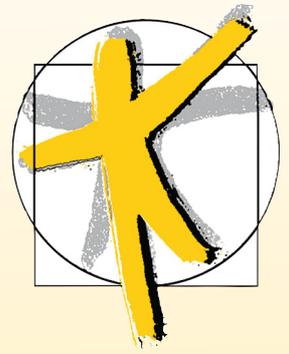


# BAGP Info10

Informationen der  
BundesArbeitsGemeinschaft der  
PatientInnenstellen und -Initiativen



## Der Gesundheitsfonds – und was Sie über ihn wissen sollten!

**Der Gesundheitsfonds: Er findet Kritiker in allen Parteien, überzeugt die wenigsten Gesundheitsexperten und ist sehr umstritten. Viele woll(t)en ihn verhindern, andere ihn wenigstens hinauszögern.**

**Aber: Er ist beschlossene Sache und das Herzstück der neuesten Änderungen der Gesundheitsreform 2007, die seit 1.1.2009 greifen.**

Mit dem Gesundheitsfonds wird die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) völlig neu organisiert.

Die Beiträge zur GKV werden ab 2009 bundesweit und einheitlich per Rechtsverordnung durch die Bundesregierung festgeschrieben und nicht mehr von den jeweiligen Kassen. Es gilt ein einheitlicher Beitragssatz. Die Krankenkassen ziehen wie bisher die Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern ein und leiten sie unmittelbar in den „Geldtopf“ Gesundheitsfonds. Dieser ist beim Bundesversicherungsamt angesiedelt und verwaltet ab 1.1.2009 die Finanzen. In den Fonds fließen auch Steuergelder: 7,2 Milliarden Euro für das Jahr 2009. Der Anteil an Steuergeldern wird jährlich um 1,5 Mrd. € erhöht, und zwar bis zu einem Maximalzuschuss von 14 Mrd. €.

Jede Krankenkasse erhält für jede Versicherte eine Pauschale, die sogenannte Zuweisung, aus dem Fonds. Dazu kommen Zu- bzw. Abschläge, die je nach Alter, Geschlecht und Art der Krankheit der versicherten Kassenmitglieder gezahlt werden.

Erstmalig werden schwerwiegende und kostenintensive, chronische Krankheiten über den „morbidityorientierten Risikostrukturausgleich“ (Morbi-RSA, s.u.) besonders berücksichtigt. Der Morbi-RSA soll einen gerechteren Ausgleich unter den Kassen schaffen. Kommt eine Kasse mit den Pauschalen, die sie für ihre Versicherten erhält, nicht aus, kann sie einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern verlangen. Hat eine Kasse gut gewirtschaftet, kann sie ihren Versicherten Prämien zurückzahlen.

Unmittelbare Leistungseinschränkungen sieht der Gesundheitsfonds nicht vor. Seine konkreten Auswirkungen auf Versicherte und Krankenkassen werden sich erst nach der Einführung zeigen. Hier wird derzeit viel spekuliert.

Was aber bislang konkret ist und was Sie über den Gesundheitsfonds wissen sollten, darüber möchten wir Sie in dieser Patienteninformation aufklären.

(Wir verwenden abwechselnd die weibliche und männliche Schreibweise.  
Der Text gilt für beide Geschlechter.)

BUNDESARBEITS-  
GEMEINSCHAFT  
DER  
PATIENTINNEN-  
STELLEN UND  
-INITIATIVEN  
(BAGP)

Waltherstr. 16a  
80337 München

TELEFON

089 / 76 75 51 31

FAX

089 / 725 04 74

internet:

[patientenstellen.de](http://patientenstellen.de)  
[mail@patientenstellen.de](mailto:mail@patientenstellen.de)

Sie erreichen uns:

Di - Do

13 - 14 Uhr

und AB

50 Cent

## Allgemeines zum Beitrag

### Einheitlicher allgemeiner Beitragssatz

Bis 30.6.09 beträgt der Beitragssatz 15,5 %. Er soll ab 1.7.09 auf 14,9 % gekürzt werden. Der ermäßigte Beitragssatz beläuft sich auf 14,6 bzw. 14,0 % ab 1.7.09. Davon sind – wie seit 2005 – je 0,9 % ausschließlich vom Versicherten zu zahlen und der Rest je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Die Beiträge werden weiterhin vom sozialversicherungspflichtigen Entgelt bzw. Einkommen erhoben.

