

Jahresbericht 2017



Kaufmännische
Krankenkasse

Die wichtigsten Zahlen 2017 auf einen Blick

Versicherte im Jahresdurchschnitt

	2017	2016
Mitglieder	1.376.591	1.373.272
Versicherte	1.749.000	1.756.093

Einnahmen

	Einnahmen	je Versicherten
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (EUR)	5.222.981.173,76	2.986,27
Mittel aus dem Zusatzbeitrag (EUR)	475.698.948,04	271,98
Sonstige Einnahmen (EUR)	35.659.097,26	20,39
Einnahmen gesamt (EUR)	5.734.339.219,06	3.278,64

Ausgaben

	Ausgaben	je Versicherten
Leistungsaufwand der Krankenversicherung (EUR)	5.412.726.744,18	3.094,76
Sonstige Aufwendungen (EUR)	31.942.801,73	18,26
Netto-Verwaltungskosten (EUR)	249.799.044,35	142,82
Ausgaben gesamt (EUR)	5.694.468.590,26	3.255,84

Jahresergebnis

	absolut	je Versicherten
Jahresergebnis (EUR)	+ 39.870.628,80	+ 22,80

Inhalt

Vorwort des Vorstandes	5
Schwerpunkte 2017	6
Innovative Versorgung organisieren	9
Viel positives Feedback!	13
Die Zukunft gestalten	16
Krankenversicherung: Geschäftsjahr 2017	18
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	18
Entwicklung der Ausgaben	18
Vermögens- und Erfolgsrechnung	20
Pflegeversicherung: Geschäftsjahr 2017	21
Pflegekasse: Hilfen für Pflegebedürftige	21
Einnahmen und Ausgaben	22
Vermögens- und Erfolgsrechnung	23
Gremien	25
Selbstverwaltung und Vorstand	25
Sozialwahl 2017: So wurde gewählt	26
Verwaltungsrat	27
Impressum	28



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir heißen Sie herzlich willkommen im Jahresbericht der KKH 2017.

Worauf kommt es bei der Wahl für eine Krankenkasse an? Auf den Preis? Auf die Leistung? Allzu oft, so will es scheinen, wird der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung auf diese Fragen reduziert. Wir aber meinen: Die Art und Weise, wie eine Kasse ihre Kunden betreut und berät, ist ein Entscheidungskriterium von mindestens ebenso hoher Bedeutung.

Mit großem Engagement setzen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darum täglich alles daran, die Versicherten von unserer Servicestärke zu überzeugen und die KKH als persönliche und unkomplizierte Krankenversicherung erlebbar zu machen. Eine breite Expertise und eine zügige Bearbeitung in unseren Kompetenzzentren vervollständigen die konsequente Ausrichtung unserer Kasse am Kunden. Dass uns dies auch im vergangenen Jahr gelungen ist, bestätigt eindrucksvoll das Ergebnis einer unabhängigen Untersuchung, die die KKH 2017 als beste Krankenkasse im Bereich „Kundenorientierung“ ausgezeichnet hat. Und dass wir zugleich auch mit leistungsstarken und innovativen Versorgungsangeboten punkten, können Sie beispielhaft den Beiträgen des vorliegenden Jahresberichts entnehmen.

Unseren Kunden und Geschäftspartnern danken wir – auch im Namen des Verwaltungsrats der KKH – für ihr Vertrauen.

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit



Dr. Wolfgang Matz
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. Ulrich Vollert
Mitglied des Vorstandes



Innovativ und empathisch

Leistungen mit Blick für den Menschen gestalten,
Lebensqualität auch im Krankheitsfall erhalten,
innovative Versorgung fördern – im Interesse der
KKH Versicherten.





Unsere Krankenkasse hat bereits 2007 ein ganzheitliches Gesundheitscoaching aufgebaut, das wir kontinuierlich weiterentwickeln.

Innovative Versorgung organisieren

Seit jeher setzt sich die KKH für neuartige Leistungen zum Schutz der Versicherten ein. Beispielhafte Präventions- und Behandlungsmodelle, die wir gefördert haben, widmen sich zentralen Themen wie Vorhofflimmern oder chronischen Kopfschmerzen. Für uns muss Innovation im Dienst unserer Versicherten stehen – deshalb begrüßen wir den Innovationsfonds!

Im Jahr 2016 rief die Bundesregierung den Fonds ins Leben, um neue Versorgungsformen zu erproben und danach in die Regelversorgung zu überführen. Vielversprechende Pilotprojekte werden zeitlich befristet durch Mittel aus dem Innovationsfonds gefördert, um erprobt und wissenschaftlich ausgewertet zu werden.

Hinter jeder neuen Idee stehen ein Konsortialführer und interessierte Konsortial- und Kooperationspartner. Das geplante Versorgungskonzept im Detail erstellen die Partner in gemeinsamer Arbeit – schon dies ist ein Mehrwert. Verschiedene Akteure aus dem Gesundheitswesen werden vernetzt. Kommt es zu einer Förderzusage, leitet der Konsortialführer die Umsetzung des Vorhabens.

Im Rahmen dieser Bundesinitiative beteiligen wir uns an mehreren Konzepten – zum Beispiel für akute Atemwegsinfektionen oder zur medizinischen Versorgung in Pfegeheimen. Im Folgenden informieren wir über zwei weitere Beispiele, die uns sehr am Herzen liegen.

Wir nutzen unsere langjährige Expertise für Innovationen.

Hilfe bei der Schaufensterkrankheit

Bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit – auch Schaufensterkrankheit genannt – kommt es zu Durchblutungsstörungen in den Beinen, aufgrund einer Atherosklerose. In der Folge bekommen die Muskeln zu wenig Sauerstoff. Es können belastungsabhängige Schmerzen in den Beinen auftreten. Die betroffenen Extremitäten sind kalt und blass, Wunden heilen schlecht. Im fortgeschrittenen Stadium besteht die Gefahr von Amputationen. Begleiterkrankungen wie eine Verkalkung der Herzkrankgefäß oder ein Schlaganfall können auftreten.

