

report berlin

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Juni 2006

ersatzkassen

Auf der Erfolgsschiene

Das Disease-Management-Programm für Diabetiker geht in die zweite Runde

Für Berlins Diabetiker ist es eine gute Nachricht, auch wenn sie gar nicht mit einer schlechten gerechnet hätten: Das „DMP Diabetes mellitus Typ 2“ läuft weiter, was angesichts zäher Verhandlungen nicht selbstverständlich war. Der alte Vertrag lief bis zum März dieses Jahres, und von dessen Verlängerung hing die Reakkreditierung ab.

Wäre dies gescheitert, hätte es das – zumindest vorläufige – Ende des DMP für fast 90.000 Versicherte und rund 2.000 Ärzte, davon 70 Schwerpunktpraxen, bedeutet. Für die beteiligten Mediziner in der Region Berlin standen dabei zwischen sechs und zehn Millionen auf dem Spiel.

Das Ergebnis bringt den beteiligten Ärzten ein wesentlich höheres Honorar als bisher. Dabei bestehen die Neuerungen zum einen in einer sogenannten Prozessmanagementpauschale, mit der die ärztliche Leistung der Führung des Patienten durch das Programm gesondert honoriert wird. Sie beträgt in diesem Jahr 30 und in den folgen-

In dieser Ausgabe:

- **Höchster Schutzfaktor**
Hautkrebs wird noch immer unterschätzt
- **Screening rettet Leben**
Start der Mammographie-Reihenuntersuchung
- **Der Aufreger**
Medien machen Abrechnungsmanipulation immer öfter zum Thema

den Jahren 40 Euro. Zum anderen erhält der Arzt bei der Einführung der elektronischen Dokumentation einen Zuschuss von 200 Euro, um sich die entsprechende Software anzuschaffen. Eine vollständig und korrekt bei der Datenstelle eingereichte Erstdokumentation schlägt für den Arzt mit zusätzlichen fünf Euro zu Buche.

Der qualitative Anspruch der Krankenkassenverbände an eine ordnungsgemäße und lückenlose

Dokumentation ist hoch und wird, den bisherigen Stichproben nach zu urteilen, vom überwiegenden Teil der Arztpraxen erfüllt. Dabei dürfte rund ein Drittel der Praxen sogar für mehr als 90 % ihrer eingeschriebenen Patienten eine Vergütung der Prozessmanagementpauschale erhalten.

Was bisher an Daten vorliegt, wertet die Datenstelle zurzeit aus und kann den DMP-Ärzten ab Herbst dieses Jahres Auskunft darüber geben, wie es um die Genauigkeit und etwaige Lücken steht. Als besonderen Service wird sie die Praxen im Juni darü-

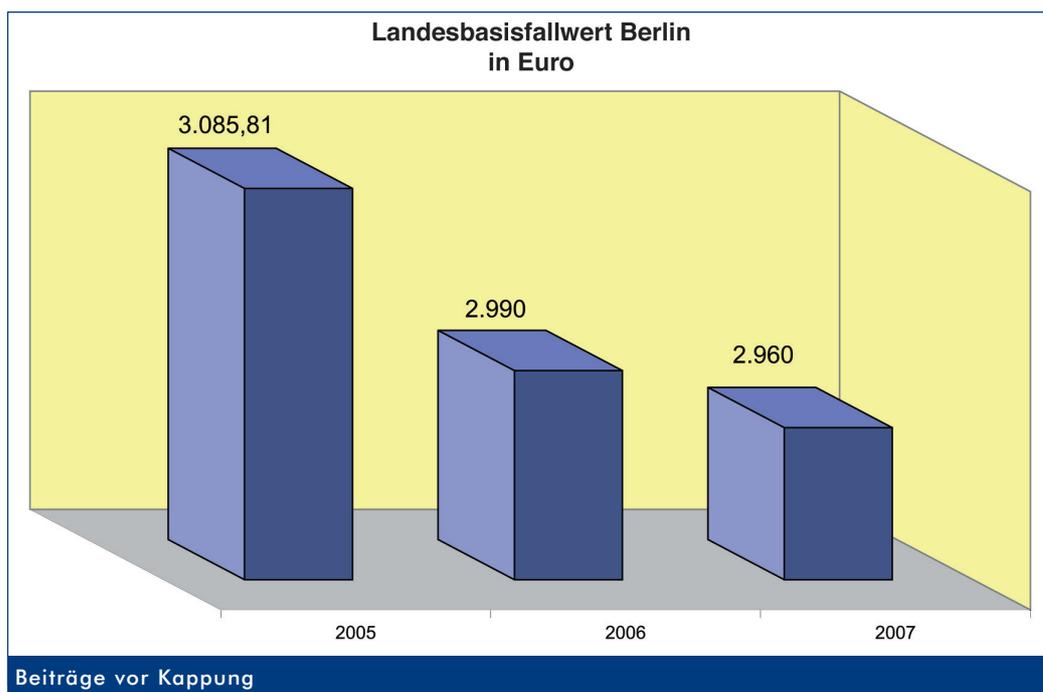
ber informieren, bei welchen Patientendaten noch nachzuarbeiten ist, um die volle Vergütung zu erhalten.

