

# dialog

DENKANSTÖSSE VON DER DEUTSCHEN BKK

04|11



- EDITORIAL | 2** Tauziehen ums Morbi-RSA-Gutachten
- THEMA | 3** Pflege - eine gesellschaftliche Herausforderung
- AKTUELL | 7** Klappe zu, Kasse dicht? Imageschaden durch Kassenschließungen

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

es war schon ein starkes Stück, was sich in den letzten Wochen in Berlin abspielte. Sicher, so etwas passierte nicht zum ersten Mal: Der Auftraggeber eines Gutachtens ist mit dem Ergebnis nicht zufrieden und lässt es in der Schublade versauern. Dass aber der Bundesgesundheitsminister ernsthaft geglaubt hat, im Falle des wissenschaftlichen Gutachtens zum Morbi-RSA damit durchzukommen, erstaunt. Hängt doch für die Krankenkassen viel zu viel von der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA ab, als dass sie das Schweigen aus der Friedrichstraße 108 hinnehmen würden.

Und so beschwerten sich die Krankenkassen öffentlich über das Vorgehen des Ministeriums. Allen voran die AOK, aber auch die DAK, die Knappschaft, die Bahn BKK und wir, die Deutsche BKK, forderten in der Presse die Veröffentlichung des Gutachtens. Endgültig zur Posse entwickelte sich das Ganze, als die „Rheinische Post“ wörtlich aus dem Gutachten zitierte. Am 23.09.11 stellte das BMG das 393 Seiten umfassende Dokument still und leise auf seine Internetseite. Und siehe da:

Konkret ist im Gutachten die Rede von

- Unterdeckungen für Frauen ab 75 Jahre und Männer ab 60 Jahre - die Deckungsquote sinkt hier bis unter 90 Prozent - und Überdeckungen für jüngere Versicherte von bis zu 124 Prozent,
- Unterdeckungen für Versicherte mit Krankheiten, die eine hohe Letalität aufweisen oder ältere Bevölkerungsgruppen betreffen, und Überdeckungen für Versicherte mit Krankheiten, die keine hohe Letalität aufweisen oder jüngere Bevölkerungsgruppen betreffen,
- Unterdeckungen bei Verstorbenen,
- Unterdeckungen bei multimorbiden Versicherten und Überdeckungen bei Versicherten ohne hierarchisierte Morbiditätsgruppe (HMG) und
- Unterdeckungen für Kassen mit hoher Morbidität und Überdeckungen für Kassen mit niedriger Morbidität.

Insbesondere bei den Zuweisungen für Verstorbene ist ein mathematischer Fehler die Ursache für diese Verwerfungen.

Und sie warnen davor, den Morbi-RSA von bisher 80 Krankheiten auf - wie ursprünglich im Koalitionsvertrag geplant - lediglich 50 Krankheiten zu reduzieren. Die Deutsche BKK fordert seit langem, alle Krankheiten in den Finanzausgleich einzubeziehen. Technisch wäre dies kein Problem. Und es würde die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA eklatant verbessern und damit für faire Wettbewerbsbedingungen unter den Krankenkassen sorgen.

Und was tut der Bundesgesundheitsminister? Er schweigt. Über seine Sprecher lässt er ausrichten, es seien erst mal keine gravierenden Änderungen am Morbi-RSA geplant. Wir werten das als Erfolg. Denn keine Änderungen sind besser als eine Reduzierung des Morbi-RSA. Dennoch: Der Morbi-RSA wurde als „lernendes System“ konzipiert. Das BMG blieb bisher den Beweis schuldig, dass dies mehr als nur eine Worthülse ist.

Ihr  
Achim Kolanoski




Achim Kolanoski,  
Vorstandsvorsitzender  
der Deutschen BKK

Ihrer Gesundheit zuliebe  
**Deutsche BKK**

**LESERBRIEFE**  
Sagen Sie uns Ihre Meinung! Einfach eine E-Mail an [dialog@deutschebkk.de](mailto:dialog@deutschebkk.de) schicken. Wir freuen wir uns auf Ihre Post.

**ABO**  
Sie möchten dialog kostenfrei abonnieren, eine Adressänderung melden oder dialog abbestellen? Dann senden Sie uns einfach eine E-Mail mit Namen und Postadresse an [abo@deutschebkk.de](mailto:abo@deutschebkk.de).

