

psg Politik

Ausgabe 11 / 10.11.2005

Alle Texte dieser Ausgabe finden Sie auch im Internet: www.aok-presse.de

- Verwaltungsrat des AOK-Bundesverbandes konstituiert
**Hansen und Schösser zu neuen
Vorsitzenden gewählt** 2
- Rechtlicher Rahmen gefordert
**AOK warnt vor Geschäftemacherei
mit Patientenverfügungen** 4
- WIdO-Studie zu Packungsbeilagen bei Arzneimitteln
Schluss mit Hieroglyphen im Beipackzettel 7
- psg-Foto
Mehr Klarheit bei „Claram“ 9
- Erste Auswertung befundorientierter Zuschüsse
**Patienten zahlen für Zahnersatz
erheblich mehr aus eigener Tasche** 10
- psg-Grafik
Rechengrößen in der Sozialversicherung 2006 12
- Bericht der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Höhere Behandlungsqualität in Kliniken 13
- psg-Stichwort
**Klinik-Konsil der AOK hilft den Ärzten
bei der Krankenhaus-Suche** 15
- **Gesetzgebungskalender** 16
- **Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss** 21

psg in Kürze ...

- Bundesweites Mammographie-Screening gestartet
- Erste vergleichende Studie zu DMP
- BMGS-Verordnung zur elektronischen Gesundheitskarte 23

Verwaltungsrat des AOK-Bundesverbandes hat sich konstituiert

Hansen und Schösser zu neuen Vorsitzenden gewählt

10.11.05 (psg). Der Verwaltungsrat des AOK-Bundesverbandes hat in der ersten Sitzung der neuen Amtsperiode am 9. November in Bonn Fritz Schösser und Dr. Volker Hansen als alternierende Vorsitzende gewählt. Hansen hat nun bis Ende 2005 den Vorsitz des Selbstverwaltungsgremiums inne. Zum Jahreswechsel übernimmt Schösser turnusgemäß für ein Jahr lang die Funktion.

Schösser (58) ist Vorsitzender des DGB Bayern und für die Versicherten-seite alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Bayern; er gehört dem Verwaltungsrat des AOK-Bundesverbandes bereits seit 2003 ebenfalls als alternierender Vorsitzender an. Der 50-jährige Hansen vertritt im Verwaltungsrat die Interessen der Arbeitgeberkunden der AOK. Der promovierte Diplom-Volkswirt ist stellvertretender Abteilungsleiter bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Hansen folgt Gert Nachtigal nach, der von 1992 bis zum Ende der 9. Wahlperiode der Selbstverwaltung am 8. November Vorsitzender für die Arbeitgeberseite war.

Gesetzgeber soll die Selbstverwaltung stärken

Die alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden Hansen und Schösser erklärten auf der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates, die Selbstverwaltung habe bisher ihre Aufgaben immer dann erfolgreich gelöst, wenn der Gesetzgeber hierfür klare Rahmenbedingungen und Konfliktlösungsmechanismen vorgegeben habe. Sie plädierten dafür, die Selbstverwaltung in diesem Sinne zu stärken. Eine unmittelbare staatliche Reglementierung, etwa durch eine Regulierungsbehörde, wäre der falsche Weg.

Je 15 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber bilden den Verwaltungsrat, der somit paritätisch besetzt ist. Die Verwaltungsräte werden in den Sozialwahlen in den 17 AOKs gewählt, zuletzt in der Sozialwahl zum 1. Juni 2005. Sie sind alle ehrenamtlich tätig.

Der Verwaltungsrat jeder einzelnen Landes-AOK wählt aus seinen Reihen die Mitglieder des Verwaltungsrates des AOK-Bundesverbandes. Diese

bestimmen dann aus ihrem Kreis die alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden. Die Amtsperiode dauert sechs Jahre.

Der Verwaltungsrat des AOK-Bundesverbandes bestimmt die sozial- und unternehmenspolitische Ausrichtung der AOK und beschließt den Haushaltsplan des AOK-Bundesverbandes. Zudem wählt und kontrolliert das Gremium den hauptamtlichen Vorstand. Da das Gesetz maximal 30 Mitglieder für den Verwaltungsrat einer Krankenkasse oder eines Spitzenverbandes zulässt, die AOK-Gemeinschaft aber aus 17 AOKs besteht, sind die vier AOKs mit den jeweils niedrigsten Versichertenzahlen mit nur einem Sitz im Verwaltungsrat vertreten.

Weitere Infos zu den Aufgaben der Selbstverwaltung in der AOK-Gemeinschaft unter:
www.aok-bv.de/aok



Rechtlicher Rahmen für Patientenverfügung gefordert:

AOK warnt vor Geschäftemacherei mit der Angst der Patienten

10.11.05 (psg). Der AOK-Bundesverband spricht sich dafür aus, rasch gesetzlich verbindliche Rahmenbedingungen für Patientenverfügungen zu schaffen. Hintergrund ist nicht zuletzt das Geschäftsmodell der „Deutschen Verfügungszentrale AG“ (DVZ). Das Unternehmen behauptet, Gerichte und Krankenhäuser seien verpflichtet, in entsprechenden Situationen nachzufragen, ob der Patient in der firmeneigenen Datenbank eine Verfügung hinterlegt habe. Die AOK warnt davor, die Angst der Patienten geschäftlich auszunutzen. „Eine Patientenverfügung ist eine persönliche Entscheidung. Niemand ist verpflichtet, eine Patientenverfügung zu verfassen oder sich irgendwo registrieren zu lassen“, betont Heike Wöllenstein, Referentin für Verbraucherschutz beim AOK-Bundesverband.

Die von zwei Rechtsanwälten 2004 gegründete DVZ AG mit Hauptsitz in Dresden betreibt ein Register, in dem Privatpersonen unter anderem Patienten- und Betreuungsverfügungen oder Vorsorgevollmachten gegen Gebühr hinterlegen können. Das Unternehmen hat nach eigenen Angaben den deutschen Vormundschaftsgerichten und allen deutschen Krankenhäusern für den Bedarfsfall den kostenlosen Online-Zugang zu diesen Daten eingeräumt. „Daraus leitet die DVZ allerdings auch eine Recherchepflicht ab“, erläutert Heike Wöllenstein. Die Expertin für Verbraucherschutz beim AOK-Bundesverband stellt klar: „Eine solche Verpflichtung gibt es nicht. Kein Krankenhausarzt muss im Notfall die DVZ-Datenbank anklicken, ob sein Patient dort eine Verfügung hinterlegt hat.“ Dies hat auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) klargestellt. Ohne rechtliche Regelung, so die DKG, mache es keinen Sinn, dass jedes Krankenhaus verbindlich nachprüfe, ob eine Verfügung hinterlegt sei.