Eine zusätzliche Pauschale erhalten im Übrigen die Augenärzte, die bei DMP-Patienten eine Funduskopie vornehmen. Wie hoch sie ausfällt, hängt davon ab, inwieweit das Qualitätsziel für die Untersuchung im DMP erreicht wird und wie viele der teilnehmenden Diabetiker vom Augenarzt untersucht werden. Sind es 75 %, gibt es pauschal vier Euro, bei 95 % und mehr sind es sechs Euro.

Unter dreitausend

Verhandlungen über Landesbasisfallwerte sind in der Regel langwierig. Somit winkt nach jeder Einigung schon die Einladung zur nächsten Gesprächsrunde. Berliner Krankenhäuser haben da eine etwas längere Verschnaufpause – und vor allem Planungssicherheit: Die Krankenkassenverbände und die Berliner Krankenhausgesellschaft haben die budgetentscheidenden Zahlen bis einschließlich 2007 festgelegt. Die gute Nachricht: Berlin liegt mit 2.955 Euro in diesem Jahr beim knappten Wert wieder unter der Dreitausendermarke. Die weniger gute: die Stadt behauptet auch hier ihren Spitzenplatz.

Bundesland	gekappter Landesbasisfallwert	
	2005	2006
Mecklenburg-Vorpommern	2.585,00	
Brandenburg	2.612,31	2.642,56
Schleswig-Holstein	2.619,63	2.653,10
Sachsen-Anhalt	2.620,30	
Thüringen	2.624,98	
Sachsen	2.654,68	2.711,18
NRW	2.679,80	2.687,23
Bayern	2.710,50	2.737,07
Niedersachsen	2.735,79	2.756,03
Hessen	2.737,99	2.786,58
Baden-Württemberg	2.774,57	2.814,85
Bremen	2.866,00	2.849,57
Rheinland-Pfalz	2.888,10	
Hamburg	2.920,41	
Saarland	2.923,02	2.902,82
Berlin	2.999,81	2.955,00



Höchster Schutzfaktor

Hautkrebs wird noch immer unterschätzt – Die Arbeiter-Ersatzkassen und die Hanseatische Ersatzkasse schicken ihre Versicherten deshalb zur Hautkrebsvorsorge

Die Voraussetzungen sind vergleichsweise günstig: Die Haut lässt sich einfacher als jedes andere menschliche Organ auf Veränderungen untersuchen. Allerdings ist es auch unser größtes, es ist der Sonne und anderen Umwelteinflüssen ausgesetzt, und ein leichter Sonnenbrand ist nach ein paar Tagen wieder vergessen. Dass jemand seinen



So hat er das noch nie gesehen: GEK-Vorstandschef Dieter Hebel blickt durchs Auflichtmikroskop

Körper systematisch nach auffälligen Stellen absucht, ist wohl eher die Ausnahme. Abgesehen davon stößt auch der Gelenkigste sehr bald an seine Grenzen. Anders als der Hautarzt, der eben diese systematische Suche vornimmt und bei Verdacht auf

Hautkrebs gleich handelt. Dies ist insbesondere beim sogenannten „Schwarzen Hautkrebs“ geboten, der deshalb so gefährlich ist, weil er schneller als andere Arten Metastasen bildet. Auch hier gilt: Früh erkannt ist Hautkrebs fast immer heilbar. Dennoch sterben in Deutschland jedes Jahr über zweitausend Menschen an diesem „malignen Melanom“.

