

Verantwortung im Wettbewerb statt Zentralismus und Subventionen



Die Positionen der
Techniker Krankenkasse
für ein solidarisches
und wettbewerbliches
Gesundheitssystem

Verantwortung im Wettbewerb statt Zentralismus und Subventionen

Leistungsfähigkeit und besonders hohe Kundenorientierung sind die Markenzeichen der Techniker Krankenkasse (TK) seit ihrer Gründung im Jahr 1884 bis heute. Dieser Identität fühlen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Vorstand und Verwaltungsrat mehr denn je verpflichtet. Die TK, die in diesem Jahr ihr 125-jähriges Jubiläum begeht, hat sich von einer eingeschriebenen Hilfskasse für Architekten, Ingenieure und Techniker zu einer Krankenkasse mit über sieben Millionen Versicherten aus allen Teilen der Gesellschaft entwickelt.

In dieser Legislaturperiode hat der Deutsche Bundestag eine Reihe von Gesetzen verabschiedet, die einschneidende Veränderungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zur Folge haben.

Die Vergütung der ambulant tätigen Ärzte wurde auf eine neue, einheitliche Grundlage gestellt. Die wettbewerblichen Spielräume der Krankenkassen wurden erweitert: Noch nie hatten die Krankenkassen so viele Möglichkeiten, über selektive Vertragsgestaltungen mit Ärzten und weiteren Leistungserbringern ihren Versicherten besondere und innovative Versorgungsformen anzubieten. Noch nie hatten die Krankenkassen größere unternehmerische Freiheiten, die sie bei Rabattverhandlungen mit Pharmafirmen

oder bei Ausschreibungen über Hilfsmittel einsetzen können, um für ihre Versicherten gute, qualitätsgesicherte und kostengünstige Angebote vorhalten zu können. Die Einführung von Wahlтарifen vergrößert ebenfalls den kassenindividuellen Spielraum, die Versicherten machen von ihren Wahlmöglichkeiten selbstbewusst und zielgerichtet Gebrauch.

Doch wo Licht ist, ist auch Schatten: Die neuen Regelungen zur Finanzierung und zum Ausgleich unter den Krankenkassen sind überbordend. Der Gesundheitsfonds stellt die Kassen durch zunehmenden staatlichen Einfluss vor eine neue, bislang unbekannte Situation. Insbesondere der staatlich festgelegte Beitragssatz stellt nicht nur einen enormen Eingriff in die Kassenautonomie dar, sondern erstickt auch gleichzeitig die wettbewerblichen Spielräume der Krankenkassen. Der Zusatzbeitrag – als Wettbewerbsinstrument beabsichtigt – kann dabei seine Funktion keinesfalls erfüllen, da er in seiner Höhe ebenfalls staatlich limitiert wird. Der Wettbewerbsgedanke wird somit ad absurdum geführt. Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs setzt völlig neue – und falsche – Anreize. Der vollständige Ausgleich aller Grundlohnunterschiede und die Zuweisung der Verwaltungskosten nach Durchschnitten bestrafen gut wirtschaftende Kassen.

Eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit diesen politischen Entscheidungen nicht erreicht. Die Wirtschafts- und Finanzkrise wird auch in den sozialen Sicherungssystemen tiefe Spuren hinterlassen. Die steigende Arbeitslosigkeit vermindert die Einnahmen und belastet die Finanzausstattung der GKV.

Im September 2009 wird ein neuer Bundestag gewählt. Das bietet einer neuen Bundesregierung die Chance, vorwärtsgerichtete und wettbewerblich geprägte Weichenstellungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens vorzunehmen.

Die TK wird unternehmerisch geführt, sie stellt sich dem Wettbewerb. Sie bietet ihren Versicherten bereits seit Jahren immer wieder neue und innovative Versorgungsmöglichkeiten, sie kümmert sich ganz besonders um die individuellen Nöte und Sorgen ihrer Versicherten. Das Prinzip der TK war immer: individuelle Spielräume entwickeln und zum Wohle der Versicherten nutzen; neue Wege auch gegen Widerstände ausprobieren und etablieren. Diese Gestaltungsmöglichkeiten müssen erhalten und weiter ausgebaut werden. Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das Mut belohnt, das stetes Vorwärtsstreben und Pioniergeist unterstützt und nicht

bestraft, das Anreize setzt, in neue Wege zu investieren, und sich nicht auf Subventionen verlässt. Wir brauchen Spielräume innerhalb eines vom Staat festgesetzten Rahmens. Dafür machen sich Verwaltungsrat und Vorstand der Techniker Krankenkasse stark.



Dr. Hans-Heinrich Gerth
Alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrates



Harald Schulte
Alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrates



Prof. Dr. Norbert Klusen
Vorsitzender des Vorstandes



Helmuth Doose
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes



Die 10 Grundsätze der TK für die Weiterentwicklung der GKV

1. An den Grundprinzipien von Solidarität und Selbstverwaltung festhalten
2. Nachhaltige Finanzierung sichern, Staatseinfluss zurücknehmen
3. Unternehmerischen Mut belohnen: kassenindividuelle Beitragssätze statt Zusatzbeiträge
4. Subventionen stoppen – effizienten Wettbewerbsrahmen schaffen
5. Wettbewerb in den Versorgungsbereichen statt Zwang und Detailregelungen
6. Einheitliche Wettbewerbsordnung statt Wettbewerbsverzerrungen
7. Individuelle Stärkung der Versicherten- und Patientenorientierung
8. Pflegeversicherung weiterentwickeln und zukunftssicher machen
9. Europa als Chance
10. Politik der Ermöglichung

1. An den Grundprinzipien von Solidarität und Selbstverwaltung festhalten

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den leistungsfähigsten der Welt. Es gewährleistet allen Bevölkerungskreisen eine bezahlbare und erstklassige medizinische Versorgung. Das Prinzip der Selbstverwaltung spielt dabei eine besondere Rolle. Die hohe Akzeptanz des Gesundheitssystems innerhalb der Bevölkerung ist der Tatsache geschuldet, dass die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Verlässlichkeit und Kontinuität sorgt.