Verfügung besser Familie oder Freunden anvertrauen

„Die AOK setzt sich deshalb dafür ein, dass der Gesetzgeber möglichst bald einen rechtlichen Rahmen schafft. Solange es den noch nicht gibt, kann eine persönliche Patientenverfügung bei Familienangehörigen oder Freunden hinterlegt werden, die im Falle eines Falles im Krankenhaus vor Ort sind und direkt mit den behandelnden Ärzten sprechen“, empfiehlt Heike Wöllenstein. Aus Sicht der AOK ist die Behauptung der DVZ, dass eine Recherchepflicht bestehe, schon deshalb fragwürdig, weil es immer

auf den aktuellen Willen des Patienten ankommt. Selbst wenn der persönliche Wille jedes Jahr, spätestens aber alle zwei Jahre aktualisiert würde, kann es kurz vor Eintritt der Situation zu grundsätzlichen Abweichungen kommen. Bei dem Unternehmen aus Dresden kostet das Hinterlegen von zwei Verfügungen für die Dauer von fünf Jahren zurzeit zwischen 85 und 100 Euro. Eine Verlängerung um weitere fünf Jahre kostet laut Gebührenabrechnung auf der Website des Unternehmens noch einmal 50 Euro.

AOK gibt keine Behandlungsdaten weiter

Doch es ist nicht nur der geschäftliche Hintergrund, der beim AOK-Bundesverband Skepsis hervorruft. Um Krankenhäuser dazu zu bringen, grundsätzlich in der DVZ-Datenbank zu recherchieren, hat das Dresdner Unternehmen zuletzt die AOK und andere Krankenkassen aufgefordert, Fälle zu nennen, in denen Behandlungen gegen den Willen von Patienten erbracht wurden. Solche Behandlungen, so die DVZ, dürften ja laut Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen nicht bezahlt werden. Dazu Heike Wöllenstein: „Diese Fälle, die überdies sehr selten vorkommen werden, klären die Krankenkassen selbstverständlich nur mit den Betroffenen. Behandlungsdaten werden nicht an Außenstehende weitergegeben. Die AOK lässt sich nicht vor den Karren kommerzieller Interessen spannen. Um es noch einmal deutlich zu sagen: Die AOK arbeitet mit der DVZ AG nicht zusammen.“

Hintergrund: Patientenverfügung

Verliert ein Patient seine Entscheidungsfähigkeit, ist es wichtig, im Voraus dafür zu sorgen, dass seine Rechte und Wünsche bekannt sind, um das Selbstbestimmungsrecht zu wahren. Daher sollten Patienten mit ihren Angehörigen über ihre Vorstellungen zur Auswahl von Betreuungspersonen, Bevollmächtigten oder Art und Umfang ärztlicher Behandlungen sprechen oder die Wünsche schriftlich festhalten.

Wer eine Patientenverfügung abfassen möchte, sollte ein Beratungsgespräch suchen, etwa mit dem behandelnden Arzt, einem Juristen, Theologen oder auch einem Vertreter der Hospizbewegung. Wichtig ist, dass die Patientenverfügung – egal, ob handschriftlich oder per Computer verfasst – den aktuellen Willen wiedergibt. Sie sollte daher nicht älter als zwei Jahre sein und kann durch eine erneute Unterschrift aktualisiert werden. Heike Wöllenstein vom AOK-Bundesverband empfiehlt: „Stecken Sie in Ihre Brieftasche zum Personalausweis einen Hinweis, welches Datum die Patientenverfügung hat und wo das Original liegt.“ Es ist nicht nötig, eine Patientenverfügung beglaubigen zu lassen.

Vorsorgevollmacht als Alternative

Es ist auch möglich, eine Person des Vertrauens zu benennen, die handelt, wenn ein Mensch selbst keine Entscheidung mehr fällen kann. Wer eine Vorsorgevollmacht bekommt, handelt im Namen des Ausstellers und sollte deshalb dessen uneingeschränktes Vertrauen besitzen.

Die Vorsorgevollmacht sollte ebenfalls alle zwei Jahre durch eine neue Unterschrift aktualisiert werden. Auch mit einer Betreuungsverfügung können Menschen bestimmen, wer für sie handeln soll. Der Unterschied zur Vorsorgevollmacht: Das Vormundschaftsgericht bestellt und kontrolliert den Betreuer.

Weiterführende Informationen:

- AOK-Broschüre „Patientenverfügung – Vorsorgevollmacht – Betreuungsverfügung“. Zu beziehen über den AOK-Verlag (Kosten: 3,75 Euro zzgl. Versand): E-Mail: service@aok-verlag.de, Tel.: 01805 – 600 123
Postanschrift: AOK-Verlag GmbH, Lilienthalstr. 1–3, 53424 Remagen
- Kostenlose Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesjustizministeriums: Publikationenversand der Bundesregierung.
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock, Tel.: 01888 – 80 80 800,
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
- Grundsätzliches zum Umgang mit Patientenverfügungen sowie Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung: www.bundesärztekammer.de
- Christliche Patientenverfügung: Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD (PDF): www.dbk.de und www.ekd.de



WIdO-Studie zu Arzneimittel-Packungsbeilagen

Schluss mit Hieroglyphen im Beipackzettel

10.11.05 (psg). Arzneimittel-Beipackzettel sind oft nur mit der Lupe zu entziffern und dazu noch unverständlich geschrieben. Patienten werden durch solche verbraucherfeindlichen Packungsbeilagen erheblich verunsichert. Dies ist das Ergebnis einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), die der AOK-Bundesverband gemeinsam mit dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) veröffentlicht hat. „Die Zulassung eines Medikamentes sollte nur in Kombination mit einem verständlichen und lesbaren Beipackzettel möglich werden“, betont Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Verantwortlich für die häufig unbrauchbaren Beipackzettel sind nach Ansicht von AOK und vzbv sowohl die Pharma-Hersteller als auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als Zulassungsbehörde. „Die gesetzlichen Vorgaben zu Lesbarkeit und Verständlichkeit werden von den Pharmafirmen kaum umgesetzt und vom BfArM beim Zulassungsprozess des Medikamentes nicht konsequent eingefordert“, kritisiert AOK-Chef Ahrens. Die Zulassungsbehörde müsse daher künftig dafür sorgen, dass die eigenen Empfehlungen von den Arzneimittel-Produzenten auch eingehalten würden.