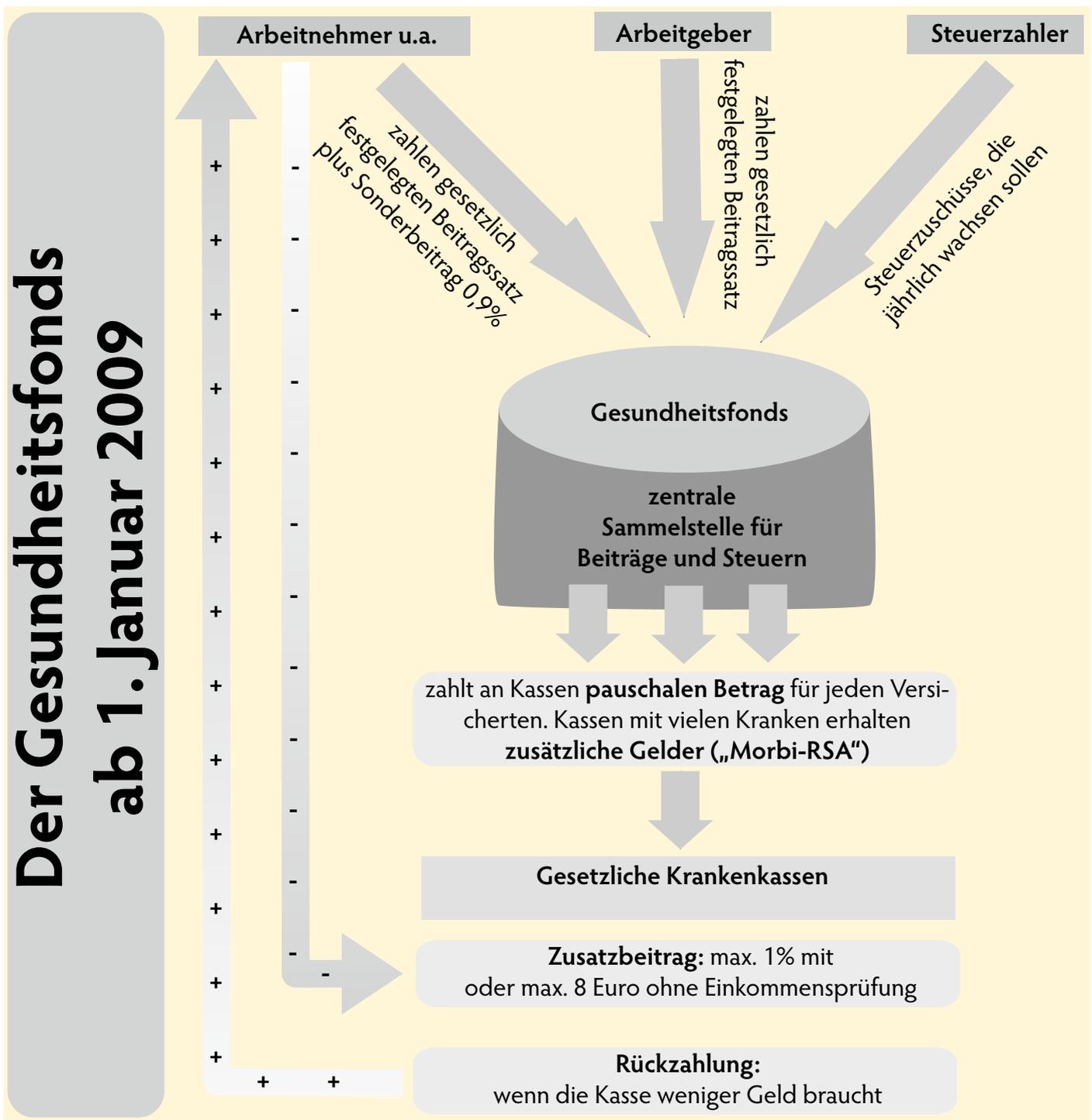
Seit dem 1.1.09 zahlen alle Versicherten den gleichen Beitragssatz, egal bei welcher Kasse sie versichert sind.

### Höchstbeitrag

Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) wird es weiterhin geben. Sie beträgt im Jahr 2009 **44.100 €** pro Jahr, bzw. **3.675 €** pro Monat (Ausnahmen: Selbständige und Freiberufler). Einkommen oberhalb dieser BBG bleiben damit wie bisher frei von jeder Beitragslast.