Insbesondere das System der durch Sozialwahlen legitimierten Selbstverwaltung bietet ein enormes Potenzial. Sozialwahlen sind ein Ausdruck des demokratischen Rechts auf Mitbestimmung. Gerade in schwierigen Zeiten ist Mitsprache besonders wichtig und der Kitt, der die Gesellschaft zusammenhält. Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung hängen nicht unwesentlich davon ab, wie aktiv sich Patienten und Versicherte einbringen. Nicht zuletzt dadurch wird das Vertrauen der Versicherten in das Gesundheitssystem gestärkt. Und Vertrauen ist die Basis für eine gut funktionierende Solidargemeinschaft.

Die TK hat in der Vergangenheit gezeigt, dass sie ein Garant für die hervorragende Versorgung der Versicherten ist und ihre Entscheidungen mit Augenmaß trifft. Im Sinne der Versichertengemeinschaft wird sie deshalb auch in der neuen Legislaturperiode für einen Wettbewerb um bessere Lösungen eintreten.

Die TK fordert, dass an den Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gerüttelt werden darf: Die Sachleistungen für die Versicherten, das Solidarprinzip, das allen eine gute medizinische Versorgung garantiert, und die Selbstverwaltung der GKV durch Versicherten- und Arbeitgebervertreter müssen Bestand haben.

2. Nachhaltige Finanzierung sichern, Staatseinfluss zurücknehmen

Das Gesundheitswesen gehört zu den Schlüsselbranchen in Deutschland. Mehr als vier Millionen Menschen arbeiten in Arztpraxen, Krankenhäusern, Kur- und Rehakliniken, Apotheken oder Krankenkassen. Fast jeder neunte Arbeitsplatz hängt in Deutschland an der Gesundheit.

Eine Studie des renommierten Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI), die im Auftrag der TK erstellt wurde, hat bereits 2006 die enormen beschäftigungspolitischen Wirkungen aufgezeigt, die durch die Beseitigung falscher Anreizmechanismen und durch die konsequente wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems entstehen können. Einige der Reformen der letzten Jahre haben die Bedeutung des Gesundheitsmarktes als Jobmotor gestärkt, andere Reformelemente behindern oder lähmen immer noch den dringend notwendigen Wettbewerb.

Es zeichnen sich medizinische und technologische Innovationssprünge ab, zum Beispiel in der Bio-, Gen- und Nanotechnologie, bei der Entwicklung effizienterer Behandlungsverfahren, innovativer Produkte in der Medizintechnik und neuer Arzneimittel. Sie können mit den herkömmlichen Entscheidungswegen in der Gesundheitspolitik, mit zunehmendem staatlichem Einfluss und mit einer Tendenz zur Vereinheitlichung nicht den optimalen Nutzen für die Versicherten entfalten.

Das Gesundheitswesen befindet sich weiterhin im Umbruch. Die Reformen der letzten Jahre mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der Erweiterung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) setzen falsche Anreize. Es wird versucht, über eine Vielzahl von Regulierungen und Einzelbestimmungen das Gesundheitssystem finanzierbar zu halten. Und die Steuerfinanzierung wird erhöht. Wie aber internationale Erfahrungen zeigen, setzt eine Steuerfinanzierung ineffiziente Rahmenbedingungen und Anreize: Statt Wettbewerb und vorausschauendes Wirtschaften entstehen Abhängigkeit vom Staat und die Forderung nach Umverteilung.

Es ist bisher nicht gelungen, Maßnahmen zu implementieren, die nachhaltig und zukunftsfähig sind. Statt Fortschritt gilt Rückschritt, Regulierung statt Wettbewerb. Dies zeigt auch die Festsetzung des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes durch den Gesetzgeber.

Die Auswirkungen der aktuellen Finanz- und Wirtschaftskrise auf die GKV sind noch lange nicht absehbar. Der vom Staat gewährte „Schutzschirm“ für die Einnahmeausfälle des Gesundheitsfonds 2009 ist aber eine milliarden schwere Hypothek für die Folgejahre, die spätestens 2011 von den Versicherten zu tilgen ist.

Die TK fordert die Politik auf, sich bereits heute eindeutig zu den Rückzahlungsmodalitäten des Darlehens gegenüber den Versicherten zu äußern, die die finanzielle Last letztendlich zu tragen haben.

Dies kann über einen höheren Beitragssatz des Gesundheitsfonds oder über Zusatzbeiträge der Krankenkassen erfolgen. Der Finanzierungsweg über Zusatzbeiträge in der GKV ist allerdings durch die einprozentige Überforderungsklausel auf ca. zehn Milliarden Euro künstlich begrenzt worden. Hier besteht die Gefahr, dass das System bereits in sehr kurzer Zeit an seine Belastungsgrenze stößt. In einem wettbewerblich ausgerichteten Krankenkassenmarkt hingegen könnte sich der moderne Staat auf seine eigentliche Rolle konzentrieren: den gesetzlichen Rahmen für Wettbewerb zu schaffen und weiterzuentwickeln.

Die TK plädiert dafür, dass sich in einem dynamisch wachsenden Gesundheitsmarkt mit zahlreichen Akteuren der Staat auf eine gestaltende Funktion beschränken und nicht der Versuchung unterliegen sollte, zentral und detailversessen zu steuern.

3. Unternehmerischen Mut belohnen: kassenindividuelle Beitragssätze statt Zusatzbeiträge

Der Gesundheitsfonds in seiner heutigen Form ist der falsche Weg, die GKV zukunftssicher zu machen. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurden zahlreiche weitere Umverteilungsmechanismen eingeführt, die den wettbewerblichen Spielraum verengen. Eine Vielzahl an gleichmachenden Elementen führt nicht zu einer Stärkung des Wettbewerbs. Es wird gerade nicht belohnt, mutig, innovativ und vorwärtsgewandt Neues auszuprobieren und zu etablieren.