Denn Fachchinesisch hilft keinem weiter: „Allein die Menge an Fremdwörtern im Beipackzettel führt zu Unverständlichkeit und damit zur Verunsicherung der Patienten“, sagt Katrin Nink, Projektleiterin im WIdO und Mitautorin der Studie. Dabei sehen die Empfehlungen der Zulassungsbehörde beispielsweise vor, „die Informationen in einfacher, dem Durchschnittspatienten verständlicher Sprache abzufassen“ und Fachbegriffe ins Deutsche zu übersetzen.

Packungsbeilage mit Risiken und Nebenwirkungen

Unverständliche Packungsbeilagen können Folgen haben: Jedes Jahr sterben in Deutschland wissenschaftlichen Studien zufolge rund 57.000 Menschen aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Fast die Hälfte dieser Todesfälle wird als vermeidbar eingestuft. Häufige Ursachen sind eine falsche Dosierung, nicht berücksichtigte Allergien des Patienten oder Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Oft verunsichert ein

unverständlicher Beipackzettel die Patienten. Die Studie des WIdO hat im Rahmen einer repräsentativen Untersuchung ergeben: 30 Prozent der Befragten haben in den vergangenen zwölf Monaten ein Arzneimittel aufgrund des Beipackzettels abgesetzt oder erst gar nicht eingenommen. Zum gesundheitlichen Schaden kommt noch der wirtschaftliche Aspekt: Jedes Jahr wandern 100 Tonnen Arzneimittel im Wert von schätzungsweise 500 Millionen Euro auf den Müll, ein Viertel der Verpackungen ist nicht angebrochen.

Es geht auch anders

Das WIdO hat mit seiner Studie nicht nur die vorhandenen Beipackzettel analysiert und kritisiert, sondern auch eine Alternative präsentiert. Mit Hilfe von Informationsdesignern, professionellen Textern und medizinischen Experten wurde der Beipackzettel eines handelsüblichen Antibiotikums analysiert und unter dem Pseudonym „Clarum“ eine Alternative für eine lesbare und verständliche Packungsbeilage entwickelt. Das Ergebnis: Die Darstellung der Informationen wurde an den Bedürfnissen der Verbraucher ausgerichtet, der Text übersichtlicher gestaltet. Die Schriftgröße ist gewachsen, die Textmenge geschrumpft. Piktogramme und weitere grafische Elemente strukturieren die Inhalte und heben Warnhinweise hervor. „Damit haben wir gezeigt, dass lesbare, verständliche und für die Verbraucher nützliche Arzneimittelinformationen machbar sind“, betont Helmut Schröder, Forschungsbereichsleiter im WIdO und Mitautor der Studie.

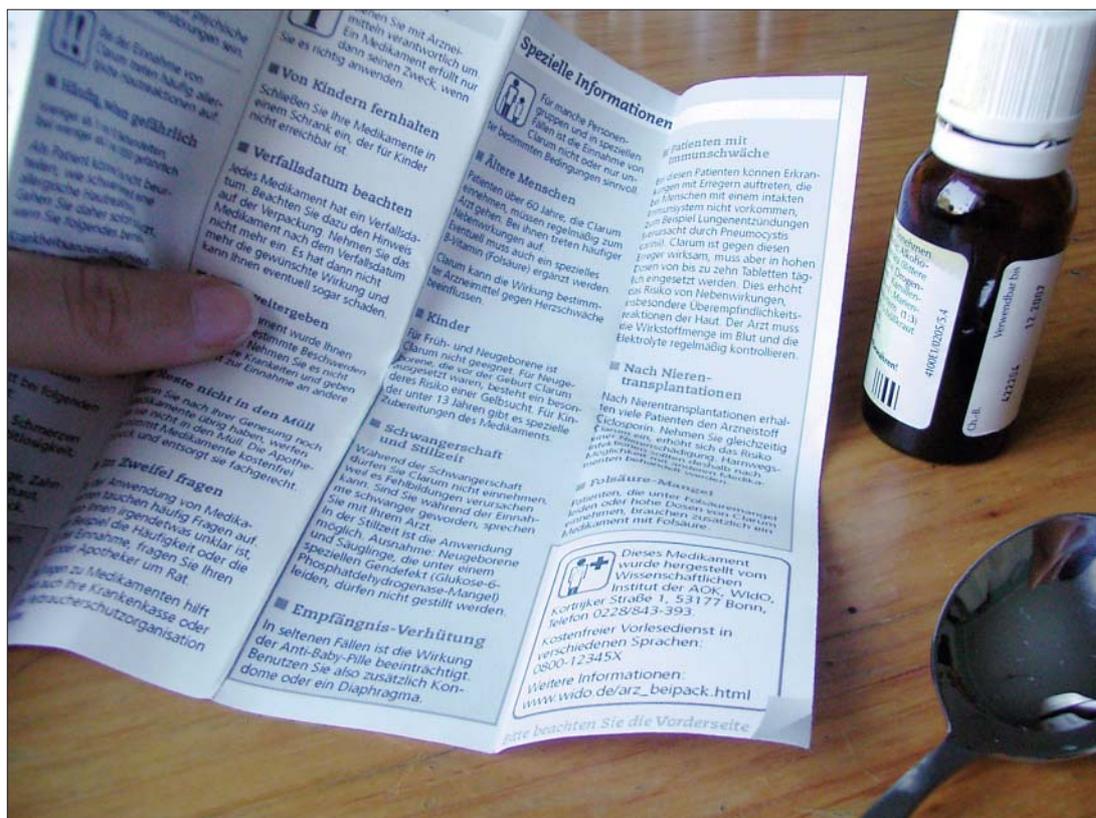
(om)

Mehr Informationen und die Pressematerialien zur Studie:
www.aok-bv.de/presse/veranstaltungen

Bestellinformationen und Kontakt zum WIdO:
http://wido.de/arz_packungsbeilage.html



Mehr Klarheit im „Clarus“-Beipackzettel



Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) hat den Beipackzettel des fiktiven Antibiotikums „Clarus“ entwickelt. Die Informationen aus der Packungsbeilage eines handelsüblichen Präparats wurden reduziert und die Struktur mittels Piktogrammen übersichtlicher gestaltet. Fazit: Verbraucherfreundliche Arzneimittelinformationen, die sowohl lesbar und verständlich sind als auch einen konkreten Nutzen für den Patienten haben, sind möglich.

