



## **Positionspapier des IKK e.V.**

# **Anforderungen an eine nachhaltige Präventionspolitik**

**Beschlossen durch die Mitgliederversammlung der  
Gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen e.V.**

**Berlin, 29. Februar 2012**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de



## Ausgangslage

Mit dem Gesundheitsreformgesetz (1989) führte der Gesetzgeber den § 20 SGB V ein und machte damit die Gesundheitsförderung und Prävention zur Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Nach Streichung der Prävention aus dem Leistungskatalog Mitte der 90er Jahre (Beitragsentlastungsgesetz 1997) wurde diese Aufgabe der GKV mit der GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000 wieder übertragen.

Die Krankenkassen stehen zu ihrer Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung und engagieren sich stark in diesen Bereichen. Dies zeigt sich deutlich an den stetig steigenden Ausgaben in diesen Feldern. Prävention und Gesundheitsförderung sind mittlerweile wichtige Handlungsfelder in Ergänzung zu Kuration und Rehabilitation geworden.

Nicht zuletzt dieser Entwicklung geschuldet unternahm der Gesetzgeber zweimal - in den Jahren 2004 und 2007 - den Versuch, mit einem Präventionsgesetz eine vierte Säule des Gesundheitssystems zu etablieren und die Leistungen der Prävention verbindlicher zu gestalten. Aufgrund der komplexen Strukturen und der unterschiedlichen Vorstellungen sowie Verantwortlichkeiten in diesem Bereich, scheiterten diese Bemühungen.

Insgesamt muss konstatiert werden, dass nach wie vor eine einheitliche, bundesweite Präventionsstrategie fehlt: So werden u.a. die Ziele sowohl auf der Ebene von Bund und Ländern als auch auf der Ebene aller Beteiligten nur unzureichend aufeinander abgestimmt. Eine kongruente Umsetzungs- und Finanzierungsverantwortung fehlt noch immer.

Die christlich-liberale Bundesregierung hat sich nunmehr bis 2013 zum Ziel gesetzt, mit einer Präventionsstrategie neue Impulse für eine Stärkung der Gesundheitsförderung zu schaffen. Der IKK e.V. nimmt die anstehende Diskussion über die „neue Präventionsstrategie der Bundesregierung“ zum Anlass, Anforderungen an die Weiterentwicklung der Prävention aus Sicht der Innungskrankenkassen zu formulieren.



## **Anforderungen an eine nachhaltige Präventionspolitik aus Sicht der Innungskrankenkassen:**

- **Gesundheit und Prävention in allen Politikbereichen verankern**
- **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in Klein- und Mittelstandunternehmen (KMU) stärken**
- **Settingansätze ausbauen und deren nachhaltige Finanzierung sicher stellen**
- **Zielgerichtete Angebote der Kassen für Individualprävention beibehalten, um Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern**
- **Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen von Pflege verbessern**
- **Nutzen und Risiken von Früherkennungsuntersuchungen stärker abwägen**
- **Unabhängigkeit von Impfeempfehlungen sichern**



# 1. Gesundheit und Prävention in allen Politikbereichen verankern

## Ausgangslage:

Die Krankenkassen sind in der Prävention und Gesundheitsförderung sehr aktiv. Im Gegensatz zur öffentlichen Hand und anderen Sozialversicherungsträgern werden sie gesetzlich und politisch stark in die Pflicht genommen. Hinzu kommt, dass viele Aufgaben öffentlich präventiver Daseinsvorsorge, für die traditionell die Gesundheitsämter zuständig waren, mittlerweile vernachlässigt werden bzw. ganz oder teilweise auf die Sozialversicherungsträger verschoben wurden. In anderen Bereichen kommt es durch den Gesetzgeber zu einer Leistungs- /Zahlungspflicht für die Krankenkassen, ohne dass eine dazugehörige Steuerungsmöglichkeit besteht. Dies betrifft zum Beispiel den Bereich der Impfungen.