Die Einführung einer Verwaltungskostenpauschale bestraft bisher wirtschaftlich arbeitende Kassen und senkt die Bereitschaft, Anstrengungen zu unternehmen, schlanke und effiziente Verwaltungen zu schaffen. In einem System, das Mut und Verantwortung belohnt, werden die Verwaltungskosten nicht ausgeglichen. In einem solchen System macht einzig der Preis des Produktes Krankenversicherung deutlich, ob die Verwaltung effizient organisiert ist. Davon profitieren dann auch die Versicherten.

Die TK fordert, die Verwaltungskosten aus dem Gesundheitsfonds herauszunehmen.

Auch die Programmkostenpauschale für Disease-Management-Programme (DMP-Pauschale) setzt falsche Anreize: Sie belohnt eine Kasse mit erhöhten Zuweisungen, die viele Versicherte in ein Programm einschreibt, ohne dass damit zwingend eine bessere Versorgung einhergeht.

Gut stehen also die Krankenkassen da, die alle Anstrengungen darauf ausrichten, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu optimieren.

Die TK tritt dafür ein, dass wieder unternehmerischer Mut belohnt wird. Das bedeutet, Spielräume für unternehmerisches Handeln zu schaffen.

Hierzu gehört auch, dass ein kassenindividueller Beitragssatz ohne staatliche Begrenzung die derzeit nicht praktikable Konstruktion des Zusatzbeitrags ersetzt. Erst damit erhalte der Beitragssatz tatsächlich eine wettbewerbliche Funktion, die den Spielraum der Krankenkassen erweitert, wieder in neue Versorgungsformen oder in innovative Produkte zu investieren. Letztlich wird damit auch die Souveränität der Versicherten gestärkt, die Wechselanreize werden erhöht.

Die TK tritt dafür ein, den Zusatzbeitrag in einen kassenindividuellen Beitragssatz umzuwandeln, der einkommensbezogen – wie bisher üblich – eingezogen wird, und der auch den heutigen Sonderbeitrag der Mitglieder von 0,9 Beitragssatzpunkten umfasst. Die Einnahmen aus diesem kassenindividuellen Beitragssatz verbleiben bei den einzelnen Krankenkassen und gehen nicht an den Gesundheitsfonds.

Damit der kassenindividuelle Beitragssatz tatsächlich eine Preisfunktion mit Signalwirkung für die Versicherten entfalten kann, muss die heutige Begrenzung beim Zusatzbeitrag auf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens entfallen. Durch die einkommensbezogenen kassenindividuellen Beitragssätze ist ein zusätzlicher Härtefallausgleich nicht nötig. Mit einem solchen Modell werden Anreize gesetzt, sich schlank und effizient aufzustellen, und gleichzeitig Möglichkeiten geschaffen, sich deutlicher als heute für die Versicherten einzusetzen.

Nicht die Optimierung der Zuweisungen ist dann oberste Maxime, sondern das Angebot eines attraktiven Leistungsversprechens. Nur wer entsprechende Eigenanstrengungen unternimmt, wird von den Versicherten gewählt.

4. Subventionen stoppen – effizienten Wettbewerbsrahmen schaffen

Die TK steht zum Solidarprinzip und ist sich ihrer Verantwortung bewusst. Sie lehnt aber überbordende Regulierung und Gleichmacherei ab. Insbesondere falsch gesetzte Anreize, die die Anstrengungen einer Kasse eher auf die Optimierung ihrer Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als auf die Optimierung der Versorgung ihrer Versicherten lenken, werden von der TK abgelehnt. Die ersten Erfahrungen nach der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs am 1. Januar 2009 zeigen allerdings eine klare und falsche Entwicklung. Der Morbi-RSA ist deutlich stärker beeinflussbar als der bisherige Risikostrukturausgleich. Im bisherigen RSA waren die Ausgleichskriterien Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch und Erwerbsminderungsrentner stabile Kriterien. Diese stabilen Kriterien wurden bei der Einführung des Morbi-RSA durch beeinflussbare Kriterien ergänzt.

Da Zuweisungen aus dem Morbi-RSA somit durch die Krankenkassen in erheblichem Umfang beeinflusst werden können, ist es rational für Krankenkassen, gezielt in die Optimierung der Dokumentation von Krankheiten zu investieren. Ärzte und Krankenhäuser werden daher mit erheblichen finanziellen Mitteln angehalten, die Einnahmen der jeweiligen Kasse zu optimieren. Medizinische Dokumentationskriterien werden dabei durch die ökonomische Logik des Morbi-RSA ersetzt – und semantisch durch „right-coding“ verschleiert.

Der finanzielle Hebel ist für die jeweilige Krankenkasse enorm und wettbewerbsrelevant. Durch die Aktivitäten einzelner Kran-

kenkassen wird allen anderen ein fataler und vor allem dauerhafter Wettlauf um optimierte Kodierung aufgezwängt. Somit gehen erhebliche Mittel für die Versorgung verloren, indem sie stattdessen für eine unproduktive Beeinflussung der Kasseneinnahmen verschwendet werden. Nicht zuletzt auf Grund dieser Beeinflussbarkeit wird eine effiziente Planung der Einnahmen für die Krankenkassen auf Dauer in Frage gestellt. Unsicherheit gehört zum Wettbewerb dazu, aber der Morbi-RSA ist in seiner Komplexität unkalkulierbar.

Sowohl die Definition und Einhaltung von Kodierrichtlinien als auch die Ausweitung der Überprüfungen aller Krankenkassen einheitlich durch das Bundesversicherungsamt werden ausdrücklich begrüßt. Diese Maßnahmen werden aber nicht ausreichen. Die Rahmenbedingungen sind grundlegend anzupassen und die Zuweisungen aus dem Fonds unabhängig von administrativen Prozessen zu machen: Statt aufwendigen Prüfungen muss jegliche Möglichkeit von Beeinflussung und Manipulation ausgeschlossen werden.

Der Morbi-RSA kann die Probleme der GKV nicht lösen – im Gegenteil, er vergrößert sie sogar. Er ist nicht zur Sicherung der Versorgung der Patienten erforderlich. Er ist übersteuert und nicht zielführend und damit verzichtbar.

