

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0128(14)  
gel. VB zur öAnhörung am 21.09.  
15\_HPG  
18.09.2015

## Stellungnahme

### anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu den Vorlagen

Gesetzentwurf der Bundesregierung

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)**

Bundestags-Drucksache 18/5170

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

#### **Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht si- chern**

Bundestags-Drucksache 18/5202

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

#### **Gute Versorgung am Lebensende sichern – Palliativ- und Hospiz-Versorgung stärken**

Bundestags-Drucksache 18/4563



## 1. Zusammenfassung

Die zentrale Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung besteht darin, schwerstkranken Menschen in der Lebensphase, in der Heilung nicht mehr möglich ist, die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Palliativversorgung umfasst dabei Palliativmedizin, Palliativpflege sowie die psychosoziale Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen.

Der SoVD begrüßt, dass die Bundesregierung die Hospiz- und Palliativversorgung stärken will. Noch immer erhalten zu wenige schwerstkranke Menschen eine umfassende Begleitung und Versorgung am Lebensende. Alle schwerstkranken Menschen haben aber ein Recht auf menschenwürdige Begleitung und umfassende Pflege. Es muss flächendeckend sichergestellt sein, dass die Hospiz- und Palliativversorgung überall dort verfügbar ist, wo die Menschen sterben: zu Hause, im Krankenhaus und im Pflegeheim. Damit dies möglich ist, muss die Hospizarbeit auch finanziell gestärkt werden.

Vor diesem Hintergrund bewertet der SoVD die mit dem Hospiz- und Palliativgesetz vorgesehenen Maßnahmen grundsätzlich positiv. Insbesondere die bessere Finanzierung von Hospizen, die stärkere Verankerung der allgemeinen Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Erweiterung der häuslichen Krankenpflege um palliativpflegerische Elemente sind richtig. Auch die Absicht, die noch immer vielfach mangelhafte (fach-)ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern, wird ausdrücklich begrüßt.

An einigen Stellen hält der SoVD neben den vorgesehenen Schritten weitere Maßnahmen für notwendig. Eine angemessene Kultur der Begleitung Sterbender muss überall dort gewährleistet werden, wo Menschen sterben. Um ein ausreichendes Angebot an Palliativdiensten und Hospizen flächendeckend sicherzustellen, reichen die vorgesehenen Verbesserungen der Finanzierung durch die Krankenkassen allein nicht aus. Es ist zu prüfen, inwiefern die Leistungen der Hospize als Sachleistung durch die Krankenkassen in bedarfsgerechtem Umfang zu finanzieren wären. Darüber hinaus sollten Länder und Kommunen stärker als bisher in die Verantwortung für die Planung und Vorhaltung einer in Umfang und Qualität ausreichenden hospizlichen Infrastruktur genommen werden müssen.

Grundsätzlich müssen mehr Anstrengungen unternommen werden, die fachgerechte Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in der gesamten medizinischen und pflegerischen Versorgungskette zu verbessern. Neben der notwendigen – und in den letzten Jahren vorangeschrittenen – Stärkung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist für die Breitenversorgung vor allem eine Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung (APV) notwendig. Die allgemeine Palliativversorgung muss integraler Bestandteil der ärztlichen sowie pflegerischen Regelversorgung werden und bereits in der Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften eine stärkere Bedeutung erhalten.

Der SoVD begrüßt die Maßnahmen, die zu einer besseren Hospiz- und Palliativversorgung führen nachdrücklich. Damit verbunden sind – wie der vorliegende Gesetzentwurf deutlich macht – Mehrausgaben, die angesichts der seit dem 1. Januar 2015 geltenden Finanzsystematik in der GKV zu steigenden kassenindividuellen Zusatzbeiträgen und damit zu einseitigen Mehrbelastungen bei den Versicherten führen. Der SoVD bekräftigt daher seine Forderung nach einer sofortigen Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beitragssätze zur Krankenversicherung sowie Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung, wie beispielsweise eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

## **2. Zum Gesetzentwurf im Einzelnen**

In Deutschland bestehen im internationalen Vergleich noch erhebliche Defizite in der Palliativversorgung. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) soll die flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland gestärkt werden. Hierzu sieht der Gesetzentwurf unter anderem Änderungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V-E) und der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI-E) vor.

### **2.1. Ambulante Palliativversorgung als Leistung der häuslichen Krankenpflege**

Durch die Ergänzung des § 37 Abs. 2a SGB V-E soll klargestellt werden, dass die häusliche Krankenpflege auch die ambulante Palliativversorgung umfasst.