4,5 Millionen Erwachsene in Deutschland leiden unter der Erkrankung. Die Betroffenen sind nachweislich unversorgt. Das war für uns der Grund, initiativ zu werden und gemeinsam mit unseren Partnern das innovative Versorgungsmodell pAVK-TeGeCoach zu entwickeln. Zudem haben wir bereits 2007 als erste deutsche Krankenkasse ein ganzheitliches Gesundheitscoaching aufgebaut und somit viel Erfahrung auf diesem Gebiet sammeln können.

Menschen, die an der Schaufensterkrankheit leiden, profitieren maßgeblich von kontrolliertem Gehtraining, einer guten Medikation und gesunder Ernährung. Ein Versorgungsbaustein des Konzepts ist eine Gesundheitsberatung, die den Betroffenen hilft, einen bewegten, gefäßgesunden Lebensstil im Alltag zu etablieren.

Eine Gruppe von Teilnehmern des Projekts erhält ein Fitnessarmband, das Informationen zu gelaufenen Strecken und zur Herzfrequenz erfasst. Die Bewegungsdaten dienen als Basis für die ärztlichen Behandlungsempfehlungen und die Betreuung durch den Gesundheitsberater. Im Dialog mit den Patientinnen und Patienten bespricht dieser die Werte und motiviert zur Fortsetzung und Verbesserung des Trainings. Das Ziel: mehr Gesundheitskompetenz und Patienten, die mit persönlichen Risikofaktoren – wie Diabetes, Übergewicht, Bluthochdruck und vor allem Rauchen – aktiv umgehen.

Neu an der Versorgungsform ist ein konsequent dialogischer Ansatz – als Schlüssel zur Eingrenzung der Krankheit. Außerdem erforschen wir die Wirksamkeit der angebotenen Versorgungsbausteine im Rahmen der Studie.

Die KKH arbeitet als Konsortialführer mit sechs Konsortialpartnern zusammen. Partner der KKH sind die Techniker Krankenkasse, die mhplus Betriebskrankenkasse, das Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart, die Philips GmbH Market DACH (Philips Healthcare) und I.E.M. Industrielle Entwicklung Medizintechnik als technische Partner sowie das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf als evaluierendes Institut. Das Projekt ist im Herbst 2017 gestartet, wird bundesweit durchgeführt und über vier Jahre mit ca. 6,6 Millionen Euro gefördert. Im Erfolgsfall bieten wir das Gesundheitscoaching auf selektivvertraglicher Basis unseren Versicherten weiter an.

Kindern und den Familien helfen!

Rund zwei Millionen Kinder bundesweit leben dauerhaft mit einer seltenen Erkrankung. Nicht nur sie, auch die Familien sind stark belastet. Die Therapie ist schwierig, das Familienleben durch die Pflege eines Kindes geprägt. Studien zufolge entwickeln bis zu 40 Prozent der Mütter in dieser Situation Depressionen oder Angsterkrankungen. Auch Geschwister sind verstärkt vom Risiko einer seelischen Erkrankung betroffen. Eine seelische Unterstützung der ganzen Familie würde die Situation bedeutend erleichtern.

Das erkrankte Kind und sein familiäres Umfeld im Fokus!

Hier setzt das Konsortium CARE-FAM-NET an, das „Children affected by rare disease and their families – network“. Das Pilotprojekt erprobt Möglichkeiten der psychosozialen Versorgung der erkrankten Kinder, Geschwister und der Eltern. Zwei innovative Ansätze werden geprüft: Das Konzept umfasst sowohl die Face-to-Face-Beratung als auch das sogenannte WEP-CARE als webbasierte Intervention. Es geht jeweils darum, die fachmedizinische Betreuung des Kindes durch eine präventive Betreuung der Angehörigen zu ergänzen. Das Ziel ist ein Konzept, das für die Regelversorgung taugt.

Das CARE-FAM-NET baut auf dem Projekt CHIMPs (Children of mentally ill parents) auf. Dieses hatte die Versorgung von Familien mit psychisch belasteten Eltern zum Ziel. Die KKH hatte den CHIMPs-Ansatz bereits im Jahr 2011 mit dem ersten Platz beim Innovationspreis gewürdigt.

Heute unterstützen wir überzeugt das daran anknüpfende Projekt. Es startet im Herbst 2018 und geht über drei Jahre. 1.000 Familien aus 12 Bundesländern nehmen daran teil. Konsortialführer ist die Kinderklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert die Entwicklungskosten mit rund 7,6 Millionen Euro. Die KKH gehört zu 45 Konsortialpartnern, die sich dem wichtigen Vorhaben verschrieben haben.



Die KKH engagiert sich für innovative Behandlungsmodelle, zum Beispiel bei der Schaufensterkrankheit oder bei Kindern mit einer seltenen Erkrankung.



„Seit Beginn der Mitgliedschaft bei der KKH bin ich in jeder Hinsicht hochzufrieden. Jede Frage, die ich telefonisch oder schriftlich stellte, wurde kompetent und mit zuvorkommender Freundlichkeit beantwortet. (...) Während der Zeit der Chemo-Behandlung wurde ich sehr unterstützt, auch wenn ich mal nicht so fit war. Ich bin mehr als zufrieden und freue mich noch immer sehr, dass ich mich für die KKH als meine Gesundheitskasse entschieden habe.“

Sabine G.

„Meine Familie und ich wurden von Anfang an rundum gut versorgt. Freundliche, kompetente Beratung und schneller Service sind garantiert. Weiter so!“

Dorit B.

„Besonders gut finde ich die Hinweise zu den regelmäßigen Untersuchungen beim Hausarzt, die mich zuverlässig per Post erreichen. So habe ich ein gutes Gefühl, dass ich im Plan liege. Und falls vorbeugende Maßnahmen nötig sind, erfolgen diese umgehend. (...) Auch die KKH Zeitschrift finde ich sehr nützlich.“

Hans Joachim H.