### Wer legt Beiträge fest?

Festgelegt wird der „einheitliche Beitragssatz“ jeweils per Rechtsverordnung durch die Bundesregierung bis zum 1.11. eines Jahres für das Folgejahr. Er wird angepasst und erhöht, wenn die Ausgaben der Kassen nicht mindestens zu 95 % aus dem Gesundheitsfonds gedeckt sind.



## Wer zieht die Beiträge ein?

Zunächst bleibt alles beim Alten. Die Kassen ziehen die Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern ein.

Zusätzlich können ab 2011 Arbeitgeber entscheiden, alle Beitragszahlungen, Beitragsnachweise und Versicherungsmeldungen gebündelt über eine einzige Krankenkasse abzuwickeln, auch wenn ihre Mitarbeiter unterschiedlichen Krankenkassen angehören.

## Beitrag von RentnerInnen

Auch Rentnerinnen und Rentner zahlen den einheitlichen Beitragssatz von 15,5 % (bzw. 14,9 % ab 1.7.09). Davon sind 0,9 % vom Mitglied alleine zu tragen.

Wie bisher behält der Rentenversicherungsträger die Beiträge ein. Er leitet sie direkt an den Fonds weiter.

## Gibt es noch eine Familienversicherung?

Ja, auch weiterhin sind Ehegatten und Kinder (nicht selbst beitragspflichtige Familienangehörige) kostenneutral mitversichert.

**Achtung:** Bei vielen gesetzlich Versicherten ist der Beitragssatz mit z.Zt. 15,5 % drastisch erhöht worden. 2008 lag der durchschnittliche Satz bei 14,8 % (Anstieg = 0,7 %). Dies bedeutet eine durchschnittliche Erhöhung von ca. 12 €/Monat. Ab Juli 2009 wird das aber wieder abgemildert.

## Warum dieser „hohe“ Beitragssatz?

Der Fonds selbst soll laut Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) kostenneutral sein. Er soll die Finanz- und Strukturprobleme der GKV längerfristig lösen. Nach Aussage des BMG ermöglicht die Höhe des Beitrages eine bessere Vergütung für ambulante ärztliche Leistungen (plus 2,7 Milliarden €) und sorgt für finanzielle Entlastungen der Krankenhäuser (plus 3 Milliarden €). Weiter bestimmen lt. BMG steigende Ausgaben für Arzneimittel, die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts und die Zunahme der chronischen Krankheiten die Beitragshöhe.

Kritische Stimmen befürchten, dass der Fonds genau das Gegenteil bewirkt und das Gesundheitswesen teurer, bürokratischer und komplizierter macht. Der hohe Beitragssatz wird arbeitspolitisch und konjunkturell als hochproblematisch gesehen. Er sei außerdem falsch kalkuliert und müsse zur 100%igen Kostendeckung bei 15,8% liegen.

## Wie werden sich die Beiträge entwickeln?

Mit dem Beitragssatz von 15,5 % sollen 2009 100% der durchschnittlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen gedeckt sein. Aber: Einige Kassen sagen schon heute voraus, dass sie damit nicht auskommen werden. Beitragserhöhungen für die kommenden Jahre werden prophezeit. Einstweilen müssten Kassen, die in finanzielle Turbulenzen geraten, Zusatzbeiträge verlangen.

## Die Sorge „reicher“ Bundesländer

In einem „reichen“ Bundesland, wie Bayern oder Baden-Württemberg, entstehen für die Gesundheitsversorgung höhere Kosten, als in einem „ärmeren“. Dessen ungeachtet wird allen Bundesländern eine einheitliche Pauschale aus dem Fonds zugewiesen. Dieser Umstand wird kritisch beurteilt: In Bayern stünden ab 2009 deshalb weniger Gelder für die Versorgung zur Verfügung. Die Qualität der zu erbringenden Leistungen würde sich verschlechtern. Dieses Problem sei auch nicht durch die sog. Konvergenzklausel, die die unterschiedliche Finanzkraft der einzelnen Bundesländer ausgleichen soll, zu beheben (s.u.).