Es spricht also einiges dafür, es nicht bei bloßen Warnungen vor dem Dauerabonnement bei der nächstbesten Sonnenbank zu belassen. Die Arbeiter-Ersatzkassen und die HEK bieten ihren Versicherten daher einmal jährlich die Möglichkeit des Haut-„Screenings“ zur Früherkennung an.

Dies reicht von der Anamnese über die körperliche Untersuchung mit dem Auflichtmikroskop und Hauttypbestimmung bis zur anschließenden Beratung und der Dokumentation in der Patientenakte. Davon profitieren auch die über 100.000 Berliner, die bei der GEK, HZK, KEH und HEK versichert

sind. Sie können sich von jedem zugelassenen Hautarzt untersuchen lassen. Die Praxisgebühr wird für denjenigen fällig, der nicht von seinem Hausarzt überwiesen wird, denn dieses Screening gehört noch nicht zu den gesetzlich definierten Präventionsleistungen.

Wann sich dies ändert, dürfte nicht zuletzt vom allgemeinen Bewusstsein der Hautkrebsgefahr abhängen. Die Bundesregierung registriert seit Jahren einen kontinuierlichen Anstieg der UV-Strahlung, die auf die Bevölkerung wirke. Fachleute wie der Neuköllner Dermatologe Dr. Stavermann wissen, dass sie bei einer besorgniserregenden Diagnose gleich durchgreifen müssen: „Es gibt Patienten, die lasse ich nicht gehen. Die müssen gleich auf den Tisch, denn wenn ich mit denen einen späteren Termin vereinbare, sehe ich sie nicht wieder. Die treibt die Angst vor der Diagnose aus der Praxis.“

Der Vorteil der Früherkennung für die Ersatzkassen liegt angesichts des Kostenunterschiedes gegenüber einer späteren Krebsbehandlung auf der Hand. Karl-Heinz Resch, Leiter der Berliner Ersatzkassenverbände, sieht in der Initiative der vier Ersatzkassen den Einstieg in eine neue Versorgungsleistung.



Der Computer und das geschulte Auge verraten dem Hautarzt sofort, ob er zum Skalpell greifen muss.

Screening rettet Leben

Start der Mammographie-Reihenuntersuchung in Berlin

Dr. Lisa Regitz-Jedermann spricht bei ihrer Zielgruppe nicht von Patientinnen, denn das sind die Frauen zwischen 50 und 69 nicht – und glücklicherweise bleibt es in den meisten Fällen auch dabei. Die Radiologin leitet das Referenzzentrum Mammographie in Berlin und untersucht in ihrer sogenannten Screening-Einheit von Juli an Berlinerinnen dieser Altersgruppe im Rahmen der Brustkrebsfrüherkennung. Die Röntgenuntersuchung in vier besonders qualifizierten Zentren findet künftig alle zwei Jahre statt und ist für die Frauen mit keinen weiteren Kosten verbunden.

Es dauerte – im gesamten Bundesgebiet – länger als geplant. Zum einen wegen der Widerstände innerhalb der Ärzteschaft, die es zu überwinden galt, zum anderen stellt sich bei jedem Projekt dieser Größe und Art die Frage der Datenverarbeitung und des Datenschutzes.



Zur Früherkennung von Brustkrebs

HOTLINE BERLIN: 0800/5002345

MAMMOGRAPHIE
SCREENING
PROGRAMM

BERLIN

Dies sind Probleme, von denen Per Skaane ein Lied singen kann. Der Professor an der Ullevaal Universitätsklinik in Oslo hat all dies hinter sich und ist den Berlinern somit ein wertvoller Ratgeber. In Norwegen hat die Diskussion um das Mammographie-Screening von 1970 bis 1995 gedauert, bevor es in Gang kam. Seit nunmehr zehn Jahren läuft es dort. Mit diesem Vorsprung und vor allem mit den Ergebnissen, die er vorweisen kann, ist Skaane überzeugt, jedem Kritiker den Wind aus den Segeln zu nehmen.