„Die KKH hilft unkompliziert. Sie verzichtet auf überbordende Bürokratie und versucht, Probleme, Anliegen und Bitten der Patienten rasch zu lösen. Trotz schwerer Krankheit ließ mich die KKH nicht fallen, sondern bemühte sich um schnelle Unterstützung. (...) Ich musste bisher nicht um Leistungen ringen, sondern konnte darauf vertrauen, dass mir meine Krankenkasse das zukommen lässt, was mir zusteht. Ich sag Ja – zur KKH!“

Dennis R.

Dies sind Stimmen unserer Versicherten aus dem letzten Jahr. Sie zeigen, wir reagieren individuell und zugewandt auf ganz unterschiedliche Bedürfnisse.

Viel positives Feedback!

Tue Gutes und sprich darüber – diesem Motto möchten wir im Jahresbericht 2017 folgen. Denn es gibt Gutes zu berichten. Nicht nur unsere Versicherten, auch unabhängige Testinstitute bestätigten uns im Berichtsjahr hohe Servicequalität und ein herausragendes Kundenbeziehungsmanagement.

Kontinuierlich gute Noten

Die jüngste Kundenumfrage 2017 ergab für die KKH erneut exzellente Bewertungen. Mit einer Globalzufriedenheit von 1,7 bestätigen unsere Versicherten ihre Zufriedenheit mit unseren Leistungen und Services. Insbesondere die Freundlichkeit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und kurze Wartezeiten vor Ort in den Servicestellen wurden honoriert.

Die Kundenumfrage wurde durchgeführt, weil die Zufriedenheit mit dem Service und den Leistungen bei der KKH einen hohen Stellenwert hat. Kritische Rückmeldungen werden dazu verwendet, Verbesserungen im Sinne der Versicherten vorzunehmen.

Die Befragung wird jährlich im Zeitraum von Februar bis Januar des Folgejahres durchgeführt. Für 2017 wurden insgesamt 5.625 Versicherte im Alter von 18 bis 75 Jahren interviewt. Die hohe Fallzahl der Interviews gewährleistet, dass ein repräsentatives Meinungsbild der Versicherten der KKH entsteht. Im Rahmen der Durchführung wurden alle geltenden Datenschutzanforderungen durchgehend eingehalten.

5.625 Interviews als Basis für unsere laufende Qualitäts-sicherung.

Wir sind TÜV-geprüft

Die KKH bietet ausgezeichneten Service – das bestätigte auch das Audit des TÜV NORD. Im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens überprüft das Unternehmen objektive Nachweise hinsichtlich der Kundenzufriedenheit, des Umgangs mit Beschwerden und Reklamationen sowie eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Das Verfahren ist branchenunabhängig und auf Unternehmen jeder Größe anwendbar. Nach sorgfältiger Evaluation der Ergebnisse erhielt die KKH im Februar 2018 neuerlich das TÜV NORD CERT Prüfzeichen und die Zertifikatsurkunde „Geprüfte Kundenzufriedenheit“.



Transparent in den Kosten

FOCUS-MONEY untersuchte im Jahr 2017 gemeinsam mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSI) die Finanzkraft der gesetzlichen Krankenkassen. Wir haben solide gewirtschaftet. Entsprechend unserer Überzeugung als Kaufmännische Krankenkasse wurden die uns anvertrauten Mittel verantwortungsvoll im Sinne der Versicherten eingesetzt. Dieses Bemühen honoriert das Siegel „niedrige Verwaltungskosten“. Darüber hinaus zeichnet uns „hohe Transparenz“ aus. Wir lassen unsere Versicherten und die Öffentlichkeit in Bezug auf die Finanzen nicht im Unklaren. Das DFSI attestierte uns eine insgesamt „gute Finanzkraft“.

FOCUS-MONEY zeichnet uns nicht das erste Mal aus. Das Magazin veröffentlicht seit 2013 einen Krankenkassen-Guide. Dort wird wiederholt unsere Leistungs- und Servicestärke festgestellt.

Von Kunden empfohlen

Unsere Versicherten sind zufrieden und empfehlen uns gerne weiter. Das belegt auch eine breit angelegte Untersuchung von ServiceValue und FOCUS-MONEY zum Empfehlungsverhalten von Kunden.

In einer unabhängigen Konsumentenbefragung hat das Verbrauchermagazin TEST-BILD zusammen mit dem Statistikunternehmen Statista die Unternehmen mit der besten Service-Qualität ermittelt und ausgezeichnet. In allen Bereichen konnten wir die Testzeitschrift durch unseren sehr guten Kundenservice überzeugen und wurden mit dem 2. Platz für die beste Service-Qualität 2017/2018 in der Branche „Krankenversicherungen gesetzlich“ ausgezeichnet.

Das macht uns gut

Die erreichten Noten – auf dem guten Niveau der Vorjahre – bestätigen uns in unserer Strategie. Wir stellen die KKH Versicherten in den Mittelpunkt unseres Handelns. Dabei beschränken wir uns nicht auf gesetzliche Standards, sondern bieten bedarfsgerechte Versorgungsmodelle und exzellenten Service. Dafür sorgen rund 3.500 KKH Beschäftigte, die persönliches Engagement für die Menschen in unserer Krankenkasse als primäre Aufgabe ansehen – und als lohnendes Ziel.

Die 2017 erhaltenen
Siegel bestätigen unsere
Kundenorientierung.





Unsere Versicherten sind zufrieden und empfehlen uns gerne weiter – das ist das Ergebnis der Umfragen 2017. Wir freuen uns sehr über das positive Feedback.



Die Zukunft gestalten

Interview mit Dr. Wolfgang Matz, der am 1. Oktober 2017 das Amt des Vorstandsvorsitzenden der KKH übernommen hat.

Herr Dr. Matz, die KKH hat im Berichtszeitraum einen Überschuss von fast 40 Millionen Euro erzielt. Sind Sie als neuer Vorstandsvorsitzender mit diesem Ergebnis zufrieden?

Ja und nein. Zum einen ist der Überschuss deutlich höher ausgefallen als erwartet. Diese erfreuliche Entwicklung ermöglicht uns im Jahr 2018 einen stabilen Beitragsatz. Zugleich müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass das Ergebnis im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt höher hätte ausfallen müssen. Das dem nicht so ist, hängt zusammen mit der falschen Verteilung der Finanzmittel des Gesundheitsfonds, genauer gesagt: des Risikostrukturausgleichs, der einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gewährleisten soll. Aber genau dieses Ziel wird mit den bestehenden Verteilungsregelungen immer weniger erreicht.

