



***Grünbuch „Die psychische Gesundheit  
der Bevölkerung verbessern – Entwicklung  
einer Strategie für die Förderung der psychischen  
Gesundheit in der Europäischen Union“  
vom 14.10.2005***

***Gemeinsame Stellungnahme  
der Spitzenorganisationen  
der Deutschen Sozialversicherung***

vorgelegt am 24. Mai 2006

**Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“  
vom 14.10.2005**

***Gemeinsame Stellungnahme  
der Spitzenorganisationen  
der Deutschen Sozialversicherung  
vorgelegt am 24. Mai 2006***

## **Vorbemerkungen**

Im Oktober 2005 hat die Europäische Kommission das Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ vorgelegt [KOM (2005) 484 endgültig].

Die Absicht der EU-Kommission, die Bedeutung psychischer Gesundheit und deren Förderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in der EU zu stärken, wird von den Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung ausdrücklich begrüßt. Hier ist der gemeinsame Dialog und fachliche Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten ein sinnvoller Ansatz, um die unterschiedlichen Umgehensweisen mit dieser Thematik kennenzulernen und dabei voneinander zu lernen.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es sich bei vielen im Grünbuch beschriebenen Maßnahmen um Aufgaben handelt, die in den Mitgliedstaaten regional unterschiedlich zu gestalten und zu organisieren sind. Die Unterschiede in der Versorgungsrealität in den einzelnen Mitgliedstaaten lassen daher keine einheitlichen Lösungsansätze zu, sondern müssen immer individuell auf die vorhandenen Rahmenbedingungen zugeschnitten sein. Deshalb werden - unter Berücksichtigung von Artikel 152 EG-Vertrag, der die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung festschreibt - Maßnahmen der EU, die sich auf die Vorgabe von Zielen und deren Einhaltung richten, abgelehnt.

Im Grünbuch wird die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen als gesamtgesellschaftliche Herausforderung formuliert. Im deutschen gegliederten System der sozialen Sicherung sind zur Erfüllung dieser Aufgaben die gemeinsamen Anstrengungen aller Akteure zu intensivieren, durch Primärprävention und Früherkennung psychischer Störungen individuelles Leid und gesellschaftliche Nachteile abzuwenden sowie eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und barrierefreie medizinische und sozialpsychiatrische Versorgung für Menschen mit psychischen Störungen zu gewährleisten. Dabei ist einerseits ein Schwerpunkt auf den Abbau administrativ begründeter Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren zu legen, andererseits muss die bewährte nationalspezifische, gesetzlich festgelegte Aufgabenverteilung zwischen den Sozialversicherungsträgern Berücksichtigung finden.

Positiv ist, dass das Grünbuch die Entwicklung definierter Standards in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Europäischen Union einfordert. Die diesbezüglichen Forderungen des Grünbuchs treffen in Deutschland bereits auf eine im europäischen Vergleich einzigartige Versorgungsdichte an zentralen und dezentralen psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungs- und Rehabilitationskapazitäten. Auf Grund der Umsetzung der psychiatrischen Personalverordnung befindet sich die personelle und materielle Ausstattung auf hohem medizinischen Niveau. Die Facharzt- und Psychotherapeutendichte sowie die vergleichsweise niederschwellige Zugangsmöglichkeit zu ambulanter Psychotherapie sind – abgesehen von Österreich – in Deutschland europaweit einzigartig. Der rehabilitative Bereich umfasst nicht nur Maßnahmen der psychotherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation im engeren Sinne gemäß dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX), sondern auch Angebote wie betreutes Wohnen, Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK-Einrichtungen), Werkstätten für behinderte Menschen, Übergangswohnheime, Dauerwohnheime und betreute Wohnformen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ambulante Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V und häusliche psychiatrische Krankenpflege gemäß § 37 SGB V komplettieren das Angebot und gewährleisten eine Verzahnung der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungskapazitäten sowie eine Förderung der Teilhabe psychisch kranker Menschen in allen Lebensbereichen.