**IMPRESSUM**  
Herausgeber: Achim Kolanoski, Deutsche BKK, Willy-Brandt-Platz 8, 38439 Wolfsburg, [www.deutschebkk.de](http://www.deutschebkk.de)  
Chefredakteurin: Lydia Krüger  
Redaktion: Uta Engelhardt  
Design: [www.k-gutmann.com](http://www.k-gutmann.com)  
Druck: BWH Medien & Kommunikation, Hannover



## Pflege - eine gesellschaftliche Herausforderung

### Deutschland wird zur „Republik der Alten“

In allen europäischen Ländern hat sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten stark verbessert. Damit einhergehend erhöhte sich seit 1980 die Lebenserwartung bei Geburt der Frauen und Männer um durchschnittlich sechs Jahre. In Deutschland werden statistisch gesehen heute geborene Jungen 77,6 Jahre alt, bei den Mädchen sind es 82,7 Jahre. Auch die bereits älteren Menschen leben im Vergleich zum letzten Jahr einen Monat länger. Die zunehmende Lebenserwartung der Deutschen ist erfreulich, stellt jedoch die Gesellschaft zukünftig vor große Herausforderungen in der Pflegepolitik. Denn länger leben heißt nicht unbedingt länger gesund leben. Heute sind 2,3 Millionen Menschen pflegebedürftig, die Hälfte davon ist 80 Jahre oder älter. Im Jahr 2050 gehen Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes von bis zu 4,5 Millionen pflegebedürftiger Menschen aus. Viele werden mit zunehmendem Alter mit der Diagnose Demenz oder Parkinson zu Pflegefällen.

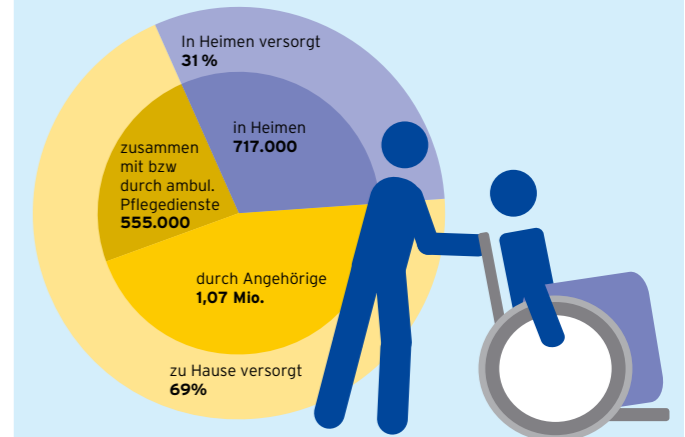
### Wie sieht die Pflege der Zukunft aus?

Wie wollen pflegebedürftige Menschen leben? Welche Wohnformen bevorzugen Sie? Was brauchen zu pflegende Angehörige? Welche Rahmenbedingungen sind für die Pflegekräfte notwendig? Und wie lässt sich dies alles finanzieren? Die ersten Fragen beantworten die Betroffenen eindeutig. Knapp 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, viele davon allein von Angehörigen, oft mit Hilfe von ambulanten Pflegediensten. Viele Angehörige leiden unter Stress, denn Pflege kann auch belastend für die Familie sein. In den stationären Einrichtungen sind über 600.000 Menschen beschäftigt, die ambulante Pflege zählt ca. 270.000 Beschäftigte. Aber schon heute zeichnet sich ein Fachkräftemangel ab, der nicht ohne eine Aufwertung der Pflegeberufe behoben werden kann.