## Zusatzbeitrag

### Zusatzbeitrag

Kommt eine Kasse mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht aus, kann sie einen Zusatzbeitrag (siehe Kasten) von ihren Mitgliedern erheben. Der Zusatzbeitrag wird durch die Kasse eingezogen. Für mitversicherte Kinder und den mitversicherten Partner muss der Zusatzbeitrag nicht gezahlt werden.

**Achtung:** Der Zusatzbeitrag darf **maximal 1%** des beitragspflichtigen Einkommens ausmachen und setzt eine Prüfung durch die Kasse voraus. **Ohne** Einkommensprüfung kann die Kasse eine Pauschale von **bis zu 8 €** erheben. Im Einzelfall (z.B. bei Hartz-IV-EmpfängerInnen) kann der pauschale Zusatzbeitrag weit mehr als 1% des Einkommens betragen.  
Beispiel: Der Zusatzbeitrag für Hartz-IV-EmpfängerInnen errechnet sich aus dem Regelsatz des Haushaltsvorstandes (= 351 € in 2008). 1% von 351 € betragen „nur“ **3,51 €**. Mit einer Pauschale von 8 €/Monat (=2,28 %!) ist dieser Personenkreis besonders benachteiligt.

## Sind 2009 schon Zusatzbeiträge zu erwarten?

Das BMG erwartet für 2009, dass nur wenige Kassen Zusatzbeiträge erheben müssen. Im Gegensatz dazu prognostizieren der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung und die Gewerkschaft Verdi in vielen Fällen die Erhebung von Zusatzbeiträgen. Angesichts steigender Kosten könnte der Zusatzbeitrag schon 2010 zum Normalfall werden.

## Empfänger von Sozialhilfe, Grundsicherung und Hartz-IV

Sozialhilfeempfänger, Bezieher einer Grundsicherung und Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, müssen einen möglichen Zusatzbeitrag nicht selbst bezahlen. Diesen übernimmt das Grundsicherungs- bzw. das Sozialamt.

**Ausgenommen** sind Hartz IV-EmpfängerInnen. Diesen wird der Zusatzbeitrag grundsätzlich zugemutet. Er wird lediglich in Härtefällen von der Bundesagentur für Arbeit übernommen. Um die Mehrbelastung von jährlich 96 € zu umgehen, ist dieser Personenkreis indirekt gezwungen, zu einer Kasse zu wechseln, die den Zusatzbeitrag noch nicht erhoben hat.

Dieser „Zwang zum Wechsel“ hat Grenzen, z.B. bei Teilnahme an einem speziellen Programm für Chroniker.

**Tipps:** Betroffene sollten gegenüber der Arbeitsagentur unbedingt mit Unzumutbarkeit argumentieren und damit den Härtefall beantragen!!

## Wechsel der Krankenkasse und Sonderkündigungsrecht

Auch zukünftig kann die Krankenkasse unter Einhaltung der gesetzlichen Kündigungsfrist von zwei vollen Kalendermonaten gewechselt werden. Wenn Sie Ihre Kasse kündigen wollen, müssen Sie dort aber mindestens 18 Monate lang versichert gewesen sein.

Ausnahmen:

1. Die Kasse erhebt erstmals einen Zusatzbeitrag,
2. der Zusatzbeitrag wird erhöht oder
3. die Prämie, die die Kasse auszahlt, wird gesenkt.

In diesen Fällen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Die 18-monatige Bindungsfrist entfällt.

Ihre Kasse muss Sie über die Erhöhung des Zusatzbeitrags so rechtzeitig informieren, dass Sie nicht doppelte Beiträge zahlen müssen.

## Gibt es Änderungen bei den Leistungen?

### Wie unterscheiden sich die Leistungen der GKV ab 2009?

Die Basisleistungen sind heute weitgehend identisch. Der gesetzlich festgelegte Leistungskatalog wird sich durch die Einführung des Gesundheitsfonds nicht ändern.

Unterschiede werden erwartet im Wettstreit der Kassen um den besten Service und die beste Versorgung der Versicherten: Welche Präventionsangebote bietet meine Kasse? Gibt es für mich attraktive und besondere Serviceangebote?

### Auswirkungen der Neugestaltung

Die Auswirkungen des Gesundheitsfonds und des komplizierten Finanzausgleichs zwischen den Kassen können momentan kaum abgeschätzt werden.

### Deshalb raten wir:

Sehen Sie vorerst von einem Kassenwechsel ab und lassen sich diese Möglichkeit zunächst noch offen.