Die TK fordert einen effizienten Rahmen für Wettbewerb. Die Kriterien für die Zuweisung der Finanzmittel müssen einfach, transparent und nicht beeinflussbar sein.

5. Wettbewerb in den Versorgungsbereichen statt Zwang und Detailregelungen

Der Kollektivvertrag und die freie Wahl der Versicherten unter den Leistungserbringern stehen für die TK nicht zur Disposition.

Die TK fordert, zusätzlich zum Kollektivvertrag für ihre Versicherten Einzelverträge mit Leistungsanbietern über Mengen, Qualität und Preise schließen zu können. Auf diese Weise erhalten die mündigen Versicherten größere Wahlfreiheit.

Einzelverträge eröffnen wettbewerbliche und individuelle Vertragsoptionen. Leistungserbringer und Krankenkassen stehen sich als gleichberechtigte Partner in einem qualitätsgetriebenen Suchprozess gegenüber, der im Ergebnis das Versorgungsniveau steigern wird. Freie Verträge schließen den Zwang zum Vertragsabschluss aus.

Dennoch sind die vorhandenen Gesetzesgrundlagen für Selektivverträge bislang nur in Teilbereichen in die Praxis umgesetzt worden. Dies liegt auch an den bisher vorgesehenen Regelungen zur Budgetbereinigung, die zu komplex und streitanfällig sind, um sie auch für kleinere Verträge praktikabel nutzen zu können. Gleichwohl ist die Bereinigung der Budgets unerlässlich für die qualitative Weiterentwicklung der Selektivverträge.

Mehr Spielräume für Qualitätsverträge, keine neuen Monopolbildungen

Der flächendeckende und wohnortnahe Zugang der Versicherten zu ambulanten ärztlichen Leistungen ist ein Gut, um das uns viele Länder beneiden. Die Versicherten der TK schätzen es, auch Fachärzte direkt aufsuchen zu können. Deshalb möchte die TK die qualitätsgesicherte und kooperativ strukturierte ambulante Versorgung pflegen und weiterentwickeln.

Gleichwohl steht nicht alles zum Besten. Im internationalen Vergleich weist Deutschland ein negatives Verhältnis zwischen einer sehr hohen Anzahl an Arztkontakten bei gleichzeitig nur durchschnittlicher Morbidität der Bevölkerung auf. Mit der Reform der ärztlichen Vergütung hat der Gesetzgeber einen wichtigen Schritt für mehr Transparenz und zur Beseitigung von Fehlentwicklungen getan. Dennoch herrscht in der Ärzteschaft große Unzufriedenheit. Und dies obwohl die Ärzte als einzige Berufsgruppe auch in Zeiten der Wirtschaftskrise einen Vergütungszuwachs von mehr als zehn Prozent erhalten haben.

Die TK unterstützt die Grundprinzipien der Vergütungsreform. Die nicht morbiditätsbedingte Mengenausweitung darf aber auch weiterhin nicht zulasten der Krankenkassen gehen.

Die Versicherten der TK suchen zum großen Teil bisher schon zunächst ihren Hausarzt auf. Als mündige Patienten benötigen sie keine Bevormundung des Gesetzgebers über den „richtigen“ Versorgungsweg. Dennoch wird die TK wie alle anderen Kassen seit 2009 mit Fristsetzung gezwungen, Hausarztverträge mit einem vom Gesetzgeber vorgegebenen Vertragspartner abzuschließen. Und dies obwohl bisher keine belastbare Untersuchung eine tatsächliche Verbesserung der Versorgung durch Hausarztverträge ergeben hat.

Die TK lehnt eine solche Gängelung ab, bei der statt freier Verhandlungen der Vertragspartner und der Zeitpunkt des Abschlusses vorgegeben werden. Sie kann selbst am besten entscheiden, welche Verträge mit welchen Vertragspartnern ihren Versicherten Vorteile bringen. Schon gar nicht möchte sie sich von einem gesetzlich sanktionierten Vertragspartner zu teuren Verträgen zwingen lassen. Es ist genau das Gegenteil von Wettbewerb und Vertragsfreiheit, wenn das bisherige Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen zwar gelockert wird, an dessen Stelle aber das Monopol eines freien ärztlichen Verbandes gesetzt wird.

Die TK fordert, die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen mit vorgeschriebenen Vertragspartnern zurückzunehmen.

Angleich der Vergütung im zahnärztlichen Bereich überfällig

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds erhalten alle Krankenkassen die gleichen Zuweisungen für alle Bundesländer durch den bundesweit einheitlich festgelegten Beitragssatz. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der letzten Gesundheitsreform die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zum Start des Gesundheitsfonds am 1. Januar 2009 vereinheitlicht, denn regional differenzierte Vergütungen stehen im Widerspruch zu bundeseinheitlichen Zuweisungen.

Allerdings ist für den zahnärztlichen Bereich eine entsprechende Rechtsänderung nicht erfolgt. Dieses führt zu einem klaren Nachteil der TK und der Ersatzkassen, denn es bestehen Differenzen in der Vergütungshöhe zwischen den Kassenarten von bis zu zehn Prozent.

Die TK fordert eine Angleichung der zahnärztlichen Vergütung auf das Niveau der Primärkassen auf regionaler Ebene.

Mut zu einzelvertraglichen Regelungen im stationären Sektor

Bis zum Jahr 2010 wird die Umstellung der Finanzierung der Krankenhausversorgung von überwiegend tagesbezogenen Pflegesätzen auf diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) in Verbindung mit landesweit einheitlichen Preisen abgeschlossen sein. Dies wird zweifelsfrei zu Effizienzsteigerungen in den Krankenhäusern führen.

Der Krankenhausbereich ist inzwischen gleichwohl der einzige Versorgungssektor, der ausschließlich kollektivvertraglich geregelt wird. Der Gesetzgeber hat es bisher versäumt, im größten Ausgabenblock der GKV wettbewerbliche Vertragsstrukturen in Form von Einzelverträgen einzuführen. Hierdurch werden den im Wettbewerb stehenden Krankenkassen und Krankenhäusern wichtige Gestaltungsmöglichkeiten vorenthalten, zum Nutzen der Patienten qualitativ hochwertige und wirtschaftliche stationäre Versorgungsangebote zu entwickeln.