### Geld ist nicht alles

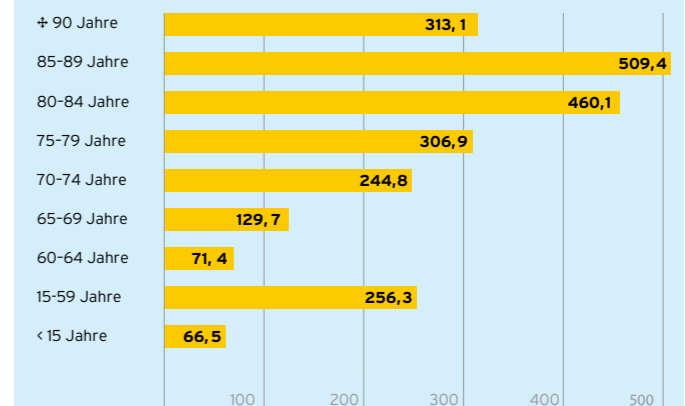
Im Jahr 1995 wurde die Pflegeversicherung eingeführt. Zur aktuellen Frage der Reform der Finanzierung gibt es sehr unterschiedliche Positionen der politischen Parteien, die dennoch eines gemeinsam haben: Bislang bleiben die Papiere höchstens in der Entwurfsfassung. Das vom ehemaligen Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ausserufene Pflegejahr 2011 wurde bislang nicht mit Leben gefüllt. Viel Zeit bleibt 2011 nicht mehr für ein in der Koalition abgestimmtes Eckpunktepapier. Und selbst wenn, so ist zu befürchten, dass sich das Meiste um die Finanzierung dreht. Die ist zwar wichtig, da sie die Grundlage einer umfassenden Pflegekonzeption ist, darf jedoch nicht den Blick auf weitere wichtige Rahmenbedingungen verstellen. Wir haben heute und in Zukunft höhere Maßstäbe an eine gute Pflege und eine umfassende Versorgung Pflegebedürftiger als noch vor einigen Jahren. So lange wie möglich soll ein eigenständiges Leben erhalten bleiben. Die Voraussetzungen in Deutschland sind nicht so schlecht wie oft herbeigeredet. In den 16 Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung ist es in Deutschland gelungen, eine flächendeckende Pflegeinfrastruktur zu etablieren. Und so dreht sich doch wieder alles um die zukünftige Finanzierung: Was ist unserer Gesellschaft gute Pflege wert?

### Ort der Pflege 2009



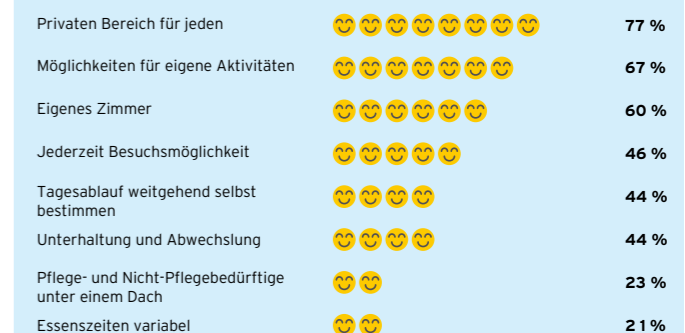
Quelle: Statistisches Bundesamt; Grafik: BKK Bundesverband

### Pflegebedürftige nach Altersgruppe 2009 in Tausend



Quelle: Statistisches Bundesamt; Grafik: BKK Bundesverband

### Wünsche an Pflegeeinrichtungen in Prozent



Quelle: IfD-Allersbach; Grafik: BKK Bundesverband

## dialog sprach mit:

**Prof. Dr. Stefan Görres, Direktor des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Uni Bremen und Corinna Arps, Pflegedienstleiterin beim Montessori & Friends Pflegedienst**

### PROF. DR. STEFAN GÖRRES



Prof. Dr. Stefan Görres, Direktor des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Uni Bremen

#### Welche großen Herausforderungen sehen Sie in der Pflege?

Diese lassen sich auf wenige Punkte reduzieren: die deutliche Zunahme älterer und sehr alter Menschen im Vergleich zu jüngeren, die Zunahme derjenigen, die im Alter alleine in der häuslichen Wohnung leben und auch die steigende Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Bei steigender Lebenserwartung nimmt die Zahl derjenigen Menschen zu, die pflegebedürftig sind. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Demenz. Diese Situation stellt nicht nur an die pflegerischen Dienste hohe Anforderungen, sondern auch an die zunehmend belasteten pflegenden Angehörigen. Gleichzeitig haben wir einen Fachkräftemangel in der Pflege.

#### Was muss die Politik konkret tun, um die Situation langfristig zu verbessern?

Zunächst einmal muss die Politik überhaupt verstehen lernen, dass das Thema Pflege für die Zukunft unserer Gesellschaft zentral ist. Nur mit Geld alleine ist diese Herausforderung nicht zu bewältigen, zumal es daran häufig fehlt. Die Politik braucht eine langfristige Strategie, die nicht an Wahlen gebunden ist und die Verantwortung und Fürsorge für die älteren Menschen wieder deutlicher in den Mittelpunkt stellt.