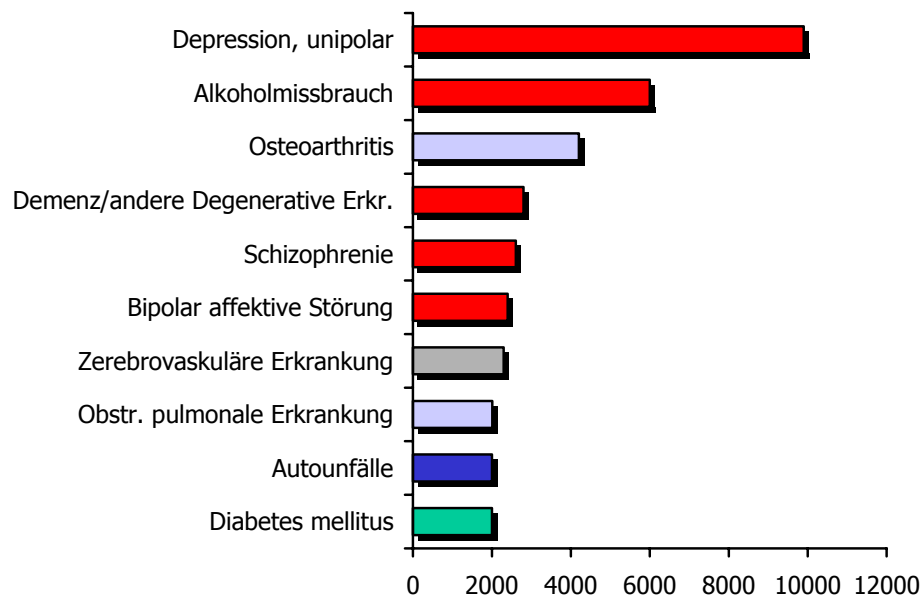
## **Stellungnahme zu den im Grünbuch genannten Fragen**

- (1) *Wie wichtig ist die psychische Gesundheit der Bevölkerung für die Realisierung der strategischen Ziele der EU, wie sie in Abschnitt 1 dargestellt sind?*

Das Grünbuch unterstreicht nachvollziehbar die Bedeutung der psychischen Gesundheit für den Einzelnen, für die Gesellschaft und auch für die Politik der EU-Mitgliedstaaten. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen, die Bedeutung der durch psychische Erkrankungen hervorgerufenen direkten und indirekten Kosten und Belastungen für das Wirtschafts-, Justiz-, Sozial- und Bildungssystem sowie die Problematik der Stigmatisierung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen werden im Einzelnen ausgeführt. Des Weiteren werden Vorschläge unterbreitet, wie die Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Europa voranzubringen sei.

Die Darstellungen des Grünbuches sind plausibel:

Die Angaben zur 12-Monats-Prävalenz (siehe auch Anhang 2 des Grünbuchs) beziehen sich auf die Veröffentlichungen der Epidemiologen Hans Ullrich Wittchen und Frank Jacobi. Sie stellen derzeit eine gute Grundlage zur Abschätzung epidemiologischer Kennziffern für die wichtigsten psychischen Erkrankungen dar. Des Weiteren ist beschrieben, dass im Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Erkrankung sein werden. Diese Zahl deckt sich mit den Erkenntnissen des Global Burden of Disease.



Häufigkeit verschiedener Erkrankungen, Erkrankungsjahre pro Bevölkerung, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung (DALY)  
*(In Anlehnung an: Murray CJL, Lopez AD: The global burden of disease, Harvard University Press)*

Als weitere epidemiologische Kennziffern werden die standardisierten Sterbeziffern für Selbstmord pro 100.000 Menschen in den EU-Mitgliedstaaten im Jahr 2002 angegeben. Entsprechend Anhang 3 ergibt sich für Deutschland die Anzahl von 11,5 Suiziden pro 100.000 Menschen. Diese Zahl ist sicherlich hoch, trotzdem liegt Deutschland im europäischen Vergleich hiermit im unteren Drittel. Die höchste Sterbeziffer für Selbsttötung wird für Litauen mit 44 pro 100.000 Menschen festgestellt. Auch Länder wie Schweden, Dänemark, Frankreich sowie die neuen EU-Beitrittsländer Lettland, Estland, Ungarn und Slowenien weisen deutlich höhere suizidbedingte Sterbeziffern auf.