Foto: AOK-Mediendienst

Dieses Foto können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden: www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Arzneimittel)

Befundorientierte Festzuschüsse

Zuzahlung beim Zahnersatz ist deutlich gestiegen

10.11.05 (psg). Seit Januar 2005 müssen Patienten für ihren Zahnersatz noch tiefer in die Tasche greifen. Denn mit Einführung der befundorientierten Festzuschüsse haben Zahnärzte per Gesetz die Möglichkeit bekommen, Leistungen, die über die gesetzliche Regelversorgung hinausgehen, nach der teureren privaten Gebührenordnung (GOZ) abzurechnen. Die Folge: Die durchschnittlichen Gesamtkosten je Behandlungsfall stiegen in diesem Jahr gegenüber 2004 um 13 Prozent. Das belegt eine Auswertung der AOK Bayern von 160.000 Heil- und Kostenplänen.

Der Trend ist deutlich: Immer mehr Heil- und Kostenpläne, die bei der AOK Bayern in den ersten drei Quartalen 2005 eingereicht wurden, gehen über die Regelversorgung hinaus. In 55 Prozent der Fälle wurden eine solche gleich- oder andersartige Versorgung geplant – 2004 war dies nur bei einem Drittel der Patienten der Fall. Gleich- oder andersartige Versorgungen liegen vor, wenn Leistungen über die Regelversorgung hinausgehen oder eine gänzlich andere Versorgungsform gewählt wird. Solche Leistungen muss der Patient privat bezahlen. Der Zahnarzt kann diesen Teil der Behandlung ganz oder teilweise über die private Gebührenordnung GOZ abrechnen und dann den maximal 3,5-fachen Steigerungsfaktor berechnen.

„Offensichtlich können viele Versicherte diese verlangten höheren Zuzahlungen nicht mehr leisten“, sagt Antonius Wienefoet, Referatsleiter Zahnmedizin beim AOK-Bundesverband. Die Erfahrungen der AOK Bayern zeigen: Immer mehr Patienten schieben die eigentlich nötige Behandlung mit Zahnersatz auf – viele der bei der Krankenkasse zunächst eingereichten Heil- und Kostenpläne werden nicht mehr durchgeführt. Die AOK befürchtet daher eine langfristige Verschlechterung der Zahngesundheit.

Gesetzliche Neuregelung gefordert

„Die gesetzlichen Vorgaben müssen daher rasch präzisiert werden. Auch diejenigen Leistungen, die zusätzlich zur Regelversorgung erbracht werden und medizinisch indiziert sind, sollten künftig nur nach der Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden dürfen“, fordert Wienefoet. Hier sei der Gesetzgeber im Zugzwang.

Eine andere wirksame Möglichkeit zur Entlastung der Patienten wäre,

dass die Kassen für ihre Versicherten direkt mit jedem einzelnen Zahnarzt auch Tarife für die Behandlung oberhalb der Regelleistungen vereinbaren können. Damit wären die Patienten in diesen Bereichen nicht mehr der Abrechnung überhöhter Preise nach der privatärztlichen Gebührenordnung ausgeliefert. „Gerade in diesem Bereich würden die Versicherten von dem Wettbewerb der Zahnärzte untereinander stark profitieren“, so Wienefoet.

Kassen müssen prüfen können

Doch schon vor einer solchen Neuregelung mit mehr Wettbewerb unter den Zahnärzten müsse kurzfristig etwas geschehen, erläutert Wienefoet. Denn nach einer von den Kassen kritisierten Entscheidung des Bundesschiedsamtes brauchen Zahnärzte in ihrem Heil- und Kostenplan die privat zu zahlenden Mehrleistungen nicht mehr exakt mit Angabe der Steigerungsfaktoren nach der privaten Gebührenordnung aufzuschlüsseln. Auch erfolgt die Rechnungslegung für alle erbrachten prothetischen Leistungen nur noch gegenüber den Versicherten direkt. Routinemäßige Prüfungen der Abrechnungen durch die Krankenkassen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können nicht mehr vorgenommen werden. Abrechnungsmanipulationen werden so erleichtert. „Dies kann nicht im Sinne einer wünschenswerten Transparenz der Leistungen sein“, betont Wienefoet. Die Krankenkassen zahlten Leistungen in Form von befundbezogenen Festzuschüssen ohne die Sicherheit, ob die behandlungsbedürftigen Zähne oder Zahnlücken tatsächlich versorgt worden seien. Wienefoet: „Bei einem Rechtsstreit mit dem Zahnarzt wegen einer fehlerhaften Abrechnung bleiben die Versicherten auf sich allein gestellt.“ Um ihnen aber auch in solchen Fällen Hilfestellungen bieten zu können, würden die detaillierten Rechnungen für eine substanzielle Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung von den Krankenkassen benötigt.

(om)

Die Auswertung der AOK Bayern: www.aok-presse.de



Rechengrößen in der Sozialversicherung für 2006



Die so genannten Rechengrößen in der Sozialversicherung werden im nächsten Jahr angehoben. Nach dem Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums, den die rot-grüne Bundesregierung in ihrer letzten Kabinettsitzung gebilligt hat, werden die Beitragsbemessungsgrenzen in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung steigen. Der Bundesrat muss der Verordnung noch zustimmen, damit sie in Kraft treten kann.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen/Grafiken)

Report der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung

Behandlungsqualität in den Kliniken hat sich verbessert

10.11.05 (psg). Die Qualität der Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern hat sich weiter verbessert. Dies ist das Ergebnis der Bundesauswertung der „externen stationären Qualitätssicherung 2004“, die am 8. November in Berlin vorgestellt wurde. „Nach einem weiteren Jahr der Qualitätssicherung haben sich konkrete und für die Patientenversorgung bedeutende Qualitätsverbesserungen ergeben“, so Prof. Michael-Jürgen Polonius vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA).