#### Welche kurzfristigen Lösungen würden helfen?

Kurzfristig sollten zumindest die Ziele umgesetzt werden, die sich schon die alte Bundesregierung gesetzt hatte und die immer noch nicht realisiert sind: Dazu gehören u.a. der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, dessen Einführung vor allem Menschen mit Demenz besser stellt, ebenso wie ein Mehr an wohnortnahen Beratungsleistungen, neue Versorgungsformen, die einen Verbleib in der häuslichen Umgebung unterstützen, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, die Stärkung von Prävention und Rehabilitation, die Aufwertung des Pflegeberufs und eine möglichst dauerhaft gesicherte Finanzierung der Pflegeversicherung.

### CORINNA ARPS

#### Welche großen Herausforderungen sehen Sie in der Pflege?

Zum einen die demographische Entwicklung und die kontinuierliche Zunahme der Anzahl von Personen mit Pflegebedarf. In der Praxis erlebe ich als größte Herausforderung jedoch vor allem das ständig wachsende Spannungsfeld zwischen professionellem Anspruch und den mangelnden Ressourcen. Mit anderen Worten: Wir wissen, was wir tun könnten und müssten, aber wir können häufig nur Bruchteile umsetzen, da uns die finanziellen Mittel und das qualifizierte Personal fehlen. Ich sehe auch die Entwicklung von technischen Hilfsmitteln –



Corinna Arps, Pflegedienstleiterin beim Montessori & Friends Pflegedienst mit Hund Shanti

angefangen von Hebebühnen (Lifter) bis hin zu der Diskussion von Waschautomaten und Kuschelrobotern – sehr kritisch. In der Betreuung von Menschen mit Demenz beispielsweise kann kein Hilfsmittel eine qualifizierte Betreuungsperson und lebendige Wesen ersetzen. Vielmehr sind die meisten Hilfsmittel dann vollständig überflüssig.

#### Was muss die Politik konkret tun, um die Situation langfristig zu verbessern?

Eine komplette Reformierung der Finanzierung der Pflege. Das aktuelle Finanzierungssystem bedeutet Pflege im Minutentakt; das wird den Menschen nicht gerecht. Bürokratie, Dokumentation und Abrechnung sind überdimensional zeitaufwändig. Die Fachkraftquote muss deutlich erhöht werden und zwar gerade im Hinblick auf SGB XI-Leistungen. Es gibt zum Beispiel unzählige Arten der Ganzkörperwaschung, die eben nicht einfach waschen bedeuten. In der Betreuung von Menschen mit Demenz oder seelischen Beeinträchtigungen kann und sollte selbst die Reinigung der Wohnung therapeutisch genutzt werden. Aktuell besteht die eindeutige Tendenz, dass Pflegefachkräfte reduziert werden auf die sogenannte Behandlungspflege (vor allem Medikamentengaben in Minuteneinsätzen), während angelernte Menschen irgendwie pflegen. Beides ist aus pflegefachlicher Sicht indiskutabel. Die Politik sollte dringend aufhören, gerade in der Altenpflege Arbeitsmöglichkeiten für Menschen zu sehen, die Schwierigkeiten haben auf dem übrigen Arbeitsmarkt, und für diese entsprechend Qualifizierungen zu erfinden. Gerade in der Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen brauchen wir hochqualifizierte Fachkräfte, die gleichzeitig reife, stabile Persönlichkeiten sind. Im Gegenzug würde sich ein Einsparpotential an Hilfsmitteln und auch an Medikamenten (insbesondere Psychopharmaka) ergeben.