Diese Zeit haben die Norweger allerdings auch gebraucht, denn laut Skaane – und er beruft sich dabei auch auf Erfahrungen in Schweden, das mit dem Screening Anfang der 70er begonnen hat – ist eine sinkende Sterblichkeitsrate erst nach zehn Jahren wirklich nachzuweisen. Es dauere sechs bis sieben Jahre, bis die Vergleichskurven im Diagramm auseinanderliefen.

DIE GESELLSCHAFTER DER ARBEITSGEMEINSCHAFT MAMMOGRAPHIESCREENING HABEN EINVERNEHMEN ÜBER DIE FOLGENDEN SCREENINGEINHEITEN ERZIELT:

Screeningeinheit 1:	Dr. Lisa Regitz-Jedermann (Spandau, Reinickendorf, Mitte)
Screeningeinheit 2:	Dr. Ralph Dzyuballa / Marina Ortmann / Dr. Ann-Kathrein Jahr (Pankow, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf)
Screeningeinheit 3:	Drs. Heike Jakob / Burkhard Ventzke / Roberto Schubert / Felix Diekmann (Treptow-Köpenick, Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg)
Screeningeinheit 4:	Dr. Angelika Stabell (Tempelhof-Schöneberg, Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf)

Eine andere positive Nachricht ist die, dass die Zahl der brusterhaltenden Operationen stetig steigt. Professor Skaane bringt den Erfolg des Screenings auf einen kurzen Nenner, der auch zur Botschaft der norwegischen Kampagne wurde: Screening rettet Leben!

Trotz großer Unterschiede zwischen beiden Gesundheitssystemen können die Norweger, die sich die Senkung der Mortalität um 30 % zum Ziel gesetzt haben, den Deutschen in mancherlei Hinsicht Denkanstöße geben. Während etwa bei uns kein Screening stattfindet, wenn ein Knoten in der Brust zu ertasten ist, bleibt eine Norwegerin aus Gründen der Qualitätssicherung im Programm. Auch beim norwegischen Mammographie-Screening wird eine Röntgenaufnahme von zwei Ärzten begutachtet – getrennt. Bei zwei abweichenden Befunden gibt es einen dritten. Das Screening selbst liegt in der Hand gut ausgebildeter MTAs, die – absolut qualitätsgesichert – lernen, selbständig Mammographien durchzuführen. Diese Trennung hält Skaane für wichtig. Erstens agierten diese MTAs sehr engagiert und selbstbewusst. Zweitens sorgte die klare Aufgabenstellung für eine gewisse Beruhigung bei den eingeladenen Frauen, die damit ihre Ansprechpartner kennen. Denn andernfalls würden Ärzte ständig, womöglich auf dem Flur, nach Röntgenbildern befragt, die sie noch gar nicht gesehen hätten – verständlich, aber nicht unbedingt hilfreich!

Auch wenn Per Skaane das Gesundheitssystem seines Landes als „völlig sozialistisch“ bezeichnet, was sich etwa darin ausdrückt, dass jeder Norweger lebenslang mit einer elfstelligen Identifikationsnummer versehen sei und es nur eine Krankenkasse gebe, so wird auch dort natürlich niemand zur Untersuchung gezwungen. Somit mussten sich auch die Skandinavier die Frage der Resonanz auf ihr Screening-Angebot stellen – und wurden vor allem von der Landbevölkerung überrascht. In vier Landkreisen, die zunächst ausgewählt worden waren, kamen fast 80 % aller eingeladenen Frauen zum Screening. Etwas geringer fiel der Zuspruch in den Großstädten aus, bei der zweiten Einladungsrunde verzeichnete man einen leichten Rückgang. Doch der Zuspruch lag weit über der Grenze von 60 %, die als wesentlich für eine Senkung der Sterblichkeitsrate gilt.

Auch Norwegen hat eine ausgiebige Datenschutzdiskussion hinter sich. Das Resultat sieht heute so aus: Es existiert eine zentrale Datenbank, die jeder Arzt online füttert und bei der er seine eigenen Daten – und nur die – einsehen kann. Frauen, die zum Screening erscheinen, müssen darin einwilligen, dass ihre Daten der Forschung zur Verfügung stehen. 1997 stellte sich durch den technischen Fortschritt die Frage, ob man auf Film oder auf digitales Screening setzen sollte. Oslo schaffte sich zwei Jahre später die digitale

Version an. Damit wären pro Stunde 20 Untersuchungen möglich, doch das wird natürlich nicht gemacht: in der Regel sind es zwölf Frauen, die zum Zuge kommen.