Können Sie das erläutern?

Nun, eigentlich soll der – Achtung, Wortungetüm! – morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich dafür sorgen, dass Kassen für kranke Versicherte höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten als für gesunde. Aufgrund einer Vielzahl von Ursachen funktioniert dies in der Praxis jedoch nicht: So bekommen einige Kassen zum Teil deutlich mehr Geld aus dem Fonds, als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen, während andere Kassen ihre Leistungsausgaben nicht angemessen decken können. Als Folge haben wir eine unfaire Preisspanne bei den Beitragsätzen zu verzeichnen, die den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung empfindlich stört. Diese Schieflage hat die Politik zwar längst erkannt, aber leider noch nicht korrigiert. Wir erwarten, dass die neue Regierung für eine zeitnahe Reform des Finanzausgleichs sorgen wird.

Stichwort Politik. Wie bewerten Sie die gesundheitspolitische Agenda der Koalition?

Vieles von dem, was die Regierung sich vorgenommen hat, begrüßen wir ausdrücklich – zum Beispiel die Schaffung neuer Pflegestellen. Vor allem aber befürworten wir, dass Arbeitgeber und Versicherte sich den Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder paritätisch teilen. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der KKH. Denn auch Arbeitgeber sollten ein Interesse an einem gut funktionierenden Gesundheitssystem haben. Schließlich profitieren sie von arbeitsfähigen, gesunden Beschäftigten. Und dieses Interesse ist erfahrungsgemäß größer, wenn die Wirtschaft an der Finanzierung der Gesundheitskosten stärker beteiligt ist.

Jetzt kommt es auf die konkrete Gesetzgebung an, wie dieses Vorhaben umgesetzt wird. Wichtig ist aus unserer Sicht, ein Modell zu realisieren, das eine Einflussnahme seitens des Arbeitgebers auf die freie Kassenwahl ausschließt und zugleich ohne unnötige Bürokratie auskommt.

Die Digitalisierung nahezu sämtlicher Lebensbereiche, auch der Gesundheit, ist ein beherrschendes Thema dieser Zeit. Auch hier hat die Koalition entsprechende Pläne.

Wie sehen Sie die weitere Entwicklung?

Die Digitalisierung wird zu erheblichen Veränderungen im Gesundheitswesen führen. Da zeichnen sich große Chancen ab – zum Beispiel für unversorgte Regionen, in denen es zu wenig Ärzte gibt, Stichwort Fernbehandlung. Oder durch computergestützte Therapien unter Rückgriff auf weltweite Versorgungsdaten.

Wichtig ist bei alldem, dass der Patient stets die Hoheit über seine Daten behält. Dies ist, wie ich meine, eine Grundvoraussetzung für die Akzeptanz einer weiteren Digitalisierung der medizinischen Versorgung. Das gilt ebenso für die digitalen Angebote von Krankenkassen. Denn auch uns beschäftigt das Thema: So investieren wir zurzeit in den Ausbau unseres Online-Servicezentrums, in dem unsere Versicherten ihre Daten über das Internet selbst verwalten können – sicher und bequem vom heimischen Wohnzimmer aus. Dazu gehört unter anderem auch, dass zum Beispiel Krankmeldungen nicht mehr nur mit der Post, sondern auch online an die KKH geschickt werden können.

Die Digitalisierung spielt aber nicht nur in der Kommunikation mit unseren Kunden zunehmend eine Rolle, sondern auch bei unseren innovativen Versorgungsangeboten: So unterstützen wir zum Beispiel Patienten mit einer transplantierten Niere oder einer arteriellen Verschlusskrankheit mit digitalen bzw. Onlinelösungen – eine spannende Entwicklung, die vor wenigen Jahren noch nicht vorstellbar war.

Herr Dr. Matz, herzlichen Dank für das Interview.

Krankenversicherung: Geschäftsjahr 2017

Im Folgenden berichten wir über die Einnahmen und Ausgaben im Geschäftsjahr 2017.

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

Seit dem Jahr 2009 erhalten die gesetzlichen Krankenkassen den Großteil ihrer Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds. Der Fonds wiederum wird gespeist aus den Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen und dem Steuerzuschuss des Bundes. Seit 2015 beträgt der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung 14,6 Prozent – der bisherige Sonderbeitrag von 0,9 Prozent, den

jedes Mitglied zusätzlich zu zahlen hatte, wurde in diesem Zusammenhang abgeschafft. Stattdessen kann jede Krankenkasse einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Dass damit die stetig steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen allein von den Versicherten zu finanzieren sind, hat die KKH von Beginn an kritisch gesehen und sich vehement für Änderungen eingesetzt.

Einnahmen

	2017		2016		Veränd. z. Vorjahr
	absolut in EUR	je Vers. in EUR	absolut in EUR	je Vers. in EUR	
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	5.222.981.173,76	2.986,27	5.069.939.122,73	2.887,06	+ 3,4
Mittel aus dem Zusatzbeitrag	475.698.948,04	271,98	391.855.278,00	223,14	+ 21,9
Sonstige Einnahmen	35.659.097,26	20,39	38.912.318,88	22,16	- 8,0
Einnahmen gesamt	5.734.339.219,06	3.278,64	5.500.706.719,61	3.132,36	+ 4,7

Entwicklung der Ausgaben

Auch im Jahr 2017 dominierten in der Leistungskostenentwicklung die großen Ausgabenblöcke stationäre Krankenhausbehandlung, ambulante vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel.

Die stationären Krankenkosten stiegen um 2,9 Prozent je Versicherten. 90 Prozent der Aufwendungen entfielen auf somatische Behandlungen, dementsprechend 10 Prozent auf die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. Auffällig ist, dass die Ausgaben für ambulantes Operieren im Krankenhaus 2017 erstmalig gesunken sind. Inwieweit sich hier ein Trend abzeichnet, bleibt abzuwarten. Während die stationären Fallzahlen insgesamt lediglich um 0,1 Prozent anstiegen, sanken die Fallzahlen bei den stationären Entbindungen um 1,6 Prozent. Gleichzeitig stiegen in diesem Bereich die Fallkosten um ca. 3,9 Prozent.