#### Welche kurzfristigen Lösungen würden helfen?

Bitte keine kurzfristigen Lösungen mehr. Viele Probleme in der Pflege rühren daher, dass immer nach kurzfristigen Lösungen gesucht wird bzw. kurzsichtig reagiert wird. Die Pflege muss von Grund auf reformiert werden. Kurzfristig würde nur helfen, wenn die Politik dafür sorgen würde, dass die vorhandenen hochqualifizierten Pflegekräfte in der Pflege bleiben und nicht zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen, zur Heimaufsicht oder in Pflegestützpunkte abwandern. Wir brauchen diese Spezialisten in der Praxis. Bessere Arbeitsbedingungen und eine leistungsgerechte Bezahlung würden helfen. Angesichts der demografischen Entwicklung sollten wir das Thema Pflege in den Schulunterricht integrieren – weil es irgendwann jeden betrifft. Und auch, um junge Menschen mit dem Wunsch nach einem anspruchsvollen Beruf für die Pflege zu gewinnen. Das Bild in der Öffentlichkeit – z.B. Pflege als Knochenjob – hat mit dem Pflegeberuf an sich wenig zu tun.

## Finanzausgleich der Krankenkassen diskriminiert Alte und Kranke



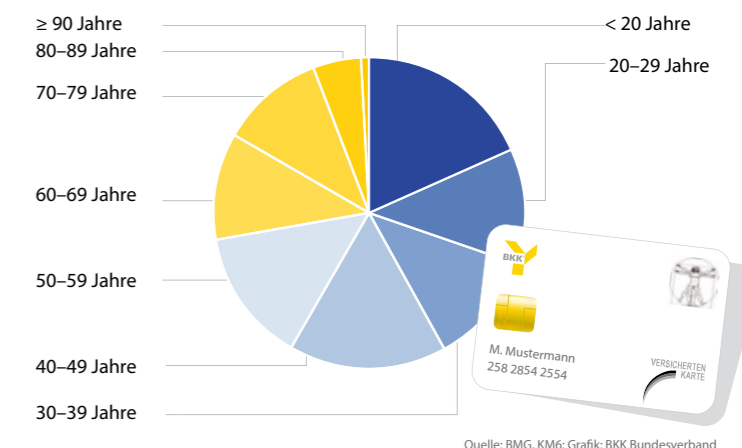
### Definition Morbi-RSA

Seit 2009 fließen alle Beitragsgelder von den Krankenkassen in einen großen Topf, den Gesundheitsfonds. Dort werden sie nach einem komplizierten Verteilungsmechanismus wieder an die Kassen ausgeschüttet. Dieser krankheitsorientierte Finanzausgleich der Krankenkassen (Morbi-RSA) soll die Beitragsgelder dorthin steuern, wo sie zur Versorgung Kranker benötigt werden. Deshalb wurden 80 Krankheiten definiert, für die Krankenkassen finanzielle Zuweisungen bekommen. Damit sollten die Mängel des bis Ende 2008 bestehenden Risikostrukturausgleichs (RSA) behoben werden, der Anreize zur Selektion guter Risiken (junger, gesunder Versicherter) bot.

### Die Masse macht's: Ungleichgewicht durch viele ältere und kranke Versicherte

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Morbi-RSA zeigen jedoch nach wie vor eine Fehlverteilung der Gelder zu Lasten kranker Versicherte. Die über 60-Jährigen machen zwar nur knapp ein Drittel (27,6 Prozent) der rund 70 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. Allerdings sind ihre Krankheitskosten wesentlich höher als die der jüngeren Altersgruppen.

#### GKV-Versicherte nach Altersgruppen 2010



### Deutsche BKK benachteiligt

Der Fehler im Verteilungsmechanismus des Morbi-RSA sorgt bei Versorgerkassen wie der Deutschen BKK dafür, dass die Differenz zwischen den Ausgaben für alte und schwerstkranke Patienten und den finanziellen Zuweisungen zu hoch ist. Ein weiteres Problem: Je älter die Versicherten sind, desto höher sind die durchschnittlichen Krankheitskosten. Die Differenz zwischen den tatsächlichen Behandlungskosten und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wird mit zunehmendem Alter der Versicherten immer größer. Innerhalb der großen Gruppe der bei der Deutschen BKK versicherten Rentner gibt es allein 17.000 Personen mit einem Defizit von mindestens 10.000 Euro pro Kopf. Damit fehlen 428 Millionen Euro allein für diese relativ kleine Versichertengruppe.

