lebensqualität, zu berücksichtigen“, gibt nun der neue § 35 Absatz 1b Satz 5 SGB V vor. Dennoch enthält derzeit nur etwa die Hälfte der dem G-BA vorgelegten Nutzen-Dossiers Daten zur Lebensqualität.

Die Ersatzkassen fordern, dass Arzneimittelstudien grundsätzlich das Kriterium der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen müssen, damit die Auswirkungen auf die Lebensqualität bei der Therapie- und Arzneimittelbewertung berücksichtigt werden können. Sie unterstützen dabei Initiativen zur Entwicklung objektiver valider Messinstrumente.

Auch Begleitdiagnostika müssen ihren Nutzen belegen.

Bei der Anwendung von personalisierter Medizin kommen zunehmend sogenannte Begleitdiagnostika (Companion Diagnostics) zum Einsatz. Sie basieren auf der Bestimmung von Biomarkern und sind der eigentlichen Behandlung vorgeschaltet. Mit ihrer Hilfe soll sich das Ansprechen auf eine Therapie besser abschätzen lassen. Gleichzeitig sollen Patienten vor unerwünschten Wirkungen geschützt werden. Für Lungen-, Brust- und Darmkrebs gibt es mittlerweile einige diagnostische Tests. Sie werden von den Krankenkassen erstattet, wenn sie laut Fachinformationen zwingend vorgeschrieben sind.

Derzeit sind die regulatorischen und fachlichen Bestimmungen noch unklar. Die Patienten können nur dann davon profitieren, wenn die Tests vor Markteintritt intensiv geprüft werden. Die Ersatzkassen fordern, dass die Zulassungsbehörden klare Kriterien definieren, nach denen solche außerordentlichen Zulassungen in Betracht kommen. Analog zu anderen labormedizinischen Anwendungen muss eine ständige Qualitätssicherung gewährleistet sein.

Bei Therapien im Bereich der personalisierten Medizin handelt es sich um eine hochspezialisierte und komplexe Versorgung. Sie erfordert besonders qualifizierte Ärzte und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in noch höherem Maße als herkömmliche onkologische Therapien. Für die sichere Anwendung und um weitere Erkenntnisse konzentriert zu erfassen, ist es unerlässlich, dass Diagnostik und Behandlung an spezialisierten Zentren stattfinden.

Diese Zentren aus ambulantem und stationärem Bereich können die notwendige Zusammenarbeit von verschiedenen Facharztgruppen sicherstellen und die personalisierte Medizin unter idealen interdisziplinären Bedingungen anwenden. ■

**Onkologische
Diagnostik und
Versorgung gehören
an spezialisierte
Zentren.**

8

Prävention als gesamt- gesellschaftliche Verantwortung wahrnehmen

8

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die von allen Sozialversicherungsträgern, der PKV, Bund, Ländern und Kommunen getragen und finanziert werden muss, denn wesentliche Determinanten und Einflussfaktoren zum Schutz vor Krankheit und Förderung von Gesundheit liegen außerhalb des Einfluss- und Gestaltungsbereichs der Krankenkassen und im Weiteren der Gesundheitspolitik.

Die größten Erfolge lassen sich langfristig nur durch kollektive Umsetzungen erzielen. Übergreifende Präventionsstrategien erfordern deshalb eine intersektorale Ausrichtung und gemeinsame Finanzverantwortung. Dazu müssen andere relevante Bereiche wie Verbraucherschutz, Arbeit, Wirtschaft, Ernährung, Jugend oder Familie eingebunden und die entsprechenden Ressourcen von allen verantwortlichen und beteiligten Akteuren bereitgestellt werden.

Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz hat in diesem Sinne einen Webfehler: Es ist in der jetzigen Ausgestaltung mit der hohen Gestaltungs- und Finanzverantwortung auf der GKV-Seite deutlich einseitig und krankenkassenfokussiert ausgerichtet. Es reicht nicht, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Sie muss auch in der Praxis ausgestaltet werden. Gesamtgesellschaftliche Verantwortung misst sich nicht nur an der Teilnahme an Konferenzen und Runden Tischen, sondern auch an konkreten Aufgaben und finanziellem Engagement. Hier stehen bisher vorwiegend die GKV und die soziale Pflegeversicherung in der Pflicht. Wichtige Beteiligte, wie die PKV, der Bund, die Länder, Kommunen und weiteren Sozialversicherungsträger bleiben weitgehend außen vor. Hier zeigt sich, dass das Präventionsgesetz

**Übergreifende
Präventionsstrategien
brauchen endlich
intersektorale Ausrich-
tung und gemeinsame
Finanzverantwor-
tung aller Akteure.**

Finanzierung der BZgA mit Beitragsgeldern zurücknehmen

an entscheidender Stelle nicht gesamtgesellschaftlich ausgestaltet ist und damit viel Potenzial verschenkt wird.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) leistet einen wichtigen Beitrag bei der Gesundheitserziehung und Aufklärung der Bevölkerung, unter anderem durch Informationskampagnen. Die Regelung des Präventionsgesetzes überträgt der BZgA gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V Aufgaben im Rahmen der Primärprävention in den Lebenswelten. Präventionsprojekte in den Regionen zu konzipieren und zu steuern, ist allerdings eine Aufgabe der Selbstverwaltung und der Akteure vor Ort.

Die Krankenkassen haben hierfür jahrelang Erfahrungen, Kompetenzen und bewährte Strukturen aufgebaut. Die Finanzierung einer dem BMG unmittelbar nachgeordneten Bundesbehörde mit Mitteln der Beitragszahler der GKV ist nicht sachgerecht. Die Praxis zeigt bereits heute, dass durch die „Zwischenschaltung“ der BZgA bürokratische Hürden aufgebaut werden und die Zielgenauigkeit des Mitteleinsatzes darunter leidet. Die Mittel sollten daher künftig unmittelbar den Versicherten zugutekommen. ■

9

Soziale Pflegeversicherung gerät langfristig unter Druck

9

**Die zukünftigen
Probleme der
Pflegeversicherung
bereits frühzeitig in
den Blick nehmen**

In der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) hat die Bundesregierung in der 18. Legislaturperiode mit drei Gesetzen zur Stärkung der pflegerischen Versorgung wichtige Reformen in die Wege geleitet.

Die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung ist Ende 2016 gut: Sie verfügt über Rücklagen in Höhe von ca. neun Milliarden Euro bei einem Ausgabenvolumen von rund 32 Milliarden Euro. Die Beitragssatzerhöhungen zum 1.1.2015 um 0,3 Prozent und zum 1.1.2017 um weitere 0,2 Prozent sorgen ab 2017 für Mehreinnahmen von jährlich rund 6,8 Milliarden Euro mit leicht steigender Tendenz, bedingt durch die positiven Lohn- und Beschäftigungsentwicklungen. Mit den Beitragserhöhungen und den bestehenden Rücklagen sind die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundenen Bestandsschutzregelungen für die Versicherten zunächst finanziell abgesichert.

Allerdings gerät die soziale Pflegeversicherung langfristig unter Druck. Hauptgrund ist die demografische Entwicklung, die zu einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen führt. Aktuelle Berechnungen gehen davon aus, dass die Zahl von insgesamt rund 2,84 Millionen Pflegebedürftigen im Jahre 2015 auf voraussichtlich rund 3,47 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2030 und rund 4,59 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2050 steigt. Dies wird die Ausgabenseite belasten. Auf der Einnahmenseite wird der Rückgang der erwerbsfähigen Personen an der Gesamtbevölkerungszahl dazu führen, dass die Finanzierungsbasis abschmilzt. So werden 2030 rund 700.000 Erwerbspersonen weniger einzahlen als 2014.