Das Mammographie-Screening hierzulande ist also in der günstigen Situation, nicht alle Erfahrungen selber machen zu müssen und organisatorische Kinderkrankheiten von vornherein vermeiden zu können. Das gilt besonders für Berlin: Per Skaane ist oft hier und sähe es gern, wenn sich seine Erfolge hier fortsetzen.



Impulse aus Oslo: Per Skaane im Gespräch mit dem Leiter der Berliner Ersatzkassenverbände, Karl-Heinz Resch

Der Aufreger

Medien machen Abrechnungsmanipulation immer öfter zum Thema

Es sind keine Gaunerstücke à la Rififi. Mit Augenzwinkern und heimlichem Respekt können diejenigen nicht mehr rechnen, die medizinische oder artverwandte Leistungen abrechnen, die sie nie erbracht haben. Die Öffentlichkeit hat begriffen, dass es ihr Beitrag zu einem auf Solidarität angelegten Gesundheitssystem ist, zu dem sich Betrüger ihre eigene Stichleitung zu legen versuchen. Ärzte wissen, dass sich hier jemand aus dem gemeinsamen „Ärztbudget“ bedient und nicht bereit ist, dafür entsprechend Patienten zu behandeln.

Diese Art der Geldbeschaffung gedeiht im Verborgenen und nur dort, was im Umkehrschluss bedeutet, dass sich mit ein paar starken Scheinwerfern durchaus etwas dagegen ausrichten lässt. Die etwa hat das ZDF – selbst in dem für solche Themen eher untypischen Frauenmagazin „Mona Lisa“ – dieser Tage auf die Szene gerichtet. Dort berichtet eine Rechtsanwältin über ihre Erfahrungen mit Krankenkassen, die sie auf Unstimmigkeiten hingewiesen habe. Da bekomme sie Antworten wie: „Wissen Sie, das sind so kleine Beträge, wenn wir uns darum kümmern wollten, kämen wir mit unserer eigenen Arbeit nicht zurecht.“ Oder aber: „Nett, dass Sie uns das mitteilen! – Es passiert aber nichts, die zahlen trotzdem, weil das für sie ‚Peanuts‘ sind!“. Das jedoch sei unvorstellbar für die Ersatzkassen, und eben deshalb gewährt Michael Redel dem ZDF auch einen Einblick in

seine Arbeit. Dabei ist es zweifellos der Einsatz eines Detektivs, der die Sache, insbesondere für Bildmedien, interessant macht. An dessen Tür hängt zwar

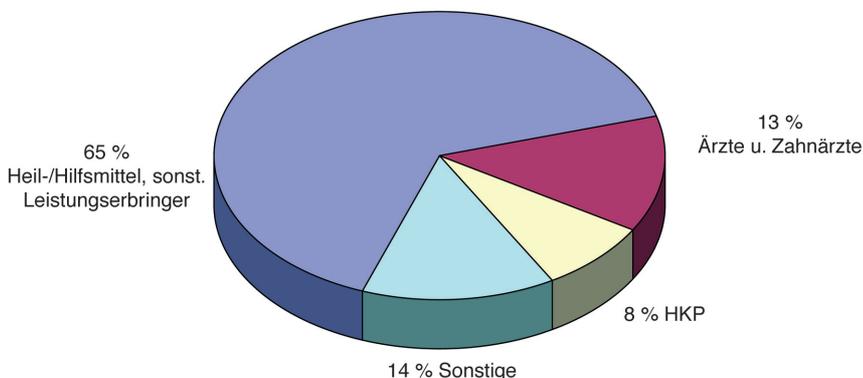
das wesentlich unspektakulärere Schild „Agentur für Beweissicherung“, aber genau darum geht es, wenn die Ersatzkassen Versicherungsgelder zurückholen. Mitarbeiter der Detektei erscheinen als Patienten und achten auf Dinge, die dem arglosen Patienten in aller Regel entgehen. Was dabei herauskommt, liegt später bei der Anhörung des Verdächtigen auf dem Tisch, es sei denn, es handelt sich um einen schwerwiegenden Betrugsverdacht. Dann ist es gleich der Tisch des Staatsanwalts.