- (2) *Würde die Entwicklung einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit einen Mehrwert zu den bestehenden und erwogenen Maßnahmen erbringen und gibt Abschnitt 5 hierfür angemessene Prioritäten vor?*

Ein nennenswerter Mehrwert für Deutschland ist aus Sicht der Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung nicht erkennbar. Dies mag jedoch je nach Mitgliedstaat variieren, da der Mehrwert einer umfassenden EU-Strategie im Hinblick auf die Förderung der psychischen Gesundheit der EU-Bevölkerung von vielen Faktoren beeinflusst wird, insbesondere jedoch von den jeweiligen Ausgangs- und Umsetzungsbedingungen in den Mitgliedstaaten.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich bei dem Querschnittsthema der „Verbesserung der psychischen Gesundheit der EU-Bevölkerung“ im Hinblick auf den Bereich der Gesundheitsversorgung vor allem die Frage der grundsätzlichen Regelungskompetenz der Europäischen Gemeinschaft stellt. Artikel 152 Abs. 5 EG-Vertrag legt fest, dass bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt bleibt. Der Gemeinschaft weist der EG-Vertrag ausschließlich ergänzende und koordinierende Aufgaben zu, die vor allem die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei der Gesundheitsversorgung untereinander und mit Dritt-

ländern oder internationalen Organisationen zum Inhalt haben. So fallen etwa Maßnahmen mit dem Ziel der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung zugunsten der gemeindenahen Versorgung in die alleinige Zuständigkeit und Ausgestaltungshoheit der Mitgliedstaaten für ihre Gesundheitssysteme.

Zwei weitere Beispiele: Im föderalen Deutschland gilt für den Bereich der akutstationären Gesundheitsversorgung, dass die Hoheit für die Krankenhausplanung nach Art und Umfang auf der Ebene der Bundesländer angesiedelt ist. Ein praktischer Mehrwert von Maßnahmen auf EU-Ebene zur Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung ist daher nur dann zu erwarten, wenn die krankenhauplanerischen Aktivitäten der deutschen Bundesländer im Einzelfall durch die EU-Strategie unterstützt werden. Der Einsatz von Mitteln aus dem europäischen Wirtschafts- und Strukturförderungsfonds ist allerdings ebenfalls abzulehnen, da dieses zu einer erheblichen Fehlallokation und zu Verwerfungen in der Struktur des Gesamtangebotes von psychischer Versorgung führen kann. Eine Durchgriffsmöglichkeit der EU-Ebene besteht an dieser Stelle grundsätzlich nicht.

Dies gilt in gleicher Weise für das bewährte Konzept der medizinischen Rehabilitation, die bei drohender Erwerbsminderung durch Krankheit oder Behinderung in Deutschland durch die Rentenversicherung getragen wird. Über die Jahrzehnte hinweg hat sich in Deutschland eine differenzierte und qualitativ ausgezeichnete Rehabilitationslandschaft entwickelt, die über einen besonderen Schwerpunkt bei der Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Störungen verfügt. Hier kann auf ein europaweit einzigartiges spezifisches Know-how zurückgegriffen werden, das bei der Entwicklung einer EU-Strategie Berücksichtigung finden sollte. Da die Lebensqualität und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vor allem durch chronifizierende Krankheitsverläufe gefährdet ist, muss deren Negativfolgen durch konsequente und früh einsetzende Rehabilitationsmaßnahmen begegnet werden.