## Erklärung von Begriffen:

### Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

Seit 1994 gibt es einen finanziellen Ausgleich zwischen den Kassen. Der sog. Risikostrukturausgleich (RSA) gleicht die Folgen unterschiedlicher, historisch gewachsener Versichertenstrukturen in der GKV aus. Der RSA soll Chancengleichheit im Wettbewerb ermöglichen.

Mit dem Gesundheitsfonds wird der morbiditäts- oder krankheitsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eingeführt. Ziel ist es, den Finanzausgleich zwischen den Kassen möglichst genau am tatsächlichen Gesundheitszustand der Versicherten auszurichten. Krankenkassen sollen daher für Versicherten mit bestimmten schweren Erkrankungen zusätzlich zu den Pauschalen noch Zuschläge aus dem Fonds erhalten. Die Behandlung dieser Mitglieder ist teurer und aufwendiger. Das Bundesversicherungsamt hat inzwischen 80 Krankheiten ausgewählt, für die Zuschläge gezahlt werden sollen. Es hat ebenfalls bestimmt, unter welchen Bedingungen eine Versicherte einer der Krankheiten zuzuordnen ist und wie sich der Zuschlag berechnet.

### Konvergenzklausel

Die Konvergenzklausel soll den Geldfluss zwischen den Bundesländern steuern und verhindern, dass im ersten Jahr (also 2009) aus einem Bundesland mehr als 100 Mio. € in andere Bundesländer abfließen; vgl. ‚Die Sorge „reicher“ Bundesländer‘.

### Tipps:

Wichtige Informationen zum Gesundheitsfonds über das Bundesversicherungsamt, <http://www.bva.de>



## Weitere wesentliche Neuerungen ab 1.1.2009

### Wegfall Krankengeld für Selbstständige – Einführung Wahltarif Krankengeld

Ab 1.1.2009 haben Selbstständige grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf Krankengeld bei ihrer GKV (§ 44 Abs. 2 SGB V). Für sie gilt der einheitliche ‚ermäßigte Beitragssatz‘ von 14,0 % zzgl. 0,9 %, die - wie sonst auch - von den Mitgliedern alleine zu tragen sind (§ 243 SGB V).

Selbstständige können sich über einen Wahltarif bei ihrer Kasse oder privat gegen das Risiko des Verdienstausfalls durch Krankheit absichern. Jede GKV muss ihren Versicherten einen entsprechenden Wahltarif anbieten. Der Wahltarif der GKV bindet Versicherte drei Jahre an die Kasse !

**Wir empfehlen:** Schließen Sie einen Wahltarif mit Vorbehalt auf den Wechsel in einen neuen Tarif mit Krankengeld ab 1.1.09 ab.

Derzeit wird diskutiert, ob auch Selbstständige den vollen Kassenbeitrag zahlen können und damit wie andere GKV-Versicherte abgesichert wären.

**ACHTUNG:** Die Kassen sind nicht verpflichtet, ihre Mitglieder über den Wegfall des Anspruches auf Krankengeld zu informieren! Sie müssen also selbst aktiv werden!

### Allgemeine Krankenversicherungspflicht – Versicherungspflicht auch in der Privaten Krankenversicherung

Für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland besteht ab 1.1.2009 die allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung. Nachdem diese Pflicht in der GKV schon zum 1.4.2007 eingeführt wurde, trifft dies nun auch auf die Private Krankenversicherung (PKV) zu.

Jetzt müssen auch Beamte ihr Restrisiko von 20-30 % über einen Versicherungsschutz abdecken.

### Einführung des Basistarifs – Überführung des Standardtarifs

Private Krankenversicherungen müssen den sog. Basistarif anbieten. In diesen Tarif sind auch versicherungslose Personen einzustufen, wenn sie dem System der PKV zugeordnet werden können. Der Basistarif bildet das Leistungsspektrum der GKV ab. Bei der Berechnung des individuellen Tarifs darf lediglich Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. Eine Krankheitsprüfung darf für die interne Einstufung verlangt werden. Sie darf jedoch keinen Ausschlag für einen Versicherungsausschluss geben!

Der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbeitrag für Versicherte der GKV nicht überschreiten. Gerät jemand durch diesen Beitrag in die Hilfsbedürftigkeit, reduziert sich der zu zahlende Tarif um die Hälfte.