Aus Sicht des SoVD ist die Klarstellung zu begrüßen. Allerdings wird mit ihr nicht die Problematik der Finanzierung von Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen beseitigt. Nach gegenwärtiger Rechtslage wird die Behandlungspflege nur erbracht, wenn die Versicherten in ihrem eigenen Haushalt leben. Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen erhalten die Behandlungspflege nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern als Leistung der sozialen Pflegeversicherung. Hier wird die Behandlungspflege allerdings nicht – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – in voller Höhe, sondern nur im Rahmen der nicht kostendeckenden Leistungspauschalen nach § 43 SGB XI übernommen. Zwar öffnet die Regelung des § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Behandlungspflege inzwischen für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen, die einen besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege haben. Hier von wird in der Praxis allerdings kaum Gebrauch gemacht, auch nicht bei notwendiger Palliativversorgung. Ein großer Teil der Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen bleibt daher nach wie vor von der Behandlungspflege in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, obwohl auch sie als Versicherte der gesetzli-

chen Krankenversicherung Beiträge entrichten. Um diese Ungleichbehandlung zu beseitigen, empfiehlt der SoVD, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V generell für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen zu öffnen, zumindest aber für den Sondertatbestand der stationären Palliativversorgung.

## **2.2. Verbesserung und Angleichung der Finanzierung von Hospizen**

Der Gesetzentwurf sieht vor, den von den Krankenkassen getragenen Mindestzuschuss für stationäre Hospize von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße anzuheben (§ 39a Abs. 1 S. 3 SGB V-E). Auf Basis der monatlichen Bezugsgröße für das Jahr 2015 würde der Mindestzuschuss hierdurch von 198,45 EUR auf 255,15 EUR steigen, was zu Mehrausgaben in Höhe von jährlich 13 Mio. EUR zur Folge hätte. Mit dieser Anhebung des Mindestzuschusses sollen regionale Vergütungsunterschiede verringert werden. Gleichzeitig soll die Finanzierung der Hospize durch die Krankenkassen verbessert werden, indem diese künftig generell 95 Prozent der Kosten eines Hospizplatzes übernehmen (§ 39a Abs. 1 S. 2 SGB V-E).

Gleichzeitig ist vorgesehen, die Rahmenvereinbarung zu Art und Umfang von stationären und ambulanten Hospizleistungen zu konkretisieren. Die Partner der Rahmenvereinbarung, der GKV-Spitzenverband und die Interessenorganisation der Hospize, sollen für stationäre Hospize bundesweit geltende Standards zu Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen vereinbaren (§ 39a Abs. 1 S. 6 ff. SGB V-E). Auf diese Weise soll eine Angleichung der unterschiedlichen Förderpraktiken durch unterschiedliche Definition und Bewertung der zuschussfähigen Kosten erreicht werden.

Der SoVD begrüßte die mit den Neuregelungen in § 39a SGB V-E beabsichtigte Verbesserung der Hospizfinanzierung und Angleichung der Finanzierungshöhen in den Bundesländern. Viele Hospize leiden unter der nicht auskömmlichen Finanzierung durch die Krankenkassen. Aus Sicht des SoVD sollte geprüft werden, ob eine flächendeckende Versorgung in ganz Deutschland nicht noch besser erreicht werden kann, wenn die Palliativversorgung in einem Hospiz als Sachleistung in voller Höhe durch die Krankenkassen übernommen wird.

## **2.3. Anspruch auf Hospiz- und Palliativberatung**

Mit der neuen Vorschrift des § 39b SGB V-E sollen Versicherte künftig einen Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung erhalten.

Der SoVD begrüßt den neuen Beratungsanspruch. Denn vielen Versicherten sind die Möglichkeiten und das regional verfügbare Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung oft nicht bekannt. Der neue Beratungsanspruch kann einen wichtigen Beitrag für eine bessere Hospiz- und Palliativversorgung im Einzelfall leisten.

#### **2.4. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung als Teil vertragsärztlicher Versorgung**

Die vertragsärztliche Versorgung soll künftig auch die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V umfassen (§ 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 14 SGB V-E), wobei die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nicht von Psychotherapeuten verordnet werden darf (§ 73 Abs. 2 S. 2 SGB V-E).

Die ausdrückliche Aufnahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in den Katalog der vertragsärztlichen Versorgung ist aus Sicht des SoVD im Grundsatz zu begrüßen. Der Hospiz- und Palliativgedanke muss in der Regelversorgung fester verankert werden, wenn ein flächendeckender und niedrigschwelliger Zugang zur Palliativversorgung ermöglicht werden soll. Die Aufnahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in den Katalog der vertragsärztlichen Versorgung kann hierfür einen wichtigen Beitrag leisten.

#### **2.5. Einführung der Leistung „besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung“**

Zur Stärkung der Palliativversorgung in der Regelversorgung soll die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung als neue ärztliche Leistung eingeführt und gesondert vergütet werden. Dabei handelt es sich um eine Versorgungsform, bei der speziell geschulte und fortgebildete Ärztinnen und Ärzte die Versorgung der Patientinnen und Patienten unter Einbeziehung aller beteiligten Akteure (z. B. Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Hospize und Angehörige) und möglichen Leistungen verantwortlich organisieren und koordinieren (§ 87 Abs. 1b SGB V-E). Dabei sollen auch die Abrechnungsmöglichkeiten für die qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung berücksichtigt werden.