Verbindliche EU-weite Regelungen, die die bisher in Deutschland erreichte weit überdurchschnittliche Versorgungsqualität in Frage stellen würden, werden abgelehnt, da gute Konzepte eines Landes nicht ohne Betrachtung der nationalen Rahmenbedingungen auf andere Länder übertragbar sind. Zudem würde dies einen unzulässigen Eingriff in die nationalstaatliche Kompetenz der EU-Mitgliedstaaten bei der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung darstellen. Sofern der vorgeschlagene Konsultationsprozess der EU-Kommission Hinweise auf best-practice-Konzepte geben kann, könnte die Umsetzung von Empfehlungen allenfalls auf freiwilliger Basis erfolgen.

(3) *Sind die in Abschnitt 6 und 7 vorgeschlagenen Initiativen geeignet, die Koordination zwischen Mitgliedstaaten zu unterstützen, die Integration der psychischen Gesundheit in die Gesundheitspolitik und andere relevante Politikbereiche zu erleichtern, einschlägige Aktionen der Stakeholder zu fördern und eine bessere Verknüpfung zwischen Forschung und Politik im Bereich der psychischen Gesundheit zu bewirken?*

Das vorgelegte Grünbuch gibt eine Reihe von allgemeinen Auskünften hinsichtlich möglicher Aktivitäten der Europäischen Union und evtl. Umsetzungsstrategien in den einzelnen Mitgliedstaaten. Begrüßenswert, auch aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht, ist die Akzentuierung der Förderung der Prävention psychischer Erkrankungen (siehe Punkt 6.1). Es wird ausgeführt, dass schon die ersten Lebensjahre entscheidend für die psychische Gesundheit sind, daher sei die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eine Investition in die Zukunft. "Elternerziehung" könne die Entwicklung der Kinder fördern. Ein ganzheitlicher Ansatz in den Schulen könne die sozialen Kompetenzen und die Widerstandsfähigkeit verbessern und Bullying, Angstzustände und depressive Symptome vermeiden helfen. Exemplarisch werden dann zwei EU-Projekte für Kleinkinder und Kinder sowie Jugendliche und junge Menschen angeführt.

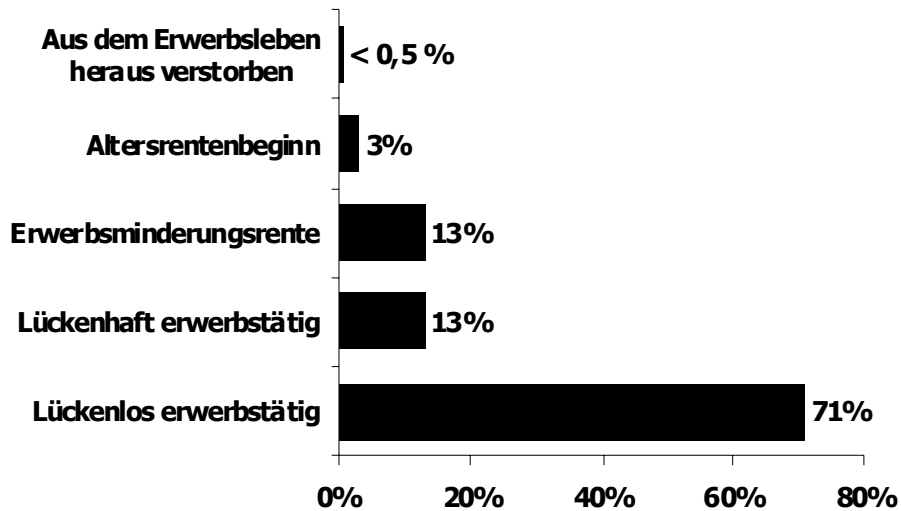
Dieser Ansatz ist auch vor dem Hintergrund zu begrüßen, dass hinsichtlich der Prävention und rechtzeitigen Identifizierung psychischer Störungen in Deutschland gerade die gesamtgesell-