**Achtung:** Vom 1.1.2009 bis zum 30.6.2009 ist ein Wechsel von einem Tarif eines privaten Versicherungsunternehmens in den **Basistarif** einer anderen Versicherung unter Mitnahme eines Teiles der Altersrückstellungen möglich. Unter gewissen Voraussetzungen – so insbesondere ab Vollendung des 55. Lebensjahres oder im Falle finanzieller Hilfebedürftigkeit - können PKV-Versicherte mit Verträgen, die vor dem 1.1.09 abgeschlossen wurden, auch jenseits dieses Zeitfensters in den Basistarif ihres eigenen Unternehmens wechseln.

### Grundlegende Neuordnung des Ärztehonorars – Einführung einer Euro-Gebührenordnung

Das bisherige Honorar-System war von Budgets und schwankenden Punktwerten geprägt. Es wird durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst. Sie enthält Pauschalvergütungen in überschaubarer Zahl, sowie Einzelvergütungen für besondere Leistungen (z.B. Hausbesuche, Notdienste). Für Haus- und Fachärzte gelten dabei unterschiedliche Kriterien, die den Unterschieden der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung Rechnung tragen. Das Honorar der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern wird an das höhere Bundesniveau angeglichen.

Außerdem wurde beschlossen, dass die Ärzte im Jahr 2009 10% mehr Honorar erhalten - insgesamt 2,7 Milliarden €. Ziel ist ein kalkulierbares, gerechteres und auch transparentes Honorarsystem für Ärzte. Erste Erfahrungen aus Bayern lassen daran zweifeln: Viele Fachärzte befürchten wesentliche Honorareinbußen.

Die Neuordnung des Ärztehonorars und die Honorarsteigerungen werden u.a. als Begründung für den hohen Versicherungsbeitrag genannt.

### Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Im Dezember 2008 wurde das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) beschlossen. Es sieht für das Jahr 2009 ca. 3,5 Mrd. € Mehrausgaben für den Krankenhausbereich vor. Damit sollen u.a. Tariferhöhungen und Neueinstellungen von Pflegepersonal finanziert werden. Das KHRG wird u.a. als Begründung für den hohen Versicherungsbeitrag genannt.

## Kommentar

### Der Gesundheitsfonds löst die Probleme der GKV nicht!

Neben einem Steueranteil ist die Finanzierung des Fonds weiterhin von der Einkommenssituation der Erwerbstätigen abhängig. Größere Robustheit gegenüber Einflüssen durch Arbeitslosigkeit, veränderten Beschäftigungsverhältnissen und absehbaren demografischen Entwicklungen wird nicht erreicht. Privilegien der Privatversicherten und die Nichtberücksichtigung anderer Einkommensarten (z.B. Kapital, Grundbesitz, Eigentum) bei der Beitragsbemessung sind sozialpolitisch nicht gerechtfertigt und aus solidarischer Sicht schon gar nicht. Es wurde versäumt, die Idee einer solidarischen Absicherung von Krankheit auch für die Zukunft eindeutig und überlebensfähig zu stärken.

### Der Morbi-RSA: Richtige Richtung, viele Fragezeichen

Endlich werden unterschiedlich hohe Finanzlasten ausgeglichen, die bei den Kassen durch unterschiedlich hohe Anteile schwer chronisch kranker Versicherter (z.B. AOK gegenüber der BKK) entstehen. Kümmern sich die Kassen künftig besonders um diejenigen Mitglieder, die an einer der 80 festgelegten schwerwiegenden Krankheiten leiden, anstatt sie loswerden zu wollen? Das wäre wünschenswert. Was geschieht mit den kranken Versicherten, deren Diagnosen nicht unter den 80 zuschlagsauslösenden Krankheiten zu finden sind? Bislang rückte Gesundheitsförderung und Prävention immer mehr in das Blickfeld der GKV. Wird die stärkere Bewertung und größere wirtschaftliche Bedeutung von Krankheiten dieses Ziel ändern? Für Kassen gibt es nun weniger Anreiz, sich um die Verbesserung der Versorgung zu bemühen. Müssen PatientInnen und Versicherte damit rechnen, dass sie von Kassen und Ärzten aktiv „verkrankt“ werden, um mehr Geld einzubringen? Wir fürchten: Ja!