### Ein Rechenbeispiel: Die Behandlung einer 70-jährigen Krebspatientin

**Krankheitskosten für die Deutsche BKK: 150.000**

**Erstattung aus dem Gesundheitsfonds: 23.000 Euro**

**Fehlbetrag: 127.000 Euro**

## Unfairer Wettbewerb durch unfaire Verteilung

Die Mittel, die für die Versorgung von kranken und alten Versicherten fehlen, werden auf die anderen Versichertengruppen umverteilt. Die medizinische Versorgung junger und gesunder Versicherter ist jedoch im Durchschnitt weit weniger kostenintensiv. Das Resultat ist ein unfairer Preiswettbewerb mit Zusatzbeiträgen und Prämienzahlungen. Die Ursache liegt nicht in angeblich unwirtschaftlichen Kassen, sondern in der Fehlverteilung durch den Morbi-RSA.

## Ein Rechenbeispiel: Ungleichbehandlung bei verstorbenen Versicherten

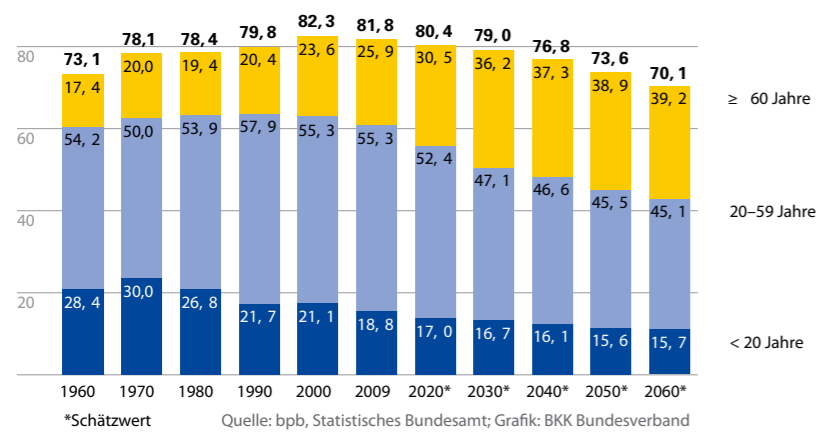
Bei der Deutschen BKK verstarben in den Jahren 2009 und 2010 jeweils ca. 12.000 Versicherte. Knapp 82 Prozent waren über 70 Jahre alt. Ab diesem Alter entsteht die größte Diskrepanz zwischen den tatsächlichen Krankheitskosten und den Zuweisungen aus dem Fonds.

Deckungslücke zwischen tatsächlichen Kosten und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bei Verstorbenen:

- 2009: ca. 110 Millionen Euro
- 2010: ca. 122 Millionen Euro

Die zu geringen Zuweisungen ergeben sich aus einem Methodenfehler im Morbi-RSA, der zu Kürzungen bei den Zuweisungen für Verstorbene führt: Für den Fall, dass Versicherte weniger als ein vollständiges Kalenderjahr versichert sind (z.B. Neugeborene, Versicherte, die zur PKV wechseln oder ins Ausland gehen) werden die Behandlungskosten aufs Jahr hochgerechnet. Dies gilt allerdings nicht für Verstorbene. Dieser mathematische Fehler muss korrigiert werden.

## Gerechte Verteilung der Mittelzuweisungen für Ältere ist gesellschaftliche Notwendigkeit



Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Bevölkerung in Millionen  
Anteil der Altersgruppen in Prozent

Aufgrund der niedrigen Geburtenrate und einer steigenden Lebenserwartung wächst der Anteil der über 60-Jährigen stetig, während die Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten weiter zurückgeht. Bis 2060 wird der Anteil der Menschen über 60 Jahre voraussichtlich bei 39,2 Prozent, die Gesamtbevölkerung jedoch nur noch bei 70,1 Millionen Einwohnern liegen.

### Fazit

Die Deutsche BKK fordert eine umgehende Korrektur des Morbi-RSA in folgenden Punkten:

1. Vereinfachung des Morbi-RSA durch Einbezug aller Krankheiten
2. Keine Ausnahmeregelung mehr bei Sterbefällen
3. Höhere Berücksichtigung der Morbidität bei den Verwaltungskosten
4. Anpassung von Ausgaben und Zuweisungen im Krankengeld

Ältere und kranke Versicherte dürfen nicht weiter benachteiligt werden.