Es fehlt eine einheitliche, bundesweite Präventionsstrategie. Die Ziele werden sowohl auf der Ebene von Bund und Ländern, als auch auf der Ebene der anderen Beteiligten nur unzureichend aufeinander abgestimmt. Eine kongruente Umsetzungs- und Finanzierungsverantwortung fehlt.

Die Rahmenbedingungen für eine effektive Prävention sind nicht stimmig. So sind beispielsweise Informationen über gesunde Lebensmittel ausreichend vorhanden. Es fehlen für die Verbraucher jedoch leicht verständliche Kennzeichnungen für gesunde Lebensmittel. Mitunter sind ungesunde, gesundheitsschädliche Lebensmittel auch noch kostengünstiger als gesunde Lebensmittel. Es fehlen Steuerungselemente oder Anreizsysteme, um die Verbraucher dazu bewegen, sich für gesunde Lebensmittel zu entscheiden.

Weitere Beispiele für eine fehlende präventive Gesamtstrategie finden sich im Bildungsbereich und in der Stadt- und Verkehrsplanung. Hier fehlen Bewegungsanreize und –angebote für Kinder, Erwachsene und Senioren. Konzepte sind vorhanden und erprobt, werden aber nicht umgesetzt und in die Fläche gebracht. Grund hierfür ist unter anderem die fehlende Transparenz und Kommunikation zwischen den Ebenen.

## Forderungen:

1. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dieser Ansatz muss konsequent verfolgt werden.



2. Die Innungskrankenkassen fordern schon seit langem die Entwicklung einer übergreifenden integrierten Präventionsstrategie. Hierfür muss eine gemeinsame Zielausrichtung und Kooperation aller auf diesem Feld tätigen Akteure erfolgen. Die Finanzierung muss übergreifend und gesamtgesellschaftlich sichergestellt werden.
3. Die Plattform „gesundheitsziele.de“ bietet einen guten Ausgangspunkt für eine gemeinsame Ausrichtung der Präventionsanstrengungen. Es muss aber gewährleistet werden, dass die Ziele, die dort in Kooperation von Bund/Länder-Vertreter und anderen Beteiligten erarbeitet werden, auch auf allen Ebenen – bis hinunter zur Kommune – umgesetzt werden. Positive regionale Beispiele hierfür gibt es bereits.
4. Um ein gesundheitsbewusstes Verhalten und gesundheitsförderliche Prozesse in Lebenswelten wie Kindergarten, Schule und Betrieben nachhaltig umzusetzen, müssen sie auf Dauer angelegt sein. Die von den Krankenkassen initiierten Programme müssen von den jeweiligen Trägern weitergeführt werden. Hierbei sind auch die Länder und Kommunen stärker in die Pflicht genommen zu nehmen.
5. Mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) steht eine bundesweite neutrale Institution für die Durchführung von nationalen Kampagnen zur Verfügung. Die finanzielle Ausstattung der BZgA muss über den öffentlichen Haushalt sichergestellt werden. Eine Ausweitung des Aufgabengebietes der BZgA wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.
6. Der Verbraucherschutz ist ein Teil innerhalb einer gesamtgesellschaftlichen Präventionsstrategie. Die Innungskrankenkassen sprechen sich dafür aus, dass der Gesetzgeber den Verbraucherschutz deutlich stärker in den Fokus seiner Handlungen nimmt.
7. Die Innungskrankenkassen befürworten die Einführung einer leichtverständlichen, positiven Lebensmittelkennzeichnung. Zu diskutieren ist ebenfalls, inwieweit der reduzierte Mehrwertsteuersatz weiterhin auch für nicht-gesundheitsförderliche Lebensmittel gelten soll. Entsprechende Konzepte aus Frankreich und Dänemark sollten im Hinblick auf eine Übertragungsmöglichkeit überprüft werden.
8. Die Grundlagen für eine bewegungsfreundlichere Umwelt müssen entwickelt werden.



## 2. **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in Klein- und Mittelstandunternehmen (KMU) stärken**

### **Ausgangslage:**

In Bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) gibt es Diskussionen in den unterschiedlichsten Kreisen, welche die BGF krankenkassenunabhängig aufstellen möchten und eigenständige Strukturen in Form von regionalen BGF-Zentren oder BGF-Stiftungen vorschlagen. Hintergrund dieser Forderung ist eine vermeintlich fehlende flächendeckende Versorgung von Betrieben im Bereich BGF. Die bestehenden Bedarfe seien nicht ausreichend abgedeckt.