### Einheitlicher Beitragssatz: Gerechter (?) und zu hoch

Er führt erfreulicherweise dazu, dass die Kassen künftig über Service und besondere Leistungen konkurrieren. Leider erleichtert

das die Orientierung im Dschungel vielfältiger Angebote, Tarife und Programme nicht. Dies ist für Versicherte heute bereits ein zentrales Problem.

Ein Beitragssatz von 15,5 % und zu erwartende Beitragserhöhungen von durchschnittlich ca. 100 € pro Jahr lassen den Atem stocken. Diesem Umstand trägt die zur Jahresmitte geplante Beitragssenkung Rechnung.

Die Absicherung der Krankheitskosten wird, wie sozialpolitisch immer angekündigt, teurer und teurer. Daran ändert auch der Gesundheitsfonds nichts. Lediglich das System der Finanzierung und Verteilung wird neu gestaltet.

Seit Bekanntgabe des neuen Beitragssatzes weisen die Kassen darauf hin, dass das Volumen des Fonds die Ausgaben in 2009 nicht zu 100 % decken wird. Die Kalkulationen fußen nicht auf den aktuellsten Daten.

Ein hoher einheitlicher Beitragssatz steigert die Lohnnebenkosten und wirkt sich somit ungünstig auf die Arbeitsmarktsituation und den Wirtschaftsstandort Deutschland aus. Die Kosten einer guten Medizin für Alle sind zweifellos hoch und werden in Zukunft auch nicht sinken. Sie sind langfristig aber nicht einseitig durch das Erwerbseinkommen und immer höhere Beiträge aufzufangen.

### Der Zusatzbeitrag: Unsolidarisch, Verwaltungsaufwand

Der Zusatzbeitrag ist ausschließlich vom Versicherten zu tragen. Die paritätische Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber gibt es zwar schon lange nicht mehr, wird hiermit aber noch weiter untergraben. Versicherte mit geringen Einkommen und Rentner sind überdurchschnittlich belastet. Besonders benachteiligt sind Hartz IV-Empfängerinnen. Sie müssen den Zusatzbeitrag selbst bezahlen oder einen Kassenwechsel hinnehmen. Das ist vollkommen inakzeptabel.

Für jeden Versicherten muss ein eigenes Konto geführt werden. Für die Kassen ein riesiger, kostspieliger Verwaltungsaufwand!

## Beratungsstellen der BAGP-Mitglieder

<b>Unabhängige Patientenberatung Hamburg</b> Tel: 040/51315795, Fax: 50790978	<b>Unabhängige Patientenberatung Köln</b> Tel: 0221/4740555, Fax: 2762961
<b>Patienten-Initiative Hamburg e.V.</b> Tel: 040/2796465, Fax: 27877718	<b>Unabhängige Patientenberatung Tübingen e.V.</b> Tel: 07071/254436, Fax: 551778
<b>PatientInnenstelle Bremen</b> im Gesundheitsladen e.V. Tel.: 0421/493521, Fax: 6991862	<b>PatientInnenstelle München</b> im Gesundheitsladen e.V., Tel: 089/772565, Fax: 7250474
<b>Patientenstelle Bielefeld</b> im Gesundheitsladen e.V. Tel: 0521/133561, Fax: 176106	<b>Unabhängige Patientenberatung für die Region Oberbayern</b> im Gesundheitsladen e.V., Tel: 089/18913722, Fax: 7250474
<b>Unabhängige Patientenberatung Göttingen</b> im Gesundheitszentrum Göttingen e.V., Tel: 0551/488778-0, Fax: 488778-16	<b>Unabhängige Patientenberatung Nürnberg</b> Tel: 0911/2427172, Fax: 2427174
<b>PatientInnenstelle Barnstorf</b> im Gesundheitsladen e.V. Tel: 05442/803670, Fax: 991984	<b>Unabhängige Patientenberatung Witten</b> Tel: 02302/392880, Fax: 3928829
<b>Unabhängige Patientenberatung Magdeburg</b> Tel: 0391/53554710, Fax: 53554799	email: <a href="mailto:ort@patientenstellen.de">ort@patientenstellen.de</a>

Stand Februar 2009

**Für weitere Informationen wenden Sie sich an die Geschäftsstelle der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen**

Waltherstr. 16 a, 80337 München, / Tel: 089-76 75 51 31 (Di - Do 13 -14 Uhr), Fax: 089-725 04 74 / E-mail: [mail@bagp.de](mailto:mail@bagp.de)