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) veröffentlicht mit dem BQS-Report alle zwei Jahre die Resultate der externen Qualitätssicherung. Auftraggeber des Reports ist der Gemeinsame Bundesausschuss. Mit der externen Qualitätssicherung wird untersucht, in welchem Umfang die Krankenhäuser wissenschaftlich festgelegte Qualitätsziele erreicht haben. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sind die Bemühungen der Kliniken um mehr Qualität in der medizinischen Versorgung zu begrüßen. „Der BQS-Report ist ein erster Schritt hin zu mehr Qualität im Krankenhaus. Auf Dauer kann jedoch eine anonymisierte Untersuchung nicht genug sein“, betont Johann-Magnus v. Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Mehr Transparenz für den Patienten sei künftig nötig, so der AOK-Vize weiter.

Um ihren Versicherten eine Entscheidungshilfe bei der Suche nach einer geeigneten Klinik zu geben, bietet die AOK im Internet (www.aok.de) den Krankenhaus-Navigator. Das Klinik-Konsil unterstützt die einweisenden Ärzte (siehe psg-Stichwort Seite 15).

Qualität ist messbar

Per Gesetz sind die rund 2.200 deutschen Krankenhäuser seit Anfang 2001 verpflichtet, Informationen zur Qualität in Medizin und Pflege zu dokumentieren und anonymisiert an zentrale Datenstellen zu übermitteln. Diese Daten aus den Bereichen Chirurgie, Orthopädie, Geburtshilfe, Kardiologie, Herzchirurgie und Pflege werden dann von der BQS analysiert und bewertet. Die Ergebnisse veröffentlicht sie im BQS-Qualitätsreport lediglich als standardisierte Durchschnittsdaten – Rückschlüsse auf das einzelne Krankenhaus sind daher nicht möglich. Es geht also in erster Linie um die Qualität in der Fläche.

Wettbewerb um gute Qualität

Die Krankenhäuser hingegen bekommen eine Auswertung ihrer Daten zurück. Arbeitsgruppen und die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) helfen dabei, die ermittelten Daten zu verstehen, richtig einzuordnen und für ihre Arbeit nutzbar zu machen. Ziel ist es, gemeinsam Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungen in der stationären Versorgung zu erarbeiten und umzusetzen.

Der BQS-Qualitätsreport liefert den Krankenhäusern aber nicht nur Impulse für ihr internes Qualitätsmanagement, sondern macht auch ein medizinisch-pflegerisches Benchmarking möglich. Damit können die stationären Einrichtungen die Qualität ihrer Leistungen mit der anderer Krankenhäuser in Deutschland vergleichen und eine Standortbestimmung des eigenen Unternehmens vornehmen.

(om)

psg-Stichwort: Klinik-Konsil

AOK hilft den Ärzten bei der Krankenhaus-Suche

Mit dem Klinik-Konsil auf ihrer Website für die Gesundheitspartner (www.aok-gesundheitspartner.de) bietet die AOK als erste Krankenkasse einweisenden und überweisenden Ärzten die Möglichkeit, nach einer geeigneten Klinik für ihre Patienten zu suchen. Das Klinik-Konsil basiert ebenso wie der AOK-Krankenhaus-Navigator für Versicherte zunächst auf Daten der AOK-Versicherten. Anhand der Abrechnungsfälle des Jahres 2004 zeigt das Klinik-Konsil, wie häufig eine bestimmte Leistung in den Krankenhäusern erbracht wird. Dabei kann man die Suche unter den bundesweit mehr als 2.000 Kliniken durch Entfernungsvorgaben eingrenzen.



Recherche nach Diagnosen und Leistungen

Die Recherche für Ärzte umfasst jeweils mehr als 1.000 Operationen- und Prozedurenkodes – darunter auch seltene Leistungen. So werden dem behandelnden Kinderarzt für eine anstehende Operation bei angeborenem Herzfehler die bundesweit 35 Kliniken angezeigt, die diesen Eingriff vornehmen. Ebenso detailliert kann er nach Diagnosen recherchieren. Die Leistungen der gefundenen Krankenhäuser werden in drei Häufigkeitsgruppen ausgewiesen und mit Informationen über Verweildauer und Durchschnittsalter der Patienten ergänzt.

Daneben stellt die AOK im Klinik-Konsil die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zur Verfügung. Die Struktur der Berichte, die in diesem Jahr erstmals vorgelegt werden mussten, ist zwar vorgegeben, lässt den Kliniken aber viel Raum zur Selbstdarstellung.

Ein Vergleich der Informationen von insgesamt 120.000 Seiten ist auch Fachleuten kaum möglich. Die AOK bereitet deshalb zurzeit die Daten der Qualitätsberichte so auf, dass sie miteinander vergleichbar werden. Das betrifft zum Beispiel die 30 wichtigsten Fallpauschalen-Gruppen. Im Gegensatz zu den Häufigkeitsklassen, die aus AOK-Fällen hochgerechnet werden, gehen in diesen Vergleich alle Fälle der häufigsten Leistungen des jeweiligen Krankenhauses ein. Diese Auswertungen werden den Ärztinnen und Ärzten voraussichtlich ab Ende November im Klinik-Konsil zur Verfügung stehen.

Das Klinik-Konsil im Internet unter: www.aok-gesundheitspartner.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Im psg Politik bietet der AOK-Mediendienst fortlaufend einen Überblick über ausgewählte gesundheitspolitische Vorhaben (Stand dieser Ausgabe: 9. November 2005). Diese und alle Stichworte älterer Ausgaben finden Sie im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Mit der Neuwahl des Bundestags am 18. September sind alle Gesetzentwürfe, die in der abgelaufenen Legislaturperiode nicht abgeschlossen worden waren, hinfällig. Sie müssen gegebenenfalls erneut ins Parlament eingebracht und beraten werden. Das sieht die Geschäftsordnung des Deutschen Bundestags vor (Prinzip der Diskontinuität). Die folgende Übersicht beinhaltet derzeit laufende und voraussichtlich neue Gesetzesvorhaben.