schaftliche Verantwortung (Bund, Länder, Kommunen, Bildungsträger) noch weiter entwickelt werden muss. Neben Angehörigen, Schulen, Betrieben, Gesundheitsämtern sowie Betroffenen- bzw. Selbsthilfeorganisationen kommt aber auch den Hausärzten eine wesentliche Bedeutung zu. Dabei gilt es, rechtzeitig Weichenstellungen vorzunehmen, um durch Früherkennung und adäquate Behandlung eine Chronifizierung psychischer Störungen mit drohender Arbeitsunfähigkeit, Erwerbslosigkeit und Frühberentung nach Möglichkeit zu vermeiden. Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es erste Modelle zur integrierten Versorgung (IV-Modelle) gemäß § 140 a SGB V, die sich dieses Themas in besonderer Weise angenommen haben. Zum Beispiel existiert ein IV-Modell zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) in Rheinland-Pfalz und den neuen Bundesländern mit der Option einer Ausweitung auf die gesamte Bundesrepublik.

Hinsichtlich der Rehabilitation psychischer Erkrankungen finden sich in Deutschland zahlreiche, auch sektorenübergreifende Angebote. Zu erwähnen sind hier insbesondere psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhäuser und Fachabteilungen, psychosomatische Fachkliniken, psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (sog. RPK-Einrichtungen), Übergangswohnheime, betreute Wohneinrichtungen, Tageskliniken sowie Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA).

Einen weiteren Part im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen hat die Gesetzliche Rentenversicherung auf dem Gebiet der Rehabilitation und Förderung der Teilhabe übernommen. Eine grundlegende Aufgabe besteht hier in der Vermittlung von Krankheits- bzw. Behinderungsbewältigungsstrategien (Coping) im Rahmen empirisch entwickelter, wissenschaftlich gestützter und qualitätsgesicherter multimodaler und multiprofessioneller Rehabilitationskonzepte; bei psychischen Erkrankungen spielen insbesondere die Aneignung sozialer Kompetenzen, das Training im Umgang mit belastenden Situationen sowie der Erwerb von Problem- und Konfliktlösungspotenzialen in Alltag und Beruf eine große Rolle. Dabei wird ein Schwerpunkt auf den Erwerbsbezug gelegt, fußend auf der Erkenntnis der Bedeutung der beruflichen Integration für das soziale Leben, aber auch für Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein des Einzelnen. Eine regelmäßige Erwerbstätigkeit hat auf die Prognose vieler psychischer Erkrankungen einen erheblichen positiven Einfluss, wie anhand mehrerer Untersuchungen, beispielsweise auch mit alkoholabhängigen Menschen, festgestellt werden konnte. Letztlich ist es das Ziel, eine vorzeitige Berentung wegen krankheits- oder behinderungsbedingter Erwerbsminderung zu vermeiden. Der Erfolg bestätigt diesen Ansatz: So zeigt der sozialmedizinische 2-Jahresverlauf nach Rehabilitation in psychosomatisch-psychotherapeutischen Facheinrichtungen 2001 bei knapp 50.000 von der Angestelltenversicherung durchgeführten Maßnahmen folgende Ergebnisse:

Sozialmedizinischer 2-Jahresverlauf nach Rehabilitation in psychosomatisch-psychotherapeutischen Facheinrichtungen 2001 (Angestelltenversicherung)