Deshalb ist die Entwicklung mittel- und langfristiger Finanzierungsstrategien dringend geboten, die aus Sicht der Ersatzkassen innerhalb des umlagefinanzierten Systems angelegt sein müssen.

Beim Ausbau der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung muss berücksichtigt werden, dass sie sich mit ihren tragenden Strukturprinzipien „paritätisch“ und „solidarisch“ als Instrument zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bewährt hat. Deshalb sind bei einer Weiterentwicklung diese Finanzierungsgrundsätze zu erhalten und zu stärken.

Neben einer zukunftsfesten Einnahmehasis muss auch eine effiziente Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel wichtigste Maxime sein. Die Gelder müssen dem wachsenden Kreis der Pflegebedürftigen zugutekommen. Die Finanzierung muss folgende Grundsätze beachten:

- Die pflegerische Versorgung erfolgt im Rahmen der Pflegeversicherung.
- Die einkommensabhängige und paritätische Finanzierung ist beizubehalten.
- Das Solidarprinzip gilt.
- Die Pflegeversicherung wird weiter über Beiträge finanziert.

Beteiligung der privaten Pflegeversicherung am Solidarausgleich

Sichere Verwendung der Mittel im Vorsorge- fonds

Allerdings muss sich die private Pflegeversicherung zukünftig am Finanzausgleich beteiligen und so ihren Beitrag zum Solidarausgleich leisten, denn bei gleichen Leistungsvoraussetzungen und -ansprüchen für gesetzliche und privat versicherte Pflegebedürftige sind die Pflegerisiken höchst unterschiedlich verteilt. Die Mitglieder der privaten Pflegeversicherung sind weitaus weniger von Pflegebedürftigkeit betroffen, was sich deutlich in den Leistungsausgaben widerspiegelt. Dies hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass die privaten Versicherungsunternehmen neben den notwendigen individuellen Altersrückstellungen große Überschüsse generieren konnten. Ein Finanzausgleich würde die Pflegeversicherung um bis zu zwei Milliarden Euro entlasten.

Im Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurde der Pflegevorsorgefonds eingeführt, 0,1 Beitragssatzpunkte fließen in den Pflegevorsorgefonds als Sondervermögen (das sind zurzeit jährlich 1,3 Milliarden Euro). Zwanzig Jahre lang soll ein Sondervermögen angespart werden, das ab 2035 wieder der sozialen Pflegeversicherung zugeführt werden soll. Dann werden rund 3,61 Millionen Pflegebedürftige erwartet. Mit dem Pflegevorsorgefonds soll der demografiebedingte Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen abgedeckt werden. Da die Mittel aus Beitragsgeldern stammen, muss sichergestellt werden, dass das Fondsvermögen vor staatlichem Zugriff geschützt ist und die Mittel nur zweckgebunden zur Stabilisierung des Beitragssatzes verwendet werden. Dabei muss klar definiert werden, welche Aufgaben demografiebedingt entstehen.

Im Hinblick auf die zu erwartenden Ausgabensteigerungen in der sozialen Pflegeversicherung und den Risiken des Kapitalmarktes

ist mit der aktuellen Konstruktion nicht gewährleistet, dass genügend Mittel zur Verfügung stehen, um Beitragssatzsteigerungen aufzufangen.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz und dem PSG I wurden seit 2008 die lange Zeit nicht angepassten Leistungsbeträge der sozialen Pflegeversicherung angehoben. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde diese Entwicklung mit den weitreichenden Überleitungsregelungen - von den drei Pflegestufen zu den fünf Pflegegraden - für die zum 31.12.2016 Pflegebedürftigen fortgeführt. Die Pflegebedürftigen wurden somit entlastet. Mit der Dynamisierung der Leistungsbeträge durch das PSG I wurde gleichzeitig eine Regelung (§ 30) in das SGB XI aufgenommen, wonach die Bundesregierung alle drei Jahre eine Anpassung der Leistungsbeträge überprüft. Die erste Überprüfung soll 2020 erfolgen. Als Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre in Abhängigkeit der Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum.