Die TK fordert, dass zusätzliche einzelvertragliche Handlungsoptionen in der nächsten Legislaturperiode im Rahmen einer neuen Krankenhausreform geschaffen werden.

Die häufig vorgetragenen Bedenken, hierdurch würde die Not- und Unfallversorgung beeinträchtigt, sind unbegründet. Die grundgesetzlich verankerte Letztverantwortung der Bundesländer für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung bleibt dabei unangetastet. Gleichzeitig besteht die Erwartung an die Länder, ihren damit verbundenen Pflichten uneingeschränkt nachzukommen, eine ausreichende, dem tatsächlichen Bedarf der Krankenhäuser entsprechende Investitionsfinanzierung sicherzustellen. Es kann nicht länger akzeptiert werden, dass sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Qualität der Krankenhausversorgung aufgrund der unzureichenden Investitionsfinanzierung langfristig Schaden zu nehmen droht.

Mit der letzten Krankenhausreform ist ein erster Schritt zur Fortentwicklung der Finanzierung der stationären psychiatrischen Leistungen von tagesbezogenen Pflegesätzen zu leistungsorientierten tagesbezogenen Pauschalen gemacht worden. Diese neuen Entgeltformen werden in der Psychiatrie bis zum Jahr 2013 eingeführt. Sie stellen einen ersten Schritt zu einer stärkeren Verknüpfung der Vergütung mit dem tatsächlichen Behandlungsaufwand dar. Das Ziel der Vergütungsreform besteht vor allem in einem effizienteren Ressourceneinsatz. Wir begrüßen diesen ersten Schritt, aber dabei darf es nicht bleiben. Die Rahmenbedingungen sind ordnungspolitisch so zu gestalten, dass die psychiatrische Versorgung langfristig durch eine patientenbezogene sektorenübergreifende psychiatrische Finanzierungslogik vergütet wird.

Mehr Spielräume für Versorgungsmanagement im Arzneimittelbereich

Mit der Einführung von Rabattverträgen im Arzneimittelbereich wurde aus Sicht der TK der richtige Weg zu mehr Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung eingeschlagen.

Die Erfahrungen der TK mit Generika-Rabattverträgen sind positiv und die Akzeptanz bei Ärzten, Apothekern und Versicherten ist groß. Im Generikabereich ist es daher mit der Kombination aus Festbeträgen und Rabattverträgen gelungen, die Ausgabenentwicklung zu begrenzen.

Die Hauptkostentreiber mit den höchsten Ausgabensteigerungen stellen im Arzneimittelbereich nach wie vor die patentgeschützten Arzneimittel dar, insbesondere diejenigen, die für ein enges Behandlungsspektrum bzw. für eine spezielle Erkrankung vorgesehen sind. Die TK plädiert für eine Klarstellung (durch Gesetz oder Festlegung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss), bei welchen patentgeschützten Wirkstoffen bzw. Wirkstoffgruppen wettbewerbliche Vergabeverfahren zulässig sind.

Nachfragekartelle verhindern fairen Wettbewerb. Wenn einzelne Kassen regional oder bundesweit mit großen Marktanteilen in Rabattverhandlungen gehen, können sie die Preise diktieren.

Die TK fordert klare Wettbewerbsregeln, die die Übermacht einzelner Kassen begrenzen.

Grundsätzlich sollte darüber nachgedacht werden, ob das Geflecht von 27 verschiedenen Steuerungsinstrumenten im Arzneimittelbereich, die in ihren Anreizwirkungen teilweise widersprüchlich sind, noch zeitgemäß ist.

Aus Sicht der TK gehören die Arzneimittelregulierungen auf den Prüfstand und sollten auf ein sinnvolles Maß begrenzt werden.

Die TK bietet ihren Versicherten und Patienten ein umfassendes Arzneimittelversorgungsmanagement. Bei der Weiterentwicklung setzt die TK bewusst auf Kooperationen mit den pharmazeutischen Herstellern. Die Rabattverträge sind der richtige Weg.

Die TK plädiert dafür, die Möglichkeiten für Einzelverträge von Kassen mit pharmazeutischen Unternehmen konsequent auszubauen.

Heute gilt für Arzneimittel der allgemeine Mehrwertsteuersatz, eine Absenkung auf den ermäßigten Steuersatz würde eine entsprechende direkte Entlastung der Krankenkassen und der Versicherten über den Beitragssatz bedeuten.

Die TK fordert, den Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden, abzusenken und von zukünftigen Steuererhöhungen auszunehmen.

6. Einheitliche Wettbewerbsordnung statt Wettbewerbsverzerrungen

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erfordert eine nachvollziehbare, transparente und einheitliche Aufsichtspraxis. Mit einer einheitlichen Aufsichtspraxis wäre die Verschuldung einzelner Krankenkassen in den letzten Jahren nicht möglich gewesen. Allerdings sind im zunehmenden Wettbewerb der Kassen untereinander auch heute noch unterschiedliche Aufsichtspraktiken bei der Gewährung von Leistungen, bei der Prüfung und Genehmigung von Wahlтарifen und bei der Genehmigung von Selektivverträgen festzustellen. Dies ist nicht nur wettbewerbsverzerrend, sondern kann in der heutigen Systematik direkt zu Zusatzbeiträgen, zu einem massiven Wechsel von Versicherten und sogar zur Insolvenz führen.

Heute hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen, die Landesregierungen die Aufsicht über die regionalen Krankenkassen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Landesaufsichten einzelnen regionalen Krankenkassen

zum Beispiel Wahlтарife genehmigen, während die Bundesaufsicht ein Veto einlegt. Gleiches gilt für die Tatsache, dass das Bundesversicherungsamt in Bezug auf Aktivitäten zur Beeinflussung des Morbi-RSA eine restriktive Position einnimmt, während Landesaufsichten hier offensichtlich der Verlockung von steigenden Zuweisungen aus dem Fonds erliegen und daher den Aktivitäten regionaler Kassen nicht konsequent entgegenreten. Angesichts eines bundesweiten Gesundheitsfonds und angesichts der Regelungen zur Insolvenz von Krankenkassen ist diese Aufteilung der Aufsicht nicht mehr zeitgemäß.