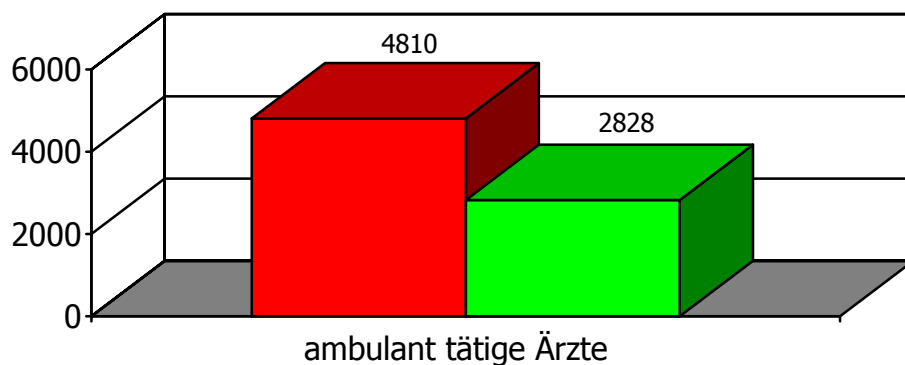
Quelle: RSD 1996 bis 2003 (Reha 2001), Dez. 8012

Der Rehabilitationserfolg kann durch gezielte Nachsorgeleistungen stabilisiert werden. Die Deutsche Rentenversicherung Bund bietet ihren Versicherten seit 1999 mit dem Programm „Intensivierte Rehabilitationsnachsorge“ (IRENA) Leistungen an, die die Nachhaltigkeit von Verhaltens- oder Lebensstiländerungen der Rehabilitanden fördern und sie bei der Umsetzung des während der Rehabilitation Erlernten unterstützen.

Auch die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung ist vorbildlich:

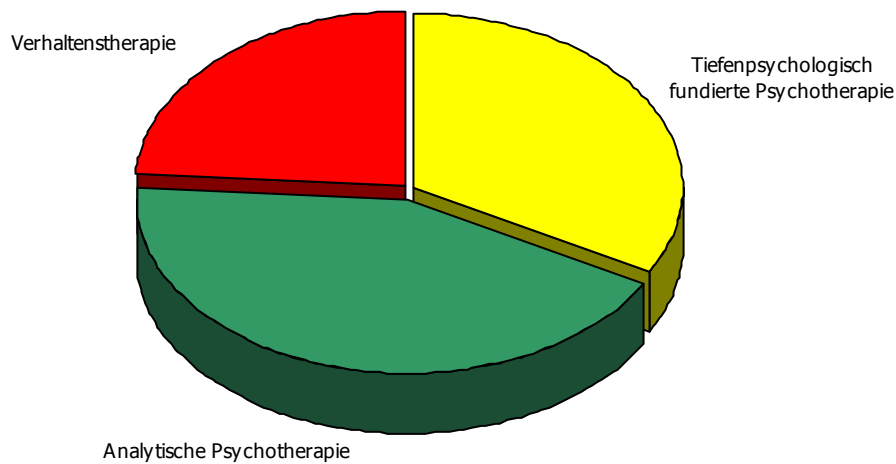
Es nehmen ca. 5.000 Fachärzte für Nervenheilkunde bzw. Psychiatrie und Psychotherapie sowie 2.800 Fachärzte für psychotherapeutische Medizin an der ambulanten Versorgung teil. Hinzu kommen ca. 16.000 approbierte psychologische Psychotherapeuten.

- Nervenheilkunde, Psychiatrie u. Psychotherapie
- Psychotherapeutische Medizin



Daten der Bundesärztekammer 31.12.2002

Die ambulante Psychotherapie ist durch die Psychotherapie-Richtlinien und Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt und garantiert eine niederschwellige Zugangsmöglichkeit in den Bereichen Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie.



Melchinger et al., Deutsches Ärzteblatt, 2003;100:A-2850

Ein weiterer Meilenstein in der Verbesserung der Situation psychisch Kranker in Deutschland sind die oben erwähnten Modelle zur integrierten Versorgung gemäß § 140 a SGB V und künftig möglicherweise auch die Disease-Management-Programme (DMP). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt existieren viele integrierte Versorgungsmodelle unterschiedlichster Ausprägung und lokaler Ausgestaltung für psychisch kranke Menschen. Beispielhaft ist hier das integrierte Versorgungsmodell Depression in Aachen, das bei positiver Evaluation evtl. auch in weiteren Regionen bzw. in der ganzen Bundesrepublik zur Anwendung kommen soll, zu benennen (siehe auch [www.psychiatrie.ukaachen.de](http://www.psychiatrie.ukaachen.de) - [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)).