Der Prüfauftrag und die damit verbundenen Orientierungswerte sind in eine verbindliche Regelung zu überführen. Die Ersatzkassen fordern, dass die Dynamisierung an eine verbindliche volkswirtschaftliche Kenngröße, wie zum Beispiel die Preisentwicklung, gekoppelt wird. Damit wäre die Wertstabilität der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung dauerhaft gesichert. Eine solche Regelung würde die Pflegebedürftigen dauerhaft vor einer schleichenden Entwertung ihrer Pflegeleistungen schützen.

Dynamisierung der Leistungsbeträge an eine feste Wirtschaftsgröße koppeln

Pflegeberatung in einer Hand lassen

Die Pflegeberatung ist für die Versicherten ein wichtiger Schlüssel zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bringt ein für die Versicherten gerechteres, aber auch deutlich komplexeres Begutachtungssystem mit sich. Gleichzeitig werden die Leistungsangebote vielfältiger. Die Bedeutung der Beratung nimmt also zu. Die Ersatzkassen und die Medizinischen Dienste stehen ihren Versicherten mit umfassenden Beratungsangeboten zur Seite. Auch in den zahlreichen – von den Ersatzkassen finanzierten – Pflegestützpunkten finden umfassende und trägerübergreifende Beratungen statt. Bei allen weiteren Überlegungen zur Stärkung der Beratungsstrukturen sollte immer im Vordergrund stehen, die bestehenden Strukturen besser zu vernetzen und diese bei Bedarf auch auszubauen. Der Aufbau und die Etablierung von Doppelstrukturen in der Beratung sind nicht nur aus ökonomischer Sicht problematisch, sondern insbesondere auch deshalb abzulehnen, weil die Qualität und die Übersichtlichkeit der Beratung nicht zwangsläufig mit der Zahl der Angebote steigen.

Verpflichtung der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen braucht Zeit und nachhaltige Konzepte.

Die vom Gesetzgeber neu aufgenommene Verpflichtung der Pflegekassen, in stationären Pflegeeinrichtungen Prävention nach dem Setting-Ansatz gemäß § 5 SGB XI umzusetzen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Für die Pflegekassen ist dieser Bereich allerdings ein neues Aufgabenfeld. Für eine wirksame und nachhaltige Umsetzung braucht es Zeit, denn die gesetzlichen Pflegekassen stehen vor der Herausforderung, dass in diesem Bereich bislang keine wissenschaftlich fundierten, leitfadenskonformen und qualitätsgesicherten Konzepte existieren. Auch die stationären Pflegeeinrichtungen müssen sukzessive neue Strukturen etablieren bzw. vorhandene Strukturen neu definieren. Vor

diesem Hintergrund ist der finanzielle Pflichtwert von aktuell 31 Cent pro Versicherten nicht sachgerecht und sollte zugunsten eines Richtwertes (ausreichend wären zunächst 15 Cent pro Versicherten) ersetzt werden. Auf dieser Grundlage können zunächst neue, nachhaltige Konzepte generiert und erprobt sowie die stationären Pflegeeinrichtungen für das neue Themenfeld sensibilisiert werden. ■

Die vdek-Landesvertretungen

BADEN-WÜRTTEMBERG

Christophstraße 7 · 70178 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 2 39 54-0
Fax: 07 11 / 2 39 54-16
E-Mail: lv-baden-wuerttemberg@vdek.com

BAYERN

Arnulfstraße 201 a · 80634 München
Tel.: 0 89 / 55 25 51-0
Fax: 0 89 / 55 25 51-14
E-Mail: lv-bayern@vdek.com