Die TK fordert eine einheitliche, wettbewerbsneutrale Aufsichtspraxis, die für einheitliche und nachvollziehbare Kriterien bei allen Wettbewerbern sorgt.

Auch im Verhältnis der privaten Krankenversicherung (PKV) zur gesetzlichen Krankenversicherung gibt es noch wettbewerbliche Verzerrungen. Das Nebeneinander der beiden Systeme führt aufgrund der ungleichen Regularien zu einem Systemwettbewerb zulasten der GKV. Nach wie vor ist die private Krankenversicherung vor allem für junge und gesunde Menschen eine interessante Option. Der ständige Strom an PKV-Abwanderern schwächt die Finanzierungsbasis der GKV kontinuierlich. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat dieses Problem nicht gelöst, sondern weiter verschärft. Durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs, die Ausweitung des Morbidity-RSA und die Ausschaltung des Preiswettbewerbs in der GKV wird es zunehmend schwieriger, die jungen und gesunden Kunden an die gesetzliche Krankenversicherung zu binden.

Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in Deutschland ist historisch gewachsen und stellt im internationalen Vergleich einen Anachronismus dar. Zwar haben sich GKV und PKV durch die letzten Reformen einander angenähert, trotzdem wird immer wieder mittel-

und langfristig die Eigenständigkeit beider Systeme gefordert. Die TK plädiert für eine offene Diskussion der Vor- und Nachteile beider Systeme und für eine Fortsetzung der Annäherung der Systeme. Aus den Erfahrungen in den Niederlanden lässt sich ableiten, dass eine ähnliche Entwicklung auch in Deutschland den Versicherten sowohl der privaten als auch der gesetzlichen Krankenkassen deutlich mehr Wahlmöglichkeiten ermöglichen würde.

Die TK plädiert für einen gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt mit einheitlichen Bedingungen für die gesetzliche und die private Krankenversicherung. Der heutige Systemwettbewerb ist schädlich und muss beendet werden.

7. Individuelle Stärkung der Versicherten- und Patientenorientierung

Die Versicherten der TK haben den berechtigten Anspruch, als mündige Patienten im Gesundheitswesen anerkannt und behandelt zu werden. Deshalb setzt die TK bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenzen auf eine Vielzahl von Wegen.

Sie unterstützt die Kompetenzen der Versicherten zur Beschaffung, Bewertung und Umsetzung von Gesundheitsinformationen. Sie stärkt die interaktiven und kommunikativen Fähigkeiten und ermöglicht ihren Versicherten einen partnerschaftlichen Dialog mit Ärzten und weiteren Leistungserbringern. Sie hilft bei der Suche nach Leistungserbringern und fördert die Kompetenzen ihrer Versicherten, sich einen gesundheitsförderlichen Lebensstil anzueignen. Beispielhaft seien hier der TK-Patientendialog, der TK-Klinikführer, der TK-Gesundheitscoach oder das TK-Ärztezentrum genannt.

Mehr Wahlfreiheiten für Versicherte

Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes hat der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen zudem die Möglichkeit eingeräumt, Wahltarife anzubieten und damit in einen tatsächlichen Wettbewerb – auch mit der privaten Krankenversicherung – zu treten. Die TK nutzt diese gesetzlichen Möglichkeiten, um ihren Kunden mehr Wahlmöglichkeiten nach ihren individuellen Bedürfnissen anzubieten.

Ob Alternativmedizin, Selbstbehalte oder spezielle medizinische Versorgungsformen: Die Angebote werden von den Versicherten genutzt. Diese individuellen Wahlmöglichkeiten sind der richtige Weg zur Stärkung der Patientensouveränität und zeigen, dass die gesetzliche Krankenversicherung attraktiv ist und der privaten Krankenversicherung in nichts nachsteht.

Die TK fordert, die wettbewerblichen Möglichkeiten der Krankenkassen zum Beispiel durch Wahltarife auszubauen.

Medizinische Versorgungszentren sind eine ideale Ergänzung des Versorgungsangebots

Die qualitativ hochwertige Versorgung, die durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Facharztgruppen unter einem Dach erreicht werden kann, hat die TK veranlasst, mit medizinischen Versorgungszentren zu kooperieren. Ziele sind die Verzahnung fachärztlicher Kompetenzen und der Aufbau eines regionalen Netzwerkes mit ambulant tätigen Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken sowie Heil- und Hilfsmittelerbringern.

Medizinische Versorgungszentren leisten einen wichtigen Beitrag für die Versicherten, sich zwischen verschiedenen Versorgungsformen zu entscheiden. Sie werden gut angenommen.

Die TK fordert alle Beteiligten auf, weiterhin konstruktiv verschiedene Versorgungsformen zu erproben und neue innovative Wege der Leistungserbringung nicht zu bremsen.

Prävention – ein Eckpfeiler moderner Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik darf sich nicht auf die Behandlung bereits bestehender Erkrankungen beschränken. Ihr Schwerpunkt muss vielmehr auf einer wirksamen Prävention liegen. Mit der systematischen Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten lässt sich die Entstehung vieler chronischer Krankheiten verhindern oder verzögern. Langfristig sind damit die größten Wirtschaftsreserven für unser Gesundheitssystem und für die dauerhafte Gesundheit des Einzelnen zu erschließen. Deshalb gehört gesundheitsbewusstes Leben zu einem wichtigen Eckpfeiler einer modernen Gesundheitspolitik.

Die TK nimmt die gesetzliche Verpflichtung sehr ernst und engagiert sich auf vielfältige Weise für ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein. Die Versicherten werden regelmäßig an die nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert, individuelle Impfkalender und eine Vielzahl von Gesundheitskursen werden angeboten. Darüber hinaus wird das Ziel verfolgt, das gesamte Lebensumfeld jedes Einzelnen gesund zu gestalten.