Förderlich hierfür ist auch die beschlossene Verlängerung der Anschubfinanzierung bis 01.01.2008 durch die Bundesregierung.

Eine Reihe von Vorschlägen bezieht sich auch auf die Bekämpfung des Drogen- und Alkoholkonsums. Hierzu ist festzustellen, dass die im Februar 2006 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Sabine Bätzing, vorgestellte Untersuchung zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger eine rückläufige Zahl der Todesfälle infolge des Konsums illegaler Drogen feststellt (2000: 2030, 2004: 1385, 2005: 1326). Von den schätzungsweise 120.000 bis 150.000 in Deutschland lebenden Opiatabhängigen befindet sich knapp jeder Zweite in einer Substitutionsbehandlung. Durch diese Behandlung mit einem Ersatzstoff, zumeist Methadon, haben die Betroffenen die Chance, sich in einem ersten Schritt gesundheitlich und sozial zu stabilisieren und die berufliche Rehabilitation in Angriff zu nehmen (siehe auch Projekt: „Evaluation der Implementierung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger (ASTO)“).

Weiterhin wird die Förderung der sozialen Integration psychisch kranker und geistig behinderter Menschen und der Schutz ihrer Grundrechte und Menschenwürde gefordert. In Deutschland wird insbesondere im 2001 in Kraft getretenen Sozialgesetzbuch IX auf die Rechte behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen mit besonderer Betonung der Leistungen zur Teilhabe abgehoben. Dabei wird auch eine Definition von Behinderung gegeben, die explizit die „körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit“ als gleichberechtigte Aspekte einschließt. Zudem wird für die Gesetzliche Krankenversicherung im § 2 a SGB V ausgeführt, dass den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Außerdem sieht § 27 Absatz 1 Satz 3

SGB V vor, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

Schließlich wird im Grünbuch ein Paradigmenwechsel gefordert, in dessen Zentrum die „Deinstitutionalisierung“ psychisch Kranker stehen solle. Hierzu ist anzumerken, dass in Deutschland bereits seit der Psychiatrie-Enquete 1975 die Öffnung des stationären Sektors vorangetrieben wurde. So hat sich die Anzahl akutstationärer Behandlungsplätze seit 1980 von ehemals 130.000 auf aktuell ca. 55.000 reduziert.

Auch weitere Vorschläge zur Entwicklung einer EU-Strategie für psychische Gesundheit mit Vorgaben zum Austausch und der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten, der Kohärenz von Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen und der Schaffung einer Plattform für die Einbeziehung aller „Stakeholder“, einschließlich Patienten- und Zivilgesellschaftsorganisationen, zur Lösungsfindung sind ein begrüßenswerter Ansatz, der in Deutschland jedoch durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und das Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) bereits weitgehend realisiert wurde.

Seit dem 1. Januar 2004 haben die gewählten Vertreter der Patientenorganisationen ein Mitspracherecht im Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft. In vielen südeuropäischen und osteuropäischen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, aber auch z. B. in Großbritannien oder Irland, wird der Patientenmitsprache ein deutlich geringeres Gewicht beigemessen als in der Bundesrepublik Deutschland. Dies bedeutet, dass die erhobene Forderung durchweg begrüßenswert erscheint, im konkreten Kontext der bundesrepublikanischen Versorgung jedoch bereits in den Alltag umgesetzt wurde.

**Diese Stellungnahme hat die Unterstützung der folgenden Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung:**

- AOK-Bundesverband**
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen**
- Bundesverband der Innungskrankenkassen**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen**
- Verband der Angestellten-Krankenkassen**
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband**
- Knappschaft**
- See-Krankenkasse**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften**
- Bundesverband der Unfallkassen**
- Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen**
- Deutsche Rentenversicherung Bund**