Aus Sicht des SoVD ist die Einführung einer besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung im Grundsatz zu begrüßen. Denn bei der palliativen Versorgung von Menschen am Lebensende handelt es sich um eine komplexe Leistung mit ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Teilleistungen, an der eine Vielzahl von Akteuren und Professionen beteiligt sind. Einer aktiven Koordination der unterschiedlichen Akteure und Leistungen kommt daher eine wichtige Bedeutung zu.

#### **2.6. Besondere Vergütung zusätzlicher ärztlicher Kooperations- und Koordinationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen**

Durch eine weitere Änderung des § 87 SGB V sollen kooperative und koordinierte ärztliche Leistungen in der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen auf eine spezielle gesetzliche Grundlage gestellt werden. Bereits nach geltender Rechtslage können Pflegeeinrichtungen einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit geeigneten Leistungserbringern abschließen, um

eine bessere ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen. Die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an solchen Kooperationsverträgen soll nunmehr besser finanziell gefördert werden, indem zusätzliche ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Kooperationsverträge besser vergütet werden (vgl. § 87 Abs. 2a SGB V-E).

Der SoVD sieht in den Kooperationsvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärztinnen bzw. -ärzten ein wichtiges Instrument, um die medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen, auch die palliativ-medizinische Versorgung, sicherzustellen. Die hier vorgeschlagene verbesserte Vergütung ärztlicher Kooperations- und Koordinationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen kann das Zustandekommen von derartigen Kooperationsvereinbarungen befördern und damit die ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen deutlich verbessern.

## **2.7. Stärkung der Palliativpflege – Überarbeitung der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie**

Durch eine Änderung des § 92 Abs. 7 SGB V wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgegeben, die Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung in der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie näher zu regeln. Damit soll die Palliativpflege in der Regelversorgung gestärkt werden.

Der SoVD begrüßt das Ziel, die Palliativpflege als Teil der häuslichen Krankenpflege zu stärken. Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überarbeitung der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie ist insoweit folgerichtig.

## **2.8. Verstärkung der Kooperation stationärer Pflegeeinrichtungen mit Vertragsärzten**

Um die (fach-)ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern, ist in § 119b SGB V-E vorgesehen, die Einrichtungen stärker als bisher zur Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten anzuhalten. Dazu soll aus der bisherigen fakultativen Möglichkeit („Kann“-Regelung), Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abzuschließen, eine „Soll“-Regelung werden.

Der SoVD hält eine verbindlichere Einbindung von vollstationären Pflegeeinrichtungen in die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung für unverzichtbar. Die (fach-)ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist aufgrund fehlerhafter Anreize und Strukturen im Gesundheitssystem äußerst problematisch. So sind z. B. Fachärzte wegen der geringen Vergütung von Hausbesuchen oftmals nicht bereit, stationäre Pflegeeinrichtungen aufzusuchen. Zudem mangelt es massiv an einer qualifizierten fach- und zahnärztlichen Versorgung. Sie entspricht in den wenigsten Fällen dem Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen.

Die Erfahrungen aus Modellprojekten, zum Beispiel der Einsatz von Heimärzten nach dem Berliner Modell, sind überaus positiv. Zum Beispiel konnten unnötige Einweisungen ins Krankenhaus vermieden werden. Vor diesem Hintergrund setzt sich der SoVD dafür ein, stationäre Pflegeeinrichtungen über die im Referentenentwurf vorgesehene „Soll“-Regelung hinaus dazu zu verpflichten, die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner durch die Anstellung einer Heimärztin bzw. eines Heimarztes oder durch Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten, Fachärzten und Zahnärzten zu verbessern.

### **2.9. Verbesserung des Angebots an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung**

Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen. Da insbesondere in ländlichen oder strukturschwachen Regionen kein ausreichendes Angebot an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung existiert, soll ein Schiedsverfahren eingeführt und damit ein beschleunigter Abschluss von Verträgen über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erreicht werden (§ 132d SGB V-E).

Nach Auffassung des SoVD müssen die Angebotsstrukturen deutlich ausgebaut werden, um den Leistungsanspruch der Versicherten auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung flächendeckend zu gewährleisten. Das vorgesehene Schiedsverfahren kann hierzu beitragen und wird insofern begrüßt.

### **2.10. Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende**

Mit dem Gesetzentwurf soll stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit gegeben werden, Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten (§ 132g SGB V-E). In Fallbesprechungen sollen auf Basis der individuellen Bedürfnisse der Versicherten auf medizinische Abläufe während des Sterbeprozesses, mögliche Notfallszenarien sowie mögliche Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung besprochen werden. In die Fallbesprechungen soll auch der Hausarzt eingebunden werden.