Der Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation der Ersatzkassen hatte es seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz in Berlin und Brandenburg mit insgesamt 325 Fällen zu tun. Am Ende flossen

rund 1,35 Millionen Euro an Strafen zurück; weit über die Hälfte davon hatten sogenannte Heil- und Hilfsmittelerbringer zu zahlen. Das ist der zählbare Erfolg, aber es geht auch darum, die Dunkelziffer dieser Fälle zu drücken, und da hilft nur Publizität. Nur sie führt den Tätern das Risiko vor Augen, dem sie sich aussetzen. Zumal es fast immer Mitwisser gibt, die oft selber zu Opfern werden. Eine angebliche Krankenpflegerin, die Spritzen setzen soll, obwohl sie bisher nur mit Stricknadeln hantiert hat, bekommt früher oder später Skrupel.

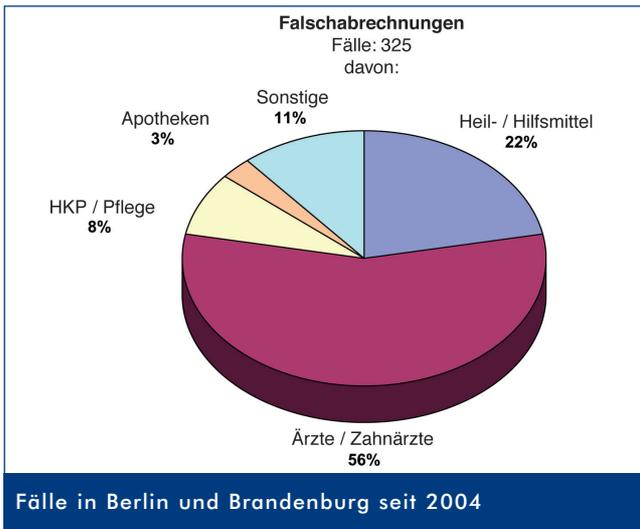


Strafzahlungen: 1,35 Mio. Euro davon:



Strafen in Berlin und Brandenburg seit 2004

Von den „Vertragspartnern“, die sich zu sicher fühlten, waren mehr als die



Hälfte Ärzte und Zahnärzte, über 20 % Heil- und Hilfsmittelerbringer.

Dies sind Zahlen, mit denen das Gesundheitswesen immer offener umgeht, denn je besser die Zusammenarbeit der Ersatzkassen in diesem Bereich klappt, desto größer der Erfolg. Nichts wäre für die Arbeit fataler als der Ruf, da wisse ja der eine vom anderen nichts – vor allem dann, wenn es stimmte.

„SCHWERE GESCHÜTZE SIND DIE ABSOLUTE AUSNAHME“

- ▼ Herr Redel, der Gesetzgeber beauftragt die Kassenseite im Sozialgesetzbuch „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ aufzudecken. Warum scheut er sich, Abrechnungsbetrug beim Namen zu nennen?
- ▲ Redel: Ich finde nicht, dass er sich davor scheut. Es geht nämlich um mehr als nur Betrug. Für den ist allein die Staatsanwaltschaft zuständig, aber unter „Fehlverhalten“ fällt noch einiges andere, von falschen Abrechnungen bis hin zu Vertragsverstößen. Ob dies versehentlich oder mit Vorsatz geschieht, sehen wir immer erst, wenn wir uns den Einzelfall ansehen. Häufig kommen wir dann an einen Punkt, an dem Abmahnungen oder Vertragsstrafen nicht mehr in Betracht kommen, sondern die Sache gleich an den Staatsanwalt gehen muss.
- ▼ Wie oft kommt das vor?
- ▲ Seit wir mit den Kassen den „Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation“ in Berlin und Brandenburg gestartet haben – der arbeitet seit fast zwei Jahren –, habe ich rund 160 Strafanzeigen auf dem Tisch gehabt. Nicht immer stellen wir sie selber. Manchmal bringt beispielsweise auch ein geprellter Vertragspartner den Stein ins Rollen.
- ▼ Es fällt auf, dass einerseits viele Anzeigen gestellt werden, andererseits aber relativ wenig Geld an die Kassen zurückfließt. Woran liegt das?
- ▲ Das hat mehrere Gründe: Im Fall der Ärzte und Zahnärzte sind meist nicht die Krankenkassen geschädigt, sondern formal die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Damit sind sie die Empfänger, obwohl es das Geld unserer Versicherten ist. Und in vielen Fällen ist es leider so, dass Verfahren wegen „Geringfügigkeit“ eingestellt werden. Das gibt dann höchstens eine kleine Geldstrafe – in die Staatskasse! Schwere Geschütze, wie der Entzug der Kassenzulassung, der Approbation oder gar eine Haftstrafe sind die absolute Ausnahme.
- ▼ In anderen Bereichen sind Sie erfolgreicher...?
- ▲ Durchaus, denn dort, wo wir selber Vertragspartner sind, haben wir auch die Möglichkeit, Vertragsstrafen festzusetzen, Schadenersatz zu fordern oder, wenn es ganz schlimm kommt, auch die Zulassung zu entziehen. Der Erfolg der letzten beiden Jahre beruht insbesondere darauf, dass Fälle aus allen Bereichen in Berlin und Brandenburg jetzt auf engstem Raum untersucht werden. Das heißt: Wir haben einen kurzen Draht zueinander und kein Kompetenzgerangel.