Bei den Ausgaben für Arzneimittel verzeichneten wir mit einem Plus von 4,4 Prozent je Versicherten auch 2017 wieder eine deutlich überdurchschnittliche Steigerung. Während die Menge der abgerechneten Rezepte leicht rückläufig war, setzte sich der Trend zur Verordnung sehr teurer Spezialarzneimittel, vor allem im Bereich der Tumorbehandlung, kontinuierlich fort. Diese sogenannte Strukturkomponente ist nach wie vor ein relevanter Kostentreiber im Arzneimittelbereich, der durch die Absenkung von Festbeträgen und von Erstattungsbeträgen nach Nutzenbewertung bei Weitem nicht kompensiert wird.

Mit einer Steigerungsrate von 2,3 Prozent je Versicherten entwickelten sich die Kosten für die ambulante vertragsärztliche Versorgung deutlich unterdurchschnittlich. Ein Teil der Steigerungen ist auf die Erweiterung von Leistungen im psychothera-

peutischen Bereich oder neu eingeführte Leistungen – zum Beispiel in der Humangenetik – zurückzuführen.

Sehr erfreulich ist die Entwicklung bei den Ausgaben für Krankengeld, sie reduzierten sich um 0,2 Prozent je Versicherten. Deutlich überdurchschnittlich entwickelten sich die Ausgaben für Reha-Leistungen, häusliche Krankenpflege und Fahrkosten. Dabei

waren innerhalb des Kostenblocks „Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen“ die Ausgaben für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen mit einer Steigerungsrate von ca. 15 Prozent besonders augenfällig. Die KKH konnte hier auf der Basis einer veränderten Rechtsgrundlage deutlich mehr Maßnahmen für ihre Versicherten genehmigen als in den Vorjahren.

Ausgaben

	2017		2016		Veränd. z. Vorjahr je Vers. in %
	absolut in EUR	je Vers. in EUR	absolut in EUR	je Vers. in EUR	
Leistungsaufwand der Krankenversicherung	5.412.726.744,18	3.094,76	5.273.713.563,44	3.003,09	+ 3,1
Sonstige Aufwendungen	31.942.801,73	18,26	23.614.213,54	13,45	+ 35,8
Netto-Verwaltungskosten	249.799.044,35	142,82	235.634.822,81	134,18	+ 6,4
Ausgaben gesamt	5.694.468.590,26	3.255,84	5.532.962.599,79	3.150,72	+ 3,3

Ausgaben im Detail

	2017		2016		Veränd. z. Vorjahr je Vers. in %
	absolut in EUR	je Vers. in EUR	absolut in EUR	je Vers. in EUR	
Krankenhausbehandlung	1.815.109.540,92	1.037,80	1.771.257.649,85	1.008,64	+ 2,9
Arzneimittel	1.012.013.231,92	578,62	972.931.537,36	554,03	+ 4,4
Ärztliche Behandlung	923.478.611,10	528,00	906.347.157,20	516,12	+ 2,3
Krankengeld	338.268.207,86	193,41	340.210.644,14	193,73	- 0,2
Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	269.111.655,76	153,87	265.851.359,01	151,39	+ 1,6
Heilmittel	185.746.895,80	106,20	185.026.272,98	105,36	+ 0,8
Hilfsmittel	182.339.307,47	104,25	175.629.031,45	100,01	+ 4,2
Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege	146.782.251,70	83,92	135.603.053,82	77,22	+ 8,7
Fahrkosten	129.627.331,58	74,12	120.310.776,67	68,51	+ 8,2
Zahnersatz	85.481.257,17	48,87	86.115.933,60	49,04	- 0,3
Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	82.554.358,88	47,20	76.262.820,22	43,43	+ 8,7
Sonstige Leistungsausgaben	78.581.820,11	44,93	73.840.080,75	42,05	+ 6,9
Früherkennungsmaßnahmen	54.665.154,10	31,26	54.581.072,95	31,08	+ 0,6
Dialyse	50.426.602,28	28,83	49.953.015,35	28,45	+ 1,3
Schutzimpfungen	30.896.270,65	17,67	31.232.262,17	17,79	- 0,7
Schwangerschaft und Mutterschaft (ohne stationäre Entbindung)	27.644.246,88	15,81	28.560.895,92	16,26	- 2,8
Leistungsausgaben gesamt	5.412.726.744,18	3.094,76	5.273.713.563,44	3.003,09	+ 3,1
davon Prävention	129.328.166,16	73,94	127.152.744,39	72,41	+ 2,1
Sonstige Ausgaben	31.942.801,73	18,26	23.614.213,54	13,45	+ 35,8
Netto-Verwaltungskosten	249.799.044,35	142,82	235.634.822,81	134,18	+ 6,4
Ausgaben gesamt	5.694.468.590,26	3.255,84	5.532.962.599,79	3.150,72	+ 3,3