BERLIN-BRANDENBURG

Friedrichstraße 50 - 55 · 10117 Berlin
Tel.: 0 30 / 25 37 74-0
Fax: 0 30 / 25 37 74-19 oder -26
E-Mail: lv-berlin.brandenburg@vdek.com

BREMEN

Martinstraße 34 · 28195 Bremen
Tel.: 04 21 / 1 65 65-6
Fax: 04 21 / 1 65 65-99
E-Mail: lv-bremen@vdek.com

HAMBURG

Sachsenstraße 6 (Haus D) · 20097 Hamburg
Tel.: 0 40 / 41 32 98-0
Fax: 0 40 / 41 32 98-22
E-Mail: lv-hamburg@vdek.com

HESSEN

Walter-Kolb-Straße 9 - 11 · 60594 Frankfurt/M.
Tel.: 0 69 / 96 21 68-0
Fax: 0 69 / 96 21 68-90
E-Mail: lv-hessen@vdek.com

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Werderstraße 74 a, III. OG · 19055 Schwerin
Tel.: 03 85 / 52 16-0
Fax: 03 85 / 52 16-1 11
E-Mail: lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com

NIEDERSACHSEN

An der Börse 1 · 30159 Hannover
Tel.: 05 11 / 3 03 97-0
Fax: 05 11 / 3 03 97-99
E-Mail: lv-niedersachsen@vdek.com

NORDRHEIN-WESTFALEN

Ludwig-Erhard-Allee 9 · 40227 Düsseldorf

Tel.: 02 11 / 3 84 10-0

Fax: 02 11 / 3 84 10-20

E-Mail: lv-nordrhein-westfalen@vdek.com

GESCHÄFTSSTELLE WESTFALEN-LIPPE

Kampstraße 42 · 44137 Dortmund

Tel.: 02 31 / 9 17 71-0

Fax: 02 31 / 9 17 71-30

E-Mail: gs-westfalen-lippe@vdek.com

RHEINLAND-PFALZ

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22 · 55130 Mainz

Tel.: 0 61 31 / 9 82 55-0

Fax: 0 61 31 / 83 20-15

E-Mail: lv-rheinland-pfalz@vdek.com

SAARLAND

Heinrich-Böcking-Straße 6 - 8 · 66121 Saarbrücken

Tel.: 06 81 / 9 26 71-0

Fax: 06 81 / 9 26 71-19

E-Mail: lv-saarland@vdek.com

SACHSEN

Glacisstraße 4 · 01099 Dresden

Tel.: 03 51 / 8 76 55-0

Fax: 03 51 / 8 76 55-43

E-Mail: lv-sachsen@vdek.com

SACHSEN-ANHALT

Schleiufer 12 · 39104 Magdeburg

Tel.: 03 91 / 5 65 16-0

Fax: 03 91 / 5 65 16-30

E-Mail: lv-sachsen-anhalt@vdek.com

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Wall 55 (Sell-Speicher) · 24103 Kiel

Tel.: 04 31 / 9 74 41-0

Fax: 04 31 / 9 74 41-23

E-Mail: lv-schleswig-holstein@vdek.com

THÜRINGEN

Lucas-Cranach-Platz 2 · 99099 Erfurt

Tel.: 03 61 / 4 42 52-0

Fax: 03 61 / 4 42 52-28

E-Mail: lv-thueringen@vdek.com

Impressum

Herausgeber:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1 · 10963 Berlin
Tel.: 0 30 / 2 69 31-0
E-Mail: info@vdek.com
Internet: www.vdek.com

Verantwortlich für die Inhalte:

Dr. Jörg Meyers-Middendorf
Abteilung Politik/Selbstverwaltung

Redaktion:

Abteilung Kommunikation

Gestaltung:

Schön und Middelhaufe GbR, Berlin

Druck:

Druckerei Conrad GmbH, Berlin

Stand:

18. Juli 2017

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1 · 10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31-0

E-Mail: info@vdek.com

Internet: www.vdek.com