Diese neuen Strukturen sollen BGF-Maßnahmen koordinieren und die finanziellen Mittel zur Verfügung stellen. In der Konsequenz würden die Krankenkassen dann nur noch die Finanzmittel für die BGF zur Verfügung stellen. Ihr bisheriger Einfluss auf den Inhalt und die Durchführung der Maßnahme würde wegfallen. Man erhofft sich offenbar, dass die Betriebe durch die Errichtung von Zentren bedarfsgerechter erreicht werden.

Dreh- und Angelpunkt für eine Ausweitung der BGF ist die direkte Ansprache und Erreichbarkeit der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Hierbei haben die Krankenkassen aufgrund der vielfältig bestehenden Kontakte zu den Betrieben die besten Voraussetzungen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden nach allen Erfahrungen von den Krankenkassen am ehesten erreicht, so dass der Aufbau von neuen Strukturen kontraproduktiv wäre. Im Übrigen liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass Maßnahmen in Betrieben aufgrund der jetzigen Ausgangslage nicht oder nicht ausreichend umgesetzt werden.

Der Gesetzgeber stellt seit dem 1. Januar 2009 (nach § 3 Nr. 34 Einkommenssteuergesetz) Leistungen des Arbeitgebers, die den allgemeinen Gesundheitszustand der Arbeitnehmer verbessern, mit bis zu 500 Euro grundsätzlich von der Steuer frei. Der Ansatz ist grundsätzlich positiv. Nur wenige Unternehmen nehmen diese Vergünstigungen in Anspruch. Insbesondere die aufwendige Vorlage jeder einzelnen Vorsorgemaßnahme mit detailliertem Nachweis pro Mitarbeiter lässt kleine Unternehmen resignieren.

### **Forderungen:**

1. Die BGF ist als wettbewerbliches Handlungsfeld der Krankenkassen beizubehalten. Wettbewerb unterstützt Angebotsvielfalt, diese ist wichtig aufgrund der sehr unterschiedlichen Strukturen und verschiedenen Voraussetzungen in den Betrieben. Wettbewerb fördert die Umsetzung und Verbreiterung von BGF-Maßnahmen.



2. Die Krankenkassen sind Experten und anerkannte Partner für Gesundheit im Betrieb und verfügen auch über die notwendigen Daten, um den Unternehmen zielgerichtete und bedarfsgerechte Angebote zu unterbreiten. Sie sind der geborene Ansprechpartner für die Arbeitnehmer und Betriebe. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit ist grundlegende Voraussetzung dafür, die Nachfrage (Bedarf) in diesem Bereich zu erhöhen. Deshalb gilt es die Krankenkassen als zentrale Ansprechpartner im Bereich BGF zu festigen.
3. Durch die angedachte Übertragung von Kassenaufgaben auf neu errichtete BGF-Zentren wird der Zugangsweg für Betriebe zu Leistungen im Rahmen von BGF erschwert. Es entstehen zusätzliche datenschutzrechtliche Probleme. Der Zeit- und Informationsaufwand für die Betriebe wird größer. Darüber hinaus gibt es bereits heute regionale Netzwerke und Kooperationsstrukturen (u.a. die Berliner Initiative Gesunde Arbeit - BIGA), die ihren Beitrag zur Verbreiterung des Wissens über BGF leisten. Aus den genannten Gründen soll auf die Einrichtung von BGF-Zentren verzichtet werden.
4. Die politische Forderung nach Arbeitsfähigkeit bis ins hohe Alter muss aktiv unterstützt werden, durch neue und zielgruppengerechte Modelle in anderen Leistungsbereichen, z.B. im AU-Fallmanagement. Es stehen nur unzureichende Präventionsangebote für bereits erkrankte und multimorbide Menschen zur Verfügung. Ansätze zur Kurz-Rehabilitation sind zu verstärken, um Langzeiterkrankungen vermeiden zu helfen.
5. Es bedarf einer stärkeren Förderung von Studien, die sich mit den Besonderheiten bei Prävention und Gesundheitsförderung in KMU beschäftigen. Die Ergebnisse können wichtige Informationen für eine spezifisch ausgestaltete BGF in KMU liefern.
6. Bei der Ausbildung von Führungspersonen/Meistern im Bereich von KMU sollte vermehrt auf die Kausalität von Führungsverhalten, Mitarbeitermotivation und Gesundheit geachtet werden. Die entsprechenden Lehrprogramme müssen diesbezüglich ergänzt und bestehende Ansätze ausgebaut werden. Auch in den Lehrplänen der Auszubildenden müssen Aspekte der BGF Berücksichtigung finden.
7. Die Kooperation mit Betriebsärzten stellt eine Option für eine zielgerichtete Verankerung von BGF-Aktivitäten im Betrieb dar. Ansatzpunkt hierfür wäre das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Dies erfordert jedoch eine entsprechende Qualifizierung. Eine eigenständige Tätigkeit der Betriebsärzte zu Lasten der Krankenkassen wird abgelehnt.