Vermögens- und Erfolgsrechnung

Vermögensrechnung		
	2017	2016
Aktiva zum 31.12. (in EUR)		
Barmittel und Giroguthaben	332.276.811,38	125.597.978,34
Kurzfristige Geldanlagen	106.248.467,73	361.253.084,68
Forderungen	233.716.602,01	213.820.836,71
Forderungen aus Wahltarifen	651.160,32	633.620,68
Andere Geldanlagen	135.555.410,95	43.456.788,21
Zeitliche Rechnungsabgrenzung/Sonstige Aktiva	166.033.435,96	158.029.562,09
Bestände des Verwaltungsvermögens	84.354.696,52	87.300.777,38
Sondervermögen nach dem AAG	9.559.471,83	4.348.588,55
Überschuss der Passiva (nur AAG bei Krankheit)	4.101.784,00	3.907.784,76
Überschuss der Passiva (nur AAG bei Mutterschaft)	694.834,61	6.013.927,13
Summe	1.073.192.675,31	1.004.362.948,53
Passiva zum 31.12. (in EUR)		
Kurzfristige Verpflichtungen	687.261.215,59	670.136.945,17
Verpflichtungen aus Wahltarifen	2.649.605,76	2.762.945,47
Andere Verpflichtungen	0,00	480.213,08
Zeitliche Rechnungsabgrenzung	1.472.877,56	1.493.661,98
Pensionsrückstellungen	124.210.239,48	111.846.908,89
Übrige Passiva	2.841,74	2.797,56
Dem Sondervermögen zuzuordnende Verpflichtungen	14.356.090,44	14.270.300,44
Betriebsmittel	39.714.608,22	1.442.398,56
Rücklage	119.170.500,00	114.626.000,00
Verwaltungsvermögen	84.354.696,52	87.300.777,38
Summe	1.073.192.675,31	1.004.362.948,53

Erfolgsrechnung		
	2017	2016
Erträge vom 1.1. bis 31.12. (in EUR)		
Mittel aus dem Zusatzbeitrag	475.698.948,04	391.855.278,00
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	5.222.981.173,76	5.069.939.122,73
Sonstige Einnahmen	35.659.097,26	38.912.318,88
Summe	5.734.339.219,06	5.500.706.719,61
Aufwendungen vom 1.1. bis 31.12. (in EUR)		
Leistungsaufwand der Krankenversicherung	5.412.726.744,18	5.273.713.563,44
Sonstige Aufwendungen	31.942.801,73	23.614.213,54
Netto-Verwaltungskosten	249.799.044,35	235.634.822,81
Summe	5.694.468.590,26	5.532.962.599,79
Jahresergebnis	39.870.628,80	- 32.255.880,18

Pflegeversicherung: Geschäftsjahr 2017

Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, pflegebedürftigen Menschen ein menschenwürdiges und möglichst selbstbestimmtes Leben zu verschaffen.

Ab dem 1. Januar 2017 gilt ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, der die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz sowie geistigen oder psychischen Einschränkungen ebenso berücksichtigt wie die von Menschen mit körperlichen Einschränkungen.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde zu Beginn des Berichtsjahres neu definiert. Maßgeblich für das Vorliegen eines Pflegeanspruchs ist die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit – in Bereichen wie Mobilität und Selbstversorgung sowie in Bezug auf kognitive und kommunikative Fähigkeiten. Dabei orientieren sich die neuen Pflegegrade daran, inwieweit die genannten Fähigkeiten noch vorhanden bzw. eingeschränkt sind.

Neben den Änderungen in der Feststellung und Zuerkennung von Pflegebedürftigkeit traten ab 1. Januar 2017 weitere Neuregelungen zugunsten der Betroffenen in Kraft, die sich auch auf die Ausgabenentwicklung ausgewirkt haben:

- Ein Besitzstandsschutz für Bestandsfälle stellt sicher, dass bereits pflegebedürftige Personen aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden.
- Die Einführung eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteils führt dazu, dass – unabhängig vom Pflegegrad – alle Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen einen einheitlichen Eigenanteil zahlen.
- Durch die Einführung des Pflegegrads 1 haben Antragsteller, die bislang unter den Mindestvoraussetzungen einer Pflegestufe lagen, u. U. einen Leistungsanspruch. Dieser umfasst u. a. den Anspruch auf Pflegeberatung, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes sowie den Anspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Bei vollstationärer Pflege wird ein Zuschuss in Höhe von 125 Euro geleistet.

- Bei folgenden Pflegeleistungen wurden ab dem 1. Januar 2017 die Leistungsbeträge angehoben:
 - Pflegesachleistungen (z. B. für einen Pflegedienst)
 - Pflegegeld (Pflege wird z. B. durch Angehörige selbst sichergestellt)
 - Beratungseinsatzpauschale (für die quartalsweisen oder halbjährlichen Pflegeeinsätze)
 - Wohngruppenpauschale (monatliche Zahlung für Bewohner einer Wohngruppe)
 - Tages- und Nachtpflege
 - Leistungen bei vollstationärer Pflege
- Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich, der u. a. zur Erstattung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden kann.
- Die Zugangsvoraussetzungen zur Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen wurden gelockert, indem der Mindestpflegeaufwand von 14 auf 10 Wochenstunden herabgesetzt wurde und nun auch Betreuungszeiten zu berücksichtigen sind. Zudem wurden die Grundlagen der Beitragsberechnung geändert, sodass nun i. d. R. ein höherer Beitragsanteil von der Pflegekasse zu tragen ist. In allen anderen Fällen führen Besitzstandsregelungen zur Vermeidung einer Schlechterstellung.
- Pflegepersonen sind ab 2017 auch in der Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtig, sofern bereits unmittelbar vor der Pflegetätigkeit eine solche Versicherungspflicht bestanden hat.

Einnahmen und Ausgaben

Gegenüber dem Jahr 2016 stiegen die Einnahmen der Pflegekasse bei der KKH um 25,8 Prozent je Versicherten auf 786 Millionen Euro. Auch bei den Leistungsausgaben ist mit rund 738 Millionen Euro gegenüber dem Vorjahreszeitraum eine deutliche Steigerung von 29,9 Prozent je Versicherten eingetreten. Aufgrund des ab 2017 geltenden Pflegebe-

dürftigkeitsbegriffs ist nun ein deutlich größerer Personenkreis anspruchsberechtigt. Dies äußert sich auch in den im Vergleich zum Vorjahr gestiegenen Antragszahlen. Daneben wurden zum 01.01.2017 auch für einige Pflegeleistungen die gesetzlich festgeschriebenen Leistungsbeträge angehoben. Dies hat zu einer deutlichen Ausgabensteigerung geführt.