Mit der Idee von einer „Gesunden Kita“ und der „Gesunden Schule“ unterstützt die TK Schulen und Kindergärten finanziell, wenn es um eine gesunde Ernährung, mehr Bewegung, weniger Stress und Gewaltprävention geht. Auf kommunaler Ebene werden zum Beispiel gemeinsam mit dem „Gesunde Städte-Netzwerk“ Projekte zur „Familiengesundheit“ gefördert sowie Arbeitsgruppen oder auch Gesundheitskonferenzen unterstützt.

Nicht zuletzt in wirtschaftlich schwierigen Zeiten hängt der Erfolg eines Unternehmens entscheidend von der Motivation und dem Verhalten seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab. Die TK unterstützt deshalb bundesweit betriebliches Gesundheitsmanagement mit dem Ziel, systematisch und nachhaltig gesundheitsfördernde Strukturen zu gestalten.

Die TK tritt für die Beibehaltung der Planungs- und Finanzhoheit von Präventionsangeboten bei den Krankenkassen ein. Sie sieht im Bereich der Prävention keinen Handlungsbedarf für den Gesetzgeber.

8. Pflegeversicherung weiterentwickeln und zukunftssicher machen

Die Pflegeversicherung hat sich als eigenständiger Bestandteil des Sozialsystems bewährt, und die Pflege hat sich als gesellschaftliches und sozialpolitisches Thema etabliert. Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem gewährleistet eine ausgewogene Balance zwischen notwendiger Eigenleistung und solidarischer Unterstützung. Mit dem Pflegewerkschutzgesetz vom 28. Mai 2008 sind weit reichende Änderungen im Pflegeversicherungsrecht beschlossen worden. Eine grundlegend neue Debatte um die Pflegeversicherung ist daher kurzfristig nicht erforderlich. Mittel- und langfristig gibt es aber auch in der sozialen Pflegeversicherung den Bedarf, für eine nachhaltige Finanzierung zu sorgen.

Die TK plädiert in der Pflegeversicherung für eine vorbehaltlose Diskussion aller unterschiedlichen Optionen zur Stabilisierung und Stärkung einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung.

Das Konzept der Pflegestützpunkte ist aus Sicht der TK zu umfangreich. Erste Erfahrungen zeigen, dass die Bundesländer die Konzeptionen sehr unterschiedlich umsetzen. Nur anhand evaluierter Erkenntnisse ist politisch zu entscheiden, wie zukünftig mit den Pflegestützpunkten umgegangen wird.

Die TK fordert eine zügige Überprüfung des Konzeptes der Pflegestützpunkte und plädiert für eine Konzentration auf bereits errichtete Pflegestützpunkte.

Eine Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird bereits fachlich diskutiert. Dazu liegen Gutachten vor, die politische Diskussion ist eröffnet. Viele Fragen sind allerdings noch ungeklärt: Wie wirkt sich bei einer Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Umverteilung der zur Verfügung stehenden Mittel in allen Sozialleistungsbereichen aus? In welchem Umfang werden Menschen zukünftig keine oder geringere Leistungen der Pflegeversicherung erhalten? Wie finanziert man die Neuregelung einschließlich eines möglichen Bestandsschutzes?

Die TK plädiert für die Fortführung der Diskussion um eine gesellschaftlich akzeptable und wirtschaftlich tragfähige Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

9. Europa als Chance

Europa wächst in atemberaubendem Tempo zusammen. Dabei wird eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme in Europa von niemandem ernsthaft angestrebt. Es gilt vielmehr, die erfolgreichen nationalen Stabilisierungsbemühungen mit den Herausforderungen des Binnenmarktes zur Bewahrung unseres Schutzniveaus zu verzahnen. Denn die EU hat eigene Kompetenzen für Gesundheit, und sie macht Gebrauch davon: in der Gesundheitsprävention, dem Seuchenmanagement, der Sicherung von Blutkonserven oder der Förderung grenzüberschreitender Zusammenarbeit.

Noch stärker wird das deutsche Gesundheitssystem vom Europäischen Binnenmarkt beeinflusst. Die Zulassung und der Handel mit Arzneimitteln sind europäisch geregelt, die Dienstleistungsfreiheit bringt Bewegung in die Gesundheitsdienstleistungen.

Viele Patienten erkennen schon den Vorteil des europäischen Binnenmarktes für ihre Gesundheit. Im Jahr 2007 nahmen mindestens 34.000 TK-Mitglieder Gesundheitsleistungen im EU-Ausland im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch. Dabei nehmen die Versicherten zunehmend gezielt Leistungen des EU-Gesundheitsmarktes wahr, knapp die Hälfte der Leistungen waren geplante Behandlungen. Das bedeutet: Der an seiner Gesundheit interessierte Kunde wird mobil, denn mit Einheits- und Standardangeboten geben sich viele Kunden nicht mehr zufrieden.

Aus Sicht der TK bietet der europäische Binnenmarkt hervorragende Chancen. Deshalb haben wir bereits im Jahr 2000 in unserer Satzung die Erstattung der Kosten für Gesundheitsleistungen im EU-Ausland festgelegt, sofern sie im Leistungskatalog der GKV enthalten sind. Der Gesetzgeber hat diese Position vier Jahre später mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) umgesetzt. Seit 2004 schließt die TK direkt Verträge mit Kliniken im Ausland ab, um den Versicherten eine qualitativ hochwertige und unbürokratische EU-Auslandsversorgung zu gewährleisten.

Die Europäisierung des Gesundheitswesens ist eine strategische Aufgabe für die deutsche Gesundheitspolitik.

Die TK tritt dafür ein, dass Deutschland die Aufstellung der EU-Qualitätsstandards und EU-weit gültigen Zertifizierungen aktiv mitgestaltet, um das hohe Niveau zu schützen und eine Harmonisierungsspirale nach unten zu verhindern. Dies gilt auch für die Sicherung von Qualitätsstandards gegenüber Anbietern außerhalb der EU.