8. Die Berücksichtigung von Aufwänden bei der Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen des Steuerrechts muss für die Betriebe deutlich bürokratieärmer gestaltet werden, um Wirkung zu entfalten. Insbesondere muss es Erleichterungen bei der Nachweisführung über Kooperationen zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen geben.
9. Weitere Anreiz- und Entlastungsmodelle für Arbeitgeber und Arbeitnehmer müssen auf der politischen Ebene diskutiert werden.



### 3.

## Settingansätze ausbauen und deren nachhaltige Finanzierung sicher stellen

#### Ausgangslage:

Hauptkritikpunkt am Engagement der Gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Primärprävention ist die fehlende Schwerpunktsetzung und Steuerung zu Gunsten von Settingmaßnahmen. Dieser Vorwurf wird gleichermaßen von Wissenschaft und Politik erhoben. Die Kritiker berufen sich dabei vor allem auf das Missverhältnis der Ausgaben der Krankenkassen für individuelle Präventionskurse, BGF und nichtbetriebliche Settings. In diesem Zusammenhang wird über die Höhe des Jahresrichtwerts gemäß § 20 Abs. 2 SGB V genauso gesprochen wie über eine Quotierung der Ausgaben.

Übersehen wird dabei aber, dass es im Bereich der nichtbetrieblichen Settings immer noch an Wissen der Antragsteller über grundsätzliche Möglichkeiten und den Umfang von Angeboten fehlt. Aus der Praxis der Innungskrankenkassen wird berichtet, dass eingehende Anträge nicht den notwendigen Anforderungen gemäß dem Leitfaden Prävention entsprechen, weil z.B. Mittel für Maßnahmen beantragt werden, für die andere Bereiche – Länder und Kommunen – primär zuständig wären. Anträge beziehen sich z.B. auf die Anschaffung von Sportgeräten, Küchenausstattungen und betreffen die Weiterbildung von Pädagogen.

#### Forderungen:

1. Der Jahresrichtwert in Höhe von zurzeit 2,94 € wird bereits heute z.B. von den Innungskrankenkassen deutlich überschritten. Die Aufsichten beanstanden in Einzelfällen, wenn der Richtwert um mehr als 100 % überschritten wird. Um die Durchführung und Verbreiterung von Prävention und Gesundheitsförderung voran zu treiben, muss den Kassen eine Überschreitung dieses Richtwertes möglich sein.
2. Die Innungskrankenkassen sprechen sich dafür aus, von dem Jahresrichtwert einen Pflichtteil von 33 % als Untergrenze für Aufwände im Rahmen von BGF- und Settingaktivitäten vorzusehen. Zurzeit variiert dieser Wert zwischen den Kassenarten zwischen 17 und 50 %. Dabei sollen die Kassen selbst entscheiden können, ob sie betriebliche oder nichtbetriebliche Settings fördern. Die Festlegung der Quote ist als Empfehlung im Leitfaden Prävention zu platzieren. Der Leitfaden bietet auch die Möglichkeit, die notwendigen qualitativen Anforderungen an die Maßnahmen verbindlich zu gestalten.