# „Klappe zu, Kasse dicht?“



Bei Redaktionsschluss war noch nicht klar, ob die BKK für Heilberufe tatsächlich schließen muss. Fest steht, dass die finanzielle Schiefelage einer einzelnen Krankenkasse die von der Haftung betroffenen Kassen vor ein Dilemma stellt: nämlich die Wahl zwischen einer öffentlichkeitswirksamen Schließung und dem etwas eleganteren Wegfusionieren der Kasse.

Die erste Kassenschließung seit langem war die Schließung der City BKK, einer Kasse, die seit Jahren in finanziellen Schwierigkeiten war. Als Betriebskrankenkasse der Städte Berlin und Hamburg versicherte sie sehr viele ältere, kranke Menschen – und das auch noch in Großstädten, in denen medizinische Leistungen besonders teuer sind. Weder der alte Risikostrukturausgleich noch der Morbi-RSA konnte die dadurch entstehende Deckungslücke auffangen. Dennoch: Als die Kasse dann tatsächlich geschlossen wurde, ging ein Aufschrei durch die Presse.

Spätestens die Bilder alter Menschen, die auf ihren Rollator gestützt bei anderen Krankenkassen Schlange standen und mit billigen Tricks abgewimmelt wurden, weckten auch die Politik aus ihrem Dämmer Schlaf. Erstmals wurde deutlich, dass man plötzlich auch mal ohne eine Krankenversicherung dastehen kann. Ironischerweise hat die City BKK-Schließung dazu beigetragen, den Wert einer Krankenkasse zu vermitteln – wenn auch auf Angst einflößende Weise. Gleichzeitig war die Schließung ein PR-GAU, ein enormer Imageschaden für die Krankenkassen, insbesondere für die BKK, aber auch für das GKV-System als Ganzes. Denn bei allen Beteuerungen, dass der Versicherungsschutz für die Mitglieder gesichert ist: Die Schließung einer Kasse erzeugt Unsicherheit und Ängste. Sie führt zu einem Vertrauensverlust bei den gesetzlich Versicherten – und der betrifft explizit die Betriebskrankenkassen, die sonst doch als starke Kassenart wahrgenommen werden. Hinzu kommt die Besonderheit,

dass das BKK-System aufgrund seiner Vielfalt für viele Versicherte undurchsichtig wirkt. „BKK ist gleich BKK“ ist noch immer der Eindruck vieler Kunden. Die Schließung einer BKK färbt also auf das Image aller Betriebskrankenkassen ab. Dieser Imageschaden lenkt langfristig die Kundenströme weg von den BKK und in Richtung großer, vermeintlich stärkerer Kassen.

Es sollte also im dringenden Interesse der BKK sein, eine weitere Kassenschließung nur wenige Monate nach dem „City BKK-gate“ zu vermeiden und auf Fusionen zu setzen. Doch immer seltener findet sich ein Partner, der bereit ist, eine mit großen finanziellen Risiken behaftete Kasse aufzunehmen und damit möglicherweise eigenes Vermögen zu verbrennen. Betriebswirtschaftlich gesehen ist dies beim heutigen Morbi-RSA die richtige Sichtweise.

Auch beim Thema Fusionshilfen zeichnet sich eine Wende ab. Die damit verbundenen finanziellen Auswirkungen lassen immer mehr BKK rebellieren. Schließlich ist eine Fusionshilfe nicht viel mehr als die gemeinschaftliche Subventionierung von Wettbewerbern. Kassenschließungen sind eine Folge der Webfehler des Morbi-RSA und damit des Versagens der Gesetzgebung, Anreize für die Aufnahme sowie medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung von kranken Menschen bei den Kassen zu setzen. Insofern ist jede weitere Kassenschließung auch ein Wink mit dem Zaunpfahl Richtung Politik.

### ZITAT

*Nichts ist Zeitverschwendung, wenn man die Erfahrung weise nutzt.*

Auguste Rodin





JEDER EINZELNE ZÄHLT

Ihrer Gesundheit zuliebe

Deutsche BKK



# Passende Typen gesucht



Werden Sie Lebensretter  
mit Ihrer Spende.

- Gewebemerkmals-Typisierung
- Nabelschnur-Blutspende
- Geldspende für Typisierung

Spendenkonto: 910 030 898 – BLZ: 250 501 80 bei Sparkasse Hannover –  
Für Rückfragen: [deutschebkk@dkms.de](mailto:deutschebkk@dkms.de)