10. Politik der Ermöglichung

Seit den 70er Jahren sind im Gesundheitswesen viele wegweisende Gesetze beschlossen und Verordnungen erlassen worden. Die „großen Reformen“ ab 1993 waren immer nur so groß, dass wenige Jahre später die nächste große Reform aufgelegt wurde.

Die Bilanz dieser gesetzgeberischen Aktivitäten scheint beeindruckend, bis zu einer konsistent wettbewerbsorientierten Gesundheitspolitik sind aber noch viele Reformschritte nötig.

Durch die Gesundheitsreformen ist die Reglementierungsdichte immer größer geworden, der Verwaltungsaufwand bei allen Beteiligten ist gewachsen, die zeitlichen Intervalle verkürzen sich beständig, zuletzt verlieren die Versicherten das Vertrauen in die GKV.

Die TK fordert im Gesundheitswesen einen Wechsel: weg von der Politik der Reglementierung hin zu einer Politik der Ermöglichung.

Die Politik muss Handlungsalternativen an die Stelle von Standardlösungen und staatlichen Vorgaben setzen. Sie muss die Voraussetzungen und Leitplanken schaffen, damit sich die Leistungserbringer und Krankenkassen an den Interessen und Notwendigkeiten der Versicherten ausrichten und nicht am Fortbestand der eigenen Institution.

Die Politik hat die Aufgabe, den Rahmen so zu setzen, dass es möglich ist, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und sich nicht im Detail zu verlieren. Erforderlich sind nach wie vor Rahmenbedingungen für einen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten – nicht mehr und nicht weniger. Von einer solchen Politik der Ermöglichung werden Versicherte und Leistungserbringer profitieren. Deutschland sollte seine Chance im Gesundheitsmarkt nutzen, neue Arbeitsplätze werden geschaffen, die Versorgungsqualität und die Entscheidungsalternativen werden gestärkt und damit auch die Attraktivität und Tragfähigkeit der Krankenversicherung.

Herausgeber:

Techniker Krankenkasse
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
www.tk-online.de

Ansprechpartner:


Techniker Krankenkasse
Büro Berlin, Luisenstraße 46
10117 Berlin
Tel.: 030 - 28 88 47-10
Fax: 030 - 28 88 47-40
E-Mail: Berlin-Gesundheitspolitik@tk-online.de


© Techniker Krankenkasse.
Alle Rechte vorbehalten.






Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Info zur PDF-Datei

Mit den  Lesezeichen im linken Navigationsfenster, den Links im Inhaltsverzeichnis und im Text navigieren Sie zu den Artikeln.



Mit Klick auf + öffnen sich weitere Lesezeichen zum Text. 


Klicken sie auf + des ersten Lesezeichens  **Bedienungsfunktionen für Sehbehinderte, Vorlesen mit Adobe Reader**, um zu Befehlen für diese Datei sowie zu [Links](#) für weitere Infos und Downloads zu kommen.



Soweit vorhanden, sind [Internetlinks](#) im Text zielgenau aktiv und zusätzlich als  **Lesezeichen** angelegt. (Neue Icons bei Reader 8: )

Um den vollen Funktionsumfang zu nutzen, öffnen Sie diese Datei mit dem Adobe Reader 6, 7 oder 8 und nicht mit dem Plug-In Ihres Browsers.


Ihre Leseoptionen

Die Datei öffnet in Ganzseitendarstellung  (Strg+0). Die  Lesezeichen öffnen Seiten in der jeweils von Ihnen eingestellten Größe.

Nächste Vergrößerungsstufe ist Anzeige Fensterbreite  (Strg+2).

Durch Klicken in den Text  wird die Textspalte auf die volle Fensterbreite vergrößert. Weitere Klicks führen Sie bis zum Textende eines Kapitels und zur Ausgangsansicht zurück. Der Zeiger muss für diese Funktion so  aussehen.

Eine weitere Vergrößerung bringt das Schließen des Lesezeichenfensters durch Klick auf die Registerkarte "Lesezeichen" (oder Alt+A-N-L).


Benötigen Sie sehr große Schrift, wählen Sie das Lezeichen  >Flexiblen Zeilen-




umbruch und Größe einstellen.


Alternativ: Strg+4 (Zeilenumbruch), dann mit Strg+ oder Strg- den Zoomfaktor einstellen.

Achtung: Die Anzeige "flexibler Zeilenumbruch" ist manchmal fehlerhaft.

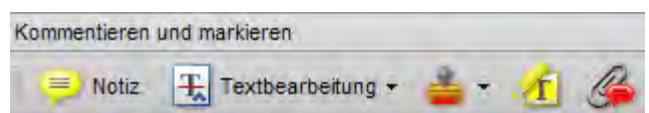
Vorleseoption mit Adobe Reader


Der vermutlich voreingestellte Sprecher "Microsoft Sam" muss gegen deutsche Sprecher ausgetauscht werden: Nutzen Sie die  **Infos zum Vorlesen ... und Download deutscher Sprecher**, um deutsche Sprecher zu installieren.

Wählen Sie unter  **Bedienungsfunktionen** das Lesezeichen  >Seite vorlesen durch Adobe Reader (Strg+Shift+V). Sie beenden das Lesen mit  Ende vorlesen (Strg+Shift+E).

Achtung ab Reader 8: Vor dem Lesen muss mit Strg+Shift+Y (Menü: >Anzeige >Sprachausgabe) die Sprachausgabe aktiviert werden. Neue Funktion: Dann können Sie auch mit dem Auswahl-Werkzeug (V)  in einen Absatz klicken, der Ihnen dann vorgelesen wird.

Ausführliche Infos finden Sie unter dem Lesezeichen  **Infos zum Vorlesen durch Adobe Reader bei tk-online ...**



Kommentieren und markieren Sie mit dem  Hervorheben- und Notiz-Werkzeug. Klicken Sie [HIER](#) um die Kommentar- und Notiz-Werkzeuge an- und abzuschaalten. Sie schaffen mit Kommentaren Ihre eigene [Navigationsebene](#).