3. Im Bereich der nichtbetrieblichen Settingansätze (z.B. in Schulen und Kindergärten bzw. in Stadtteilen) hat sich eine kassenartenübergreifende Förderung bewährt und sollte ausgebaut werden. Dabei ist die Grundfinanzierung von Bund/Ländern und Gemeinden sowie den Trägern sicherzustellen. Die langfristige Verankerung von Gesundheitsförderung ist jenseits der Kassenfinanzierung zu gewährleisten.



## 4. Zielgerichtete Angebote der Kassen für Individualprävention beibehalten, um Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern

### Ausgangslage:

Den Krankenkassen wird Seitens der Politik vorgeworfen, dass sie die Präventionskurse vornehmlich aus marketingstrategischer Überlegung heraus fördern. Die Maßnahmen trafen dabei nicht immer die Personengruppen, die den höchsten Präventionsbedarf haben, so die Kritik.

Der Bereich „Individuelle Prävention“ ist geprägt durch eine angebotsinduzierte Nachfrage. Dies liegt in der Natur der Sache, denn alle Menschen, die für ihre Gesundheit sensibilisiert sind, sollen aktiv werden. Ungeachtet einer gezielteren Ansprache von Risikogruppen im Rahmen von Settingansätzen sollte der Bereich der individuellen Prävention weiterhin allen Versicherten offen stehen. Hierdurch wird die politische Forderung nach einer Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten Rechnung getragen.

Die aktuell im Leitfaden Prävention festgelegten Kriterien zu Kursanzahl und Wiederholungsmöglichkeiten bieten ausreichende Steuerungsmöglichkeiten, um eine ungerechtfertigte Mengenausweitung zu verhindern. Dies macht den derzeit im Bundesgesundheitsministerium diskutierten Ansatz, Präventionskurse künftig ärztlich verordnen zu lassen und über den Arzt zu steuern, überflüssig.

Im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes wurde u.a. die steuerliche Absetzbarkeit von Krankenversicherungsbeiträgen geregelt. Der Logik der Steuergerechtigkeit gemäß, werden Rückerstattungen aus Wahlтарifen und Bonusprogrammen gegen gerechnet. Das ist zum einen für die Krankenkassen ein hoher bürokratischer Aufwand und zum andern für die Versicherten demotivierend. So wird ein Anreiz genommen, an präventiven Maßnahmen teilzunehmen.

### Forderungen:

1. Den Krankenkassen muss auch weiterhin die Möglichkeit offenstehen, allen Versicherten Kurse im Rahmen von individuellen Präventionsmaßnahmen anzubieten. Individuelle Primärprävention ist ein eigenständiger Bereich, der losgelöst von betrieblichen oder nichtbetrieblichen Settingmaßnahmen betrachtet werden muss. Mit den Angeboten zur Primärprävention werden die Versicherten gezielt in ihrer Eigenverantwortung gestärkt.



2. Die jetzigen Regelungen bieten ausreichende Möglichkeiten für eine zielgerichtete qualitative und quantitative Steuerung. Darüber hinausgehende Eingriffe sind nicht notwendig.
3. Die Zulassung von Anbietern im Rahmen der Primärprävention ist zu optimieren. Hierfür bietet es sich an, eine einheitliche Datenbank für alle Kassen zu installieren. Die Innungskrankenkassen sprechen sich dafür aus, die Zertifizierung von Kursangeboten und Anbietern zukünftig einheitlich und gemeinsam vorzunehmen. Dies gilt auch für deren notwendige regelmäßige Überprüfung.
4. Eine Verordnung von Präventionsleistungen durch niedergelassene Ärzte muss sich auf die Fälle beschränken, in denen Versicherte bereits als krank gelten. Ein entsprechender Ausbau der Disease-Management-Programme im Sinne der Tertiärprävention ist hierfür denkbar.
5. Chancen und Nutzen der Primärprävention müssen stärkere Berücksichtigung in den Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen der Ärzte finden.
6. Im Rahmen der Steuergesetzgebung ist darauf hin zu wirken, dass von den Krankenkassen im Rahmen von Bonusprogrammen ausgezahlte Boni z.B. für gesundheitsbewusste Lebensführung nicht durch steuerliche Veranlagung geschmälert werden. Bürokratischer Aufwand und finanzieller Nutzen stehen hier in keinem vernünftigen Zusammenhang.



## 5. Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Pflege verbessern

### Ausgangslage:

Gesundheitsförderung und Prävention spielen im Rahmen von Pflege immer noch eine untergeordnete Rolle.

Es stehen keine Primärpräventionsangebote für multimorbide Menschen zur Verfügung. Gerade dieser Personenkreis wird selbst im GKV-Leitfaden Prävention bei den gewünschten Zielgruppen völlig ausgespart.

In der Pflege fehlen noch weitgehend Kenntnisse über Bedingungen und Möglichkeiten von Gesundheitsförderung.

### Forderungen:

1. Das Verständnis für gesundheitsfördernde Pflege muss bei allen Beteiligten erhöht werden. Ein Ansatz hierfür ist es, den Stellenwert von Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung zu erhöhen.
2. Es müssen zielgerichtet Präventionsmaßnahmen für pflegebedürftige und multimorbide Menschen unter Einbeziehung gerontologisch-wissenschaftlicher Aspekte entwickelt werden.



## 6. Nutzen und Risiken von Früherkennungs- untersuchungen stärker abwägen

### Ausgangslage:

Screeningprogramme stehen weiterhin im Fokus u.a. der Politik (siehe Planungen zum Nationalen Krebsplan). Dabei werden die kritischen Aspekte oftmals zu wenig beachtet. Nach wie vor streiten Wissenschaftler darüber, ob die Risiken größer sind als der Nutzen. Beispielhaft hierfür: Strahlenbelastung im Rahmen von Mammographiescreening, die Gefahr von Darmperforationen bei der Koloskopie oder unnötige Behandlungen bei einem falsch-positiven Befund.

### Forderungen:

1. Bei der Diskussion über eine Einführung von weiteren Screeningprogrammen sind Nutzen und Risiken stärker abzuwägen. Alternativ sollte die gezielte Ansprache von Risikogruppen geprüft werden.
2. Die Teilnahme an Screening-Maßnahmen muss freiwillig bleiben. Ein (latenter) Screening-Zwang wird abgelehnt.



## 7. Unabhängigkeit von Impfeempfehlungen sichern

### Ausgangslage:

In verschiedenen Bereichen kommt es zu einer Leistungs- /Zahlungspflicht für die Krankenkassen, ohne dass eine dazugehörige Steuerungsmöglichkeit besteht. Dies betrifft z.B. den Bereich der Impfungen. Hier kam es in der Vergangenheit zu politischen Entscheidungen, die im Verdacht standen, industriegesteuert zu sein. Beispiele hierfür sind die HPV-Impfung oder die Massen-Impfung gegen die sog. Schweinegrippe.

### Forderungen:

1. Die Unabhängigkeit der Experten für die Beurteilung von Impfeempfehlungen oder die Bewertung gesamtgesellschaftlicher Auswirkungen (Pandemie) ist durch das Robert-Koch-Institut sicherzustellen. Interessenskonflikte sind in Transparenzberichten offen zu legen.
2. Es sind Maßnahmen zu fördern, die zu einer besseren „Durchimpfung“ der Bevölkerung führen. Ein Impfwang wird von den Innungskrankenkassen jedoch abgelehnt.



**Ansprechpartner für Rückfragen:**

**IKK e.V.**

Jürgen Hohnl, Geschäftsführer  
Dr. Clemens Kuhne, Leiter des Bereichs Politik und Gremien  
Waltraud Wagner, Versicherungs- und Leistungsrecht

Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
Tel.: +49 (0)30 202491-0  
Fax: +49 (0)30 202491-50

[info@ikkev.de](mailto:info@ikkev.de)  
[www.ikkev.de](http://www.ikkev.de)