Aufhebung der Altersgrenzen in Gesundheitsfachberufen

Durch die vorgezogene Bundestagswahl ist es nicht mehr zu einer Aufhebung der Mindestaltersgrenze für Ausbildungsberufe gekommen. Ein erneuter Anlauf könnte anstehen, da die ursprüngliche Initiative im Januar 2005 vom Bundesrat ausgegangen war (Bundestags-Drucksache 15/4648). Ziel war es, die Altersvorgabe bei der Zulassung zur Ausbildung für Hebammen, Logopäden, Masseur und Physiotherapeuten zu streichen. Begründung: Da Bewerberinnen und Bewerber die Ausbildung erst mit 16 (Masseur), 17 (Hebammen und Physiotherapeuten) und 18 Jahren (Logopäden) beginnen dürfen, verlieren sie in der Regel ein volles Jahr. Denn die Schulen der Gesundheitsfachberufe beginnen in Anlehnung an die Schuljahresregelungen der Länder meist nur einmal jährlich mit neuen Lehrgängen. Im Altenpflege- und im Krankenpflegegesetz sind deshalb die Altersvorgaben bereits geändert worden.

Ausgleich für Arbeitgebereaufwendungen

Künftig sollen alle Unternehmen unabhängig von ihrer Größe in das Ausgleichsverfahren beim Mutterschaftsgeld einbezogen werden. Ebenso werden alle Krankenkassen daran beteiligt. Bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall soll der Ausgleich auf Betriebe mit bis zu 30 Arbeitnehmern beschränkt bleiben. Das sieht auf Antrag des Landes Sachsen ein Gesetzentwurf des Bundesrats vom 23. September vor (Bundesrats-Drucksache

676/05). Zugleich erhob die Länderkammer keine Einwände gegen einen ähnlich lautenden Gesetzentwurf, den die rot-grüne Bundesregierung noch vorgelegt hat (Bundesrats-Drucksache 614/05). Noch nicht entschieden ist, welcher der beiden Entwürfe im Bundestag beraten wird.

Disease-Management / 13. RSAV-Änderungsverordnung

Der Bundesrat hat der vom Bundesgesundheitsministerium (BMGS) vorgelegten 13. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV-Änderungsverordnung) am 4. November 2005 unter Vorbehalt zugestimmt. Die Länderkammer folgte damit den Empfehlungen ihres Gesundheitsausschusses, der Verordnung nach Maßgabe der von Baden-Württemberg eingebrachten Änderungen zuzustimmen. Es liegt nun beim Bundesministerium, ob die Verordnung in Kraft gesetzt wird. Mit der Verordnung will das BMGS Regelungen zur Verfahrensvereinfachung und Klarstellungen zur Prüfung der Versicherungszeiten von Teilnehmern der Disease-Management-Programme (DMP) vornehmen.

EU-Arbeitszeitrichtlinie / Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Auf der europäischen Ebene schwelt der Streit zwischen EU-Parlament, EU-Kommission und Ministerrat um die Neufassung der europäischen Arbeitszeitrichtlinie weiter. Entgegen seiner ursprünglichen Absicht ist es dem amtierenden EU-Ratsvorsitzenden, Großbritanniens Premierminister Tony Blair, auf dem Gipfeltreffen Ende Oktober im Schloss Hampton Court bei London nicht gelungen, eine Einigung über die Arbeitszeitrichtlinie und auch über die umstrittene Dienstleistungsrichtlinie herbeizuführen. Bei der Arbeitszeitrichtlinie dreht sich die Kontroverse vor allem um die künftige Regelung für Ausnahmen von der maximalen Wochenarbeitszeit von 48 Stunden. Diese so genannte Opt-out-Regelung soll nach den Vorstellungen des EU-Parlaments drei Jahre nach einem Inkrafttreten der neuen Richtlinie auslaufen. Die EU-Kommission hatte nun vorgeschlagen, die Regelung bis 2012 abzuschaffen. Das lehnen vor allem Großbritannien und Polen ab. Zweiter Streitpunkt ist die Frage, ob der Bereitschaftsdienst von Ärzten und anderen Arbeitnehmern grundsätzlich als Arbeitszeit zu werten ist. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat bereits in zwei Urteilen den Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit definiert. Diese Auffassung teilt das Europäische Parlament und schlägt als Kompromiss die Möglichkeit vor, inaktive Zeiten im Bereitschaftsdienst geringer zu bewerten. In Deutschland endet am 31. Dezember 2005 die

Übergangsfrist, die das aufgrund des EuGH-Urteils geänderte Arbeitszeitgesetz eingeräumt hat. Darin ist den Tarifvertragsparteien ein Zeitraum vom 1. Januar 2004 bis Ende 2005 eingeräumt worden, um bestehende Tarifverträge anzupassen. Hierzu zählt, dass Bereitschaftsdienst vom 1. Januar 2006 an als Arbeitszeit zu werten ist. Bei der genauen Ausgestaltung wird den Tarifvertragsparteien Spielraum eingeräumt.