Aus Sicht des SoVD ist die geplante gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu begrüßen. Viele Menschen sterben in Pflegeeinrichtungen, obwohl sie sich einen anderen Sterbeort wünschen. Die Pflegeeinrichtungen haben daher eine besondere Verantwortung zur Einbeziehung des Hospiz- und Palliativgedankens in ihrer Regelversorgung. Angesichts der großen Bedeutung von Pflegeeinrichtungen als Sterbeort sollte das Angebot einer Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase aber nicht im Ermessen der Einrichtung liegen. Vielmehr sollte sie verpflichtend angeboten werden. Außerdem sollte eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende auch außerhalb von Pflegeeinrichtungen allen Versicherten zur Verfügung stehen.

## **2.11. Information über die Zusammenarbeit stationärer Pflegeeinrichtungen mit Hospiz- oder Palliativnetzen**

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, die Informationspflichten stationärer Einrichtungen über getroffene Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Versorgung mit Arzneimitteln in der Einrichtung zu erweitern um Informationen zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz (§ 114 Abs. 1 SGB XI-E). Vorgesehen ist weiterhin, dass die Informationen über eine etwaige Zusammenarbeit einer Einrichtung mit einem Hospiz- und Palliativnetz ebenso wie bereits die Informationen zur (fach-)ärztlichen Versorgung und der Arzneimittelversorgung durch die Landesverbände der Pflegekassen in geeigneter Weise veröffentlicht werden und auch in der Einrichtung sichtbar ausgehängt werden müssen (§ 115 Abs. 1b S. 1 SGB XI-E).

Angesichts der großen Bedeutung von Pflegeeinrichtungen als Sterbeort hält der SoVD es für richtig, dass über die Zusammenarbeit einer Pflegeeinrichtung mit einem Hospiz- und Palliativnetz informiert und berichtet wird. Unklar ist allerdings, warum der Begriff des Hospiz- und Palliativnetzes gewählt wurde. Denkbar wäre auch die Kooperation mit einem speziell geschulten Arzt, einem ambulanten Hospizdienst oder einem Hospiz. Der SoVD regt eine Erweiterung der Informations- und Veröffentlichungspflicht auf alle vorgenannten Angebote an.

## **2.12. Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern**

Durch eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG- E) sollen Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, zur Finanzierung ihrer Palliativstationen und -einheiten abweichend von den bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten (DRG) krankenhaushausindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern zu vereinbaren (§ 17b Abs. 1 S. 15 KHG-E).

Nach Auffassung des SoVD könnte die Vereinbarung von krankenhaushausindividuellen Entgelten zur Finanzierung ihrer Palliativstationen und -einheiten einen wichtigen Beitrag dafür leisten, dass eine an die regionalen Besonderheiten angepasste Finanzierung ermöglicht und auf diese Weise der Aufbau und das Vorhalten von Palliativstationen, besonders auch in strukturschwachen Regionen, gestärkt wird. Neben dem Aufbau von Palliativstationen in Krankenhäusern muss die allgemeine Palliativversorgung in der Regelversorgung der Krankenhäuser stärker verankert und gefördert werden.

## **3. Schlussbemerkungen**

Ziel der Hospiz- und Palliativversorgung ist die Aufrechterhaltung bestmöglicher Lebensqualität von Menschen in ihrer letzten Lebensphase, in der Heilung nicht mehr möglich ist. Noch immer bestehen in Deutschland erhebliche Defizite in der Palliativversorgung. Vielerorts fehlt es an speziellen Strukturen zur Hospiz- und Palliativver-

sorgung. Ursächlich dafür ist auch die unzureichende Finanzierung solcher Angebote. Neben speziellen Angeboten und Sondereinrichtungen braucht es aber vor allem eine umfassende Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung als Teil der pflegerischen, ärztlichen und psychosozialen Regelversorgung. Der vorliegende Referententwurf enthält vor dem Hintergrund der vorgenannten Notwendigkeiten viele gute Einzelmaßnahmen. Insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung und die Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung in der häuslichen Versorgung, in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen sind aber weitergehende Schritte notwendig.

Abschließend weist der SoVD darauf hin, dass die begrüßenswerten Leistungsverbesserungen angesichts der Finanzsystematik der Krankenversicherung zu steigenden kassenindividuellen Zusatzbeiträgen und damit zu einseitigen Mehrbelastungen für die Versicherten führen werden. Vor diesem Hintergrund fordert der SoVD erneut eine sofortige Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beitragssätze zur Krankenversicherung sowie Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung, wie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Berlin, 17. September 2015

DER BUNDESVORTAND  
Abteilung Sozialpolitik