AUS DEM BLÄTTERWALD

+++ Standpunkte auf dem Berliner Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“ am 17. Mai 2006 zur direkten Arzneimittelwerbung verschreibungspflichtiger Medikamente: Während sich Volkswirtschaftsprofessor Günter Neubauer von der Universität der Bundeswehr in München dafür ausspricht, Information und Werbung aus allen Quellen ungehindert fließen zu lassen, sieht der hessische Mediziner Jürgen Bausch in der Industrierwerbung eine Gefahr: „Wenn chronisch Kranke mit ihrer Behandlung unzufrieden sind, dann sind sie sehr anfällig für Werbung und Fehlinformationen.“ Zur Werbung für frei verkäufliche Mittel: „Diese Leuteverdummung gehört schlicht verboten!“ +++

Quelle: Der Tagesspiegel

+++ Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe zur Verordnungspraxis der Ärzte: „Was die Verwendung von Generika angeht, sind wir Spitzenreiter in der Welt. Es ist längst allgemeiner Usus, das zu verordnen, was am günstigsten auf dem Markt ist. Aber man müsste die Arzneigläubigkeit, die in Deutschland sehr hoch ist, abbauen – bei Patienten wie bei Ärzten.“ +++

Quelle: Berliner Morgenpost

Die Masern werden laut Robert-Koch-Institut unterschätzt: Da die Krankheit aus dem öffentlichen Bewusstsein verschwunden sei, hielten es manche Eltern nicht für nötig, ihre Kinder zu impfen. 93,1 % der Sechsjährigen haben danach die Erstimpfung erhalten, die Rate der zweiten liegt aber nur bei 71,6 % – nötig seien aber 80 %.

Quelle: Berliner Zeitung

KURZ UND BÜNDIG

+++ Berliner Ersatzkassen fördern Selbsthilfekontaktstellen 2006 mit rund 106.000 € +++ Dies sind über 13.000 € mehr als im vergangenen Jahr +++

+++ Einen umfassenden Qualitätsvergleich der Berliner Krankenhäuser hat der „Tagesspiegel“ in einer zehnteiligen Serie veröffentlicht +++ Die Zeitung nimmt 44 Kliniken kritisch unter die Lupe +++ Die ausgewählten Therapiebereiche sind: Geburtshilfe, Brustkrebs-Chirurgie, Gynäkologi-

sche Operationen, Künstliches Kniegelenk, Oberschenkelhalsbruch, Rekonstruktion der Halsschlagader, Gallenblasenoperation, Herzkatheter und Herzschrittmacher-Implantation. +++

+++ Der Berliner Krankenhaus-Konzern Vivantes stellt am 1. Juli bis zu 50 neue Ärzte in seinen neun Kliniken ein +++ Dann gilt ein neues Arbeitszeitmodell, nach dem lt. Vivantes weniger – und besser bezahlte – Bereitschaftsdienste zu leisten seien +++

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Berlin des VdAK/AEV

Axel-Springer-Straße 44-47

10969 Berlin

Telefon: 0 30 / 25 37 74-0 · Telefax: 0 30 / 25 37 74-33

Verantwortlich: Karl-Heinz Resch · Redaktion: Sven Göran Mey