Gendiagnostik-Gesetz

Der neugewählte Bundestag wird voraussichtlich der Gendiagnostik eine gesetzliche Grundlage geben. Die rot-grüne Bundesregierung hatte bereits im November 2004 erste Eckpunkte für eine gesetzliche Regelung vorgestellt, die den Bürger vor einer Diskriminierung durch eine unfreiwillige Gendiagnostik etwa vor Abschluss eines Versicherungsvertrags oder vor Einstellung in einem Unternehmen schützen sollte. Zu einem Gesetzentwurf kam es aber wegen der vorgezogenen Bundestagswahl nicht mehr. Ende Oktober sprachen sich die Datenschützer von Bund und Ländern auf ihrer gemeinsamen Konferenz für ein Gendiagnostik-Gesetz aus, da „die Vertraulichkeit der Gesundheitsdaten und die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten verloren zu gehen“ drohten. Am 16. August 2005 hatte der Nationale Ethikrat seine Stellungnahme „Prädikative Gesundheitsinformationen bei Einstellungsuntersuchungen“ vorgelegt. Danach soll es Arbeitgebern nur in Ausnahmefällen gestattet werden, von Bewerbern Gentests zu verlangen. Tests über zu erwartende Krankheiten sollten nur erlaubt werden, wenn dadurch Risiken für Dritte ausgeschlossen werden könnten. Als Beispiel führt der Ethikrat die Einstellung von Piloten an. Zwar sei es legitim, dass ein Arbeitgeber bei der Einstellung eines Bewerbers berücksichtigen wolle, ob dieser für die vorgesehene Tätigkeit körperlich, geistig und gesundheitlich geeignet sei. Aber die Verwertung von Prognosen über künftige Krankheiten will der Ethikrat begrenzen. Solche Aussagen sollten sich nur auf Krankheiten und Krankheitsanlagen beziehen, die sich mit einer Wahrscheinlichkeit von über 50 Prozent „innerhalb eines gesetzlich oder tarifvertraglich zu definierenden Zeitraums nach der Einstellung“ auf die angestrebte Tätigkeit auswirken könnten. Als mögliche Zeiträume nennt der Ethikrat für Arbeitnehmer „die übliche sechsmonatige Probezeit“, bei anstehenden Verbeamtungen aber eine Frist von fünf Jahren. Diese Unterscheidung begründet das Gremium mit der „Fürsorge und damit auch Versorgungspflicht“ des Staates gegenüber den Beamten.

Die Empfehlung des Nationalen Ethikrats:
www.ethikrat.org/stellungnahmen/stellungnahmen.html



Patientenverfügung

Wegen der vorgezogenen Bundestagswahl war es in der vergangenen Legislaturperiode nicht mehr zu einer gesetzlichen Regelung von Inhalt und Verbindlichkeit einer Patientenverfügung gekommen. Daher hat Bundespräsident Horst Köhler Anfang Oktober eine klare gesetzliche Vorgabe auf Basis eines „breiten gesellschaftlichen Konsenses“ angemahnt. Anfang 2005 hatte die rot-grüne Bundesregierung bereits einen Gesetzentwurf auf den Weg bringen wollen, das Vorhaben dann aber aufgrund heftiger Kritik zurückgezogen. Der Nationale Ethikrat sprach sich am 2. Juni dafür aus, die rechtliche Verbindlichkeit von Patientenverfügungen zu stärken. Sie sollten jederzeit widerrufbar sein, und es sollte keine Rolle spielen, wann die Verfügung abgefasst wurde. Nach den Vorstellungen der Deutschen Hospiz Stiftung vom 16. Juni muss eine Patientenverfügung schriftlich vorliegen; sie darf nur nach einer Beratung verfasst und nicht älter als zwei Jahre sein. Wenn sie hinreichend auf die konkrete Krankheitssituation zutrifft, soll sie auch vor dem Sterbeprozess verbindlich sein. Die Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Bundestags hatte in der vergangenen Legislaturperiode in ihrem Zwischenbericht für einen vorsichtigen Umgang mit Patientenverfügungen plädiert. Sie seien nur „ein Mittel – und auch nicht das wichtigste –, um die Bedingungen des Sterbens in unserer Gesellschaft humaner zu gestalten“.

Mehr Informationen über den Bericht der Enquetekommission:
www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik_med
 Die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats finden Sie unter:
www.ethikrat.org/stellungnahmen/stellungnahmen.html



Pflegeversicherung

Eine Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung steht in jedem Fall an. Wie diese Reform aussehen wird, ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen CDU, CSU und SPD über die Bildung einer Großen Koalition. Hintergrund ist, dass die Finanzreserven der Pflegekassen noch bis etwa 2008 ausreichen werden, um den Beitragssatz bei den 1995 festgesetzten 1,7 Prozent des Bruttomonatseinkommens zu stabilisieren. Unterschiedliche Vorstellungen bestehen zwischen den Parteien, in welche Richtung die Pflegeversicherung entwickelt werden soll: vom Umstieg auf ein rein kapitalgedecktes System bis hin zur Weiterentwicklung in eine Bürgerversicherung mit Umlageverfahren.

Mehr Infos zur Pflege und zu den verschiedenen Reformvorstellungen unter:
www.aok-bv.de/gesundheit/pflege/index.html



Präventionsgesetz

Einen erneuten Anlauf wird es beim Präventionsgesetz geben. Darauf haben sich die künftigen Regierungsparteien grundsätzlich verständigt. Ein Gesetzentwurf der rot-grünen Bundesregierung war im Sommer gescheitert, weil es durch die vorgezogene Bundestagswahl nicht mehr zur Kompromissuche im Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat gekommen war. Zugleich bestand aber parteiübergreifend Einigkeit darin, Prävention im Gesundheitswesen als „vierte Säule“ neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege auszubauen. Hauptkritikpunkte am rot-grünen Entwurf waren eine Überregulierung und die Finanzierung. Die vorgesehenen Regelungen hätten aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen dazu geführt, dass Beitragsgelder für Aufgaben zweckentfremdet worden wären, für die Länder und Kommunen zuständig sind.

Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Von seinen Beschlüssen sind alle Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen. Denn der GBA entscheidet unter anderem, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Der AOK-Mediendienst informiert regelmäßig über wichtige Entscheidungen des GBA:

Liste verordnungsfähiger OTC-Mittel erweitert

Patienten in der Nachsorge-Behandlung eines Herzinfarktes bekommen weiterhin das eigentlich rezeptfreie Blutverdünnungsmittel Acetylsalicylsäure (ASS) auf Kosten der Krankenkasse verschrieben. Zu dieser bereits seit März 2004 gültigen Ausnahmeregelung kommen jetzt weitere hinzu. So können Patienten künftig auch ein eigentlich rezeptfreies Arzneimittel (etwa ein Abführmittel) auf Rezept bekommen, wenn damit schwerwiegende Nebenwirkungen behandelt werden, die durch ein anderes verschriebenes Hauptmedikament (etwa ein Opioid in der Schmerztherapie) ausgelöst wurden. Dies hat der GBA mit seiner aktuellen, dritten Erweiterung der Liste rezeptfreier Medikamente (OTC-Mittel – over the counter) beschlossen, die in Ausnahmefällen von der Kasse weiterhin erstattet werden können. Hintergrund: Seit Januar 2004 übernehmen die gesetzlichen Kassen grundsätzlich nicht mehr die Kosten für verschreibungsfreie Medikamente. Der GBA hat im Auftrag des Gesundheitsministeriums eine Liste erstellt, bei denen aus medizinischen Gründen von dieser Regelung abgewichen werden kann. Der aktuelle GBA-Beschluss vom Oktober tritt erst in Kraft, wenn das Bundesgesundheitsministerium von seinem Beanstandungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.