Einnahmen

	2017		2016		Veränd. z. Vorjahr
	absolut in EUR	je Vers. in EUR	absolut in EUR	je Vers. in EUR	je Vers. in %
Beiträge	679.513.606,17	388,58	618.526.304,68	352,31	+ 10,3
Vermögenserträge und sonstige Einnahmen	106.377.322,75	60,83	8.738.409,92	4,98	+ 1.122,2
Einnahmen gesamt	785.890.928,92	449,41	627.264.714,60	357,29	+ 25,8

Ausgaben

	2017		2016		Veränd. z. Vorjahr
	absolut in EUR	je Vers. in EUR	absolut in EUR	je Vers. in EUR	je Vers. in %
Vollstationäre Pflege	270.540.734,77	154,71	221.921.464,78	126,41	+ 22,4
Pflegegeld	207.575.691,91	118,70	139.218.954,38	79,30	+ 49,7
Sonstige Leistungen*	111.533.431,88	63,78	81.527.452,01	46,44	+ 37,3
Pflegesachleistungen	93.063.373,13	53,22	79.855.357,12	45,49	+ 17,0
Entlastungsbetrag und Vergütungszuschläge	55.138.349,82	31,53	47.524.978,47	27,07	+ 16,5
Leistungsausgaben gesamt	737.851.581,51	421,94	570.048.206,76	324,70	+ 29,9
Verwaltungskosten, Medizinischer Dienst, Sonstiges	35.502.702,06	20,30	31.055.240,32	17,69	+ 14,8
Zahlungen an den Ausgleichsfonds	1.261.683,95	0,72	20.696.218,27	11,79	- 93,9
Ausgaben gesamt	774.615.967,52	442,96	621.799.665,35	354,18	+ 25,1

* Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Kurzzeitpflege, häusliche Beratungseinsätze, Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen und bei Pflegezeit, Pflegeberatung, Tages- und Nachtpflege, Pflege in Wohngruppen und vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege, Aufwendungen für Leistungen im Ausland, Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Vermögens- und Erfolgsrechnung

Vermögensrechnung		
Aktiva zum 31.12. (in EUR)	2017	2016
Barmittel und Giroguthaben	48.981.368,07	404.135,64
Kurzfristige Geldanlagen	15.000.000,00	57.500.000,00
Forderungen	28.571.022,75	16.716.798,74
Andere Geldanlagen	15.000.000,00	15.000.000,00
Summe	107.552.390,82	89.620.934,38
 Passiva zum 31.12. (in EUR)		
Kurzfristige Verpflichtungen	24.318.938,37	17.695.922,72
Zeitliche Rechnungsabgrenzung	453.074,16	419.594,77
Überschuss der Aktiva	82.780.378,29	71.505.416,89
Summe	107.552.390,82	89.620.934,38

Erfolgsrechnung		
Erträge vom 1.1. bis 31.12. (in EUR)	2017	2016
Beiträge für die Pflegeversicherung	679.513.606,17	618.526.304,68
Vermögenserträge und sonstige Einnahmen	106.377.322,75	8.738.409,92
Summe	785.890.928,92	627.264.714,60
 Aufwendungen vom 1.1. bis 31.12. (in EUR)		
Leistungsaufwand der Pflegeversicherung	737.851.581,51	570.048.206,76
Zahlungen an den Ausgleichsfonds (Pflegekassen)	1.261.683,95	20.696.218,27
Sonstige Aufwendungen	80.459,07	100.359,64
Verwaltungskosten, Medizinischer Dienst	35.422.242,99	30.954.880,68
Summe	774.615.967,52	621.799.665,35
Jahresergebnis	11.274.961,40	5.465.049,25



Die KKH setzt auf Mitbestimmung –
von Mitgliedern für Mitglieder.

Selbstverwaltung und Vorstand

Die ehrenamtliche Selbstverwaltung zählt seit Jahrzehnten zu den Eckpfeilern des bundesdeutschen Krankenversicherungssystems. Die gute Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern der Selbstverwaltung und dem hauptamtlichen Vorstand ist die Basis für den Erfolg der KKH.

Selbstverwaltung

Eine funktionierende Selbstverwaltung ist ein wichtiger Pfeiler für den Erfolg des Unternehmens. Auch im Kalenderjahr 2017 hat die Selbstverwaltung bei der KKH durch zahlreiche Beschlüsse und Grundsatzentscheidungen unterstrichen, dass sie durch ihr Tun und Handeln den Weg des Unternehmens entscheidend mitgestaltet. Zudem verabschiedete der Verwaltungsrat der KKH die Erweiterung diverser Satzungsleistungen für die Versicherten und beschloss den Haushalt für 2018.

Dem Verwaltungsrat gehörten im Berichtsjahr 30 Mitglieder an, die insgesamt viermal zu Sitzungen zusammenkamen. Der Verwaltungsrat setzt sich aus 20 Versichertenvertretern und 10 Arbeitgebervertretern zusammen und ist gleichzeitig auch für die Pflegekasse bei der KKH zuständig.

Vorstand

Der hauptamtliche Vorstand leitet die Geschicke der Krankenkasse sowie der Pflegekasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die Krankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Der Vorstand bestand im Berichtsjahr aus zwei Mitgliedern:

Ingo Kailuweit, Hannover
Vorsitzender des Vorstandes bis 30.09.2017

Dr. Wolfgang Matz, Hannover
Vorsitzender des Vorstandes ab 01.10.2017

Dr. Ulrich Vollert, Hannover
Mitglied des Vorstandes



Dr. Ulrich Vollert (l.) und Dr. Wolfgang Matz

Sozialwahl 2017: So wurde gewählt

Bis zum 31. Mai 2017 waren alle KKH Versicherten zur Sozialwahl aufgerufen. Fast jedes dritte KKH Mitglied hat sich an der Sozialwahl beteiligt – der Stimmenzuwachs im Vergleich zur letzten Wahl ist Rekord unter den beteiligten Krankenkassen.

Die KKH setzt auf Mitbestimmung, Eigeninitiative und Eigenverantwortung – von Mitgliedern für Mitglieder. Der Verwaltungsrat, der sich aus 20 Versicherten- und 10 Arbeitgebervertretern zusammensetzt, bildet das höchste ehrenamtliche Selbstverwaltungsgremium einer Krankenkasse. Im letzten Jahr stand die Wahl des neuen Verwaltungsrats für die Legislaturperiode 2017 bis 2023 an.

Das Besondere an der Sozialwahl ist, dass bei der KKH bereits von Beginn der ersten Sozialwahlen an auch Urwahlen, also „Wahlen mit Wahlhandlung“, stattfanden. Dies ist bei den meisten anderen gesetzlichen Krankenkassen nicht der Fall. Durch dieses Stück gelebte Demokratie können die Mitglieder die künftige Entwicklung ihrer Krankenkasse mitbestimmen.

Neuer Verwaltungsrat nimmt Arbeit auf

Im Jahr 2017 hatten 1,4 Millionen Wahlberechtigte bei der KKH die Möglichkeit, im Rahmen der Sozialwahl mit ihrer Stimmabgabe über die Zusammensetzung der 20 Versichertenvertreter im Verwaltungsrat zu entscheiden. Insgesamt 400.000 Mitglieder hatten sich beteiligt. Damit legte die Wahlbeteiligung im Vergleich zu 2011 um rund 1,3 Prozentpunkte auf 28,53 Prozent zu. In absoluten Zahlen ein Plus von 20.000 Stimmen – so stark wie bei keiner anderen teilnehmenden Ersatzkasse und auch nicht bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Die Vorschlagsliste der KKH-Versichertengemeinschaft e. V. erhielt 83,52 Prozent der abgegebenen Stimmen und hat künftig auf der Versichertenvertreterseite im Verwaltungsrat der KKH 17 Sitze. Auf die Vorschlagsliste von ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft entfielen 11,31 Prozent, was zwei Sitzen auf der Versichertenvertreterseite entspricht. Die Vorschlagsliste des Deutschen Gewerkschaftsbundes erhielt 5,17 Prozent (ein Sitz).



Erich Balser (v. l.), Rita Pawelski und Hansjürgen Schnurr

Anders als bei der Wahl der Versichertenvertreter wurde bei den Arbeitgebervertretern mit der Liste der Unternehmerverbände Niedersachsen (UVN) lediglich eine Liste eingereicht. Die dort aufgeführten 10 Bewerber galten mit Ablauf des Wahltages somit als gewählt.

Am 7. September 2017 kam der neu gewählte Verwaltungsrat zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen und wählte Erich Balser zum Vorsitzenden und Hansjürgen Schnurr zum stellvertretenden Vorsitzenden.

Verwaltungsrat

Nach den Sozialwahlen 2017 sind folgende Personen seit dem 7. September 2017

Mitglieder des Verwaltungsrats der KKH:

Versichertenvertreter

Erich Balser, Fernwald
Dr. Alexandra Balzer-Wehr, Feucht
Helmut Boschatzke-Wunder, Fellbach
Andrea Büricke, Bad Belzig
Peter Brück, München
Anke Fritz, Limbach-Oberfrohna
Frank Grunewald, Niedenstein
Thomas Heiming, Springe
Ulrike Holzmüller, Leipzig
Kirsten Kalweit, Essen
Georg Kißner, Westerngrund
Helmut Maul, Grünberg
Reinhard Mehnert, Großmehlen
Silke Reinhold, Wilhermsdorf
Brigitte Schäfer, Heilbronn
Regina Täfler, Bad Liebenstein
Regine Weiß-Balschun, Wesseling
Manfred Wiechmann, Hamburg
Michael Witte, Bad Driburg
Hermann Wittrup, Münster

Arbeitgebervertreter

Mario Diehl, Neustadt/Orla
Christoph Humberg, Hannover
Jörg Kuck, Ottenstein
Mark Poppeck, Biederitz
Petra Resske, Kirchberg
Frank Ruffing, Kleve
Hansjürgen Schnurr, Baden-Baden
Klaus Schwarz, Stuttgart
Frank Siebrecht, Hannover
Axel Witt, Isernhagen

Ausschüsse Verwaltungsrat

Satzungs-, Haushalts- und Rechnungsprüfungsausschuss
Erich Balser, Fernwald
Mario Diehl, Neustadt/Orla
Frank Grunewald, Niedenstein
Thomas Heiming, Springe
Georg Kißner, Westerngrund
Jörg Kuck, Ottenstein
Reinhard Mehnert, Großmehlen
Hansjürgen Schnurr, Baden-Baden
Michael Witte, Bad Driburg

Bau- und Grundstücksausschuss

Dr. Alexandra Balzer-Wehr, Feucht
Andrea Büricke, Bad Belzig
Anke Fritz, Limbach-Oberfrohna
Hansjürgen Schnurr, Baden-Baden
Frank Siebrecht, Hannover
Hermann Wittrup, Münster

Personalausschuss

Erich Balser, Fernwald
Thomas Heiming, Springe
Hansjürgen Schnurr, Baden-Baden
Axel Witt, Hannover

Widerspruchsausschüsse (ehrenamtliche Mitglieder)

Ausschuss I:
Manfred Wiechmann, Hamburg, Vorsitzender
Georg Kißner, Westerngrund
Axel Witt, Isernhagen

Ausschuss II:

Dieter Meier, Berlin, Vorsitzender
Anke Fritz, Limbach-Oberfrohna
Petra Resske, Kirchberg/OT Wolfersgrün

Ausschuss III:

Helmut Boschatzke-Wunder, Fellbach, Vorsitzender
Helmut Maul, Grünberg
Klaus Schwarz, Stuttgart



„Bei der KKH konnte die Wahlbeteiligung bei der Sozialwahl 2017 deutlich erhöht werden.“
Erich Balser

Impressum

Herausgeber

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Hauptverwaltung
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Telefon 0511 2802-0
Telefax 0511 2802-2399
service@khh.de
www.kkh.de

Verantwortlich für den Inhalt

Der Vorstand

Redaktion und Gestaltung

Abteilung Marketing und Kundenmanagement

Fotos

www.ps-art.de (S. 1, 6-7, 8, 11 unten, 15, 16, 24, 25, 27),
Hempel (S. 4), Darren Baker@fotolia.com (S. 11 oben),
Redpixel@fotolia.com (S. 12), Wyrwa (S. 26)

Druck

Blömeke Druck SRS GmbH, Herne