Qualitätsmanagement in der Praxis

Die ärztliche Behandlung soll mit Hilfe eines internen Qualitätsmanagements in der Praxis weiter verbessert werden. Der GBA hat die grundsätzlichen Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement jetzt verbindlich geregelt. Gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) V sind Ärzte und Psychotherapeuten seit Januar 2004 verpflichtet, in der vertragsärztlichen Versorgung ein internes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen. Die GBA-

Richtlinie definiert verschiedene QM-Grundelemente wie Patientenorientierung oder die Strukturierung von Behandlungsabläufen, lässt dem einzelnen Arzt aber auch einen eigenen Gestaltungsspielraum. Als Instrumente für ein Qualitätsmanagement beschreibt die Richtlinie die Festlegung von Qualitätszielen und deren regelmäßige Überprüfung sowie Beschwerdemanagement und Patientenbefragungen. Eine Zertifizierung ist nicht vorgesehen, die Bewertung der QM-Einführung und ihrer Weiterentwicklung unterliegen zunächst den Kassenärztlichen Vereinigungen. Grundsätzlich haben die Ärzte zur QM-Installation bis 2009 Zeit. Der GBA wird dann den Status quo der Verbreitung sowie die Wirksamkeit des QM im Hinblick auf die Versorgung der Patienten bewerten. Anschließend soll über Sanktionen für jene Ärzte entschieden werden, die das QM nicht oder nur unzureichend eingeführt haben.

Sozialgericht bestätigt Ausschluss der Protonentherapie

Die Behandlung von Brust- und Riechhirnkrebs mittels der Protonen-Bestrahlung bleibt aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Das Sozialgericht Köln bestätigte mit einem Urteil vom 19. Oktober diese Entscheidung des GBA und hob die Beanstandungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMGS) auf. Der GBA hatte im vergangenen Jahr den Ausschluss vor allem damit begründet, dass es keine hinreichenden wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit dieser Therapie gebe. Das BMGS hatte die Entscheidung nicht bestätigt, sondern beanstandet, dass der GBA den fehlenden Nutzen der Methode nicht nachgewiesen habe. Dagegen hatte der GBA beim Sozialgericht Klage eingereicht.

Tumorthherapie mit Laser ohne therapeutischen Nutzen

Der GBA hat die Laserinduzierte Interstitielle Thermotheapie (LITT) nicht als neue ambulante Behandlungsmethode anerkannt. Sie wird daher nicht in den Leistungskatalog aufgenommen und darf von den Krankenkassen nicht bezahlt werden. Nach Auswertung der wissenschaftlichen Untersuchungen kam der GBA zu dem Ergebnis, dass der therapeutische Nutzen nicht belegt sei und darüber hinaus erhebliche Risiken für die Patienten bestünden. Die LITT wurde bisher vorwiegend bei Lebertumoren erprobt. Dabei sollen die Tumore durch einen Laserstrahl direkt vor Ort durch Hitze zerstört werden. Der GBA-Beschluss wird erst mit der Bestätigung durch das BMGS rechtskräftig.

Mehr Informationen zum Gemeinsamen Bundesausschuss unter:
www.g-ba.de



psg in Kürze ...

Bundesweite Brustkrebs-Früherkennung gestartet

10.11.05 (psg). Ende Oktober hat die flächendeckende Einführung des Mammographie-Screenings begonnen. Das Programm richtet sich an Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, eine Altersgruppe, die besonders von Brustkrebs betroffen ist. Frauen in diesem Alter haben jetzt alle zwei Jahre das Recht auf eine Früherkennungs-Untersuchung. Ziel der Reihenuntersuchung ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit. Die Früherkennung könnte nach Ansicht von Experten jährlich mehr als 3.000 Frauen das Leben retten.

Mehr Infos über das bundesweite Screening-Programm:
www.ein-teil-von-mir.de



Erste vergleichende Studie zu DMP

10.11.05 (psg). Werden chronisch Kranke, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen, medizinisch besser versorgt als Patienten, die sich nicht in ein DMP eingeschrieben haben? Dieser Frage geht jetzt erstmals eine repräsentative Studie nach. Die AOK wertet gemeinsam mit der Universität Heidelberg seit September die Daten von über 3.000 Diabetes-Patienten aus, die in etwa 100 Arztpraxen in Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt behandelt werden. Erste Ergebnisse der Untersuchung werden Ende 2007 vorliegen.

Ministerium erlässt Verordnung zur e-Gesundheitskarte

10.11.05 (psg). Das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) hat der Selbstverwaltung Vorgaben für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemacht. In der Verordnung, die das Ministerium im Rahmen der Ersatzvornahme erlassen hat und die am 3. November in Kraft getreten ist, werden Umfang und Abfolge der Tests sowie das Auswahlverfahren für die Testregionen geregelt. Getestet werden insbesondere die elektronische Gesundheitskarte, der elektronische Heilberufsausweis, Kartenlesegeräte und Komponenten der Netzwerkstruktur. Der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) war es zuvor nicht gelungen, sich auf die Kriterien zu einigen.

Dialog-Fax: 0228/849 00 - 20
Telefon: 0228/849 00 - 29



Redaktion
AOK-Mediendienst
Presseservice Gesundheit
Kortrijker Straße 1

53177 Bonn

Name:
Redaktion:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Adressenänderung Bitte senden Sie den psg Politik künftig an folgende Adresse:

Name:
Redaktion:
Straße:
PLZ/Ort:
Tel./Fax:

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den psg Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des psg:

Bitte schicken Sie mir den psg Ratgeber **per Post** an die oben angegebene Adresse.

Bitte schicken Sie mir den psg Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den psg Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen: