

Ausgabe 4 | Juli 2015

Gesundheitspolitik

„Choosing Wisely“ – ein Modell für Deutschland? 1

Forschung und Medizin

Früherkennungsuntersuchungen auf Lungenkrebs 1

Individualisierung der Strahlentherapie bei Brustkrebs 2

Urinprobe zur Brustkrebs-Diagnostik 2

Brennpunkt VSG

Versorgungsstärkungsgesetz: Kritik der KBV 2

Das Versorgungsstärkungsgesetz in Kürze 3

GESUNDHEITSPOLITIK

„Choosing Wisely“ – ein Modell für Deutschland?

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat auf einer Pressekongress in Berlin die Zielsetzung ihrer Initiative „Klug entscheiden“ vorgestellt. Ausgangspunkt für dieses Projekt ist das Forum „Choosing Wisely“ aus den USA. Dieses verfolgt die Zielsetzung, in Zusammenarbeit mit den nationalen Fachgesellschaften Listen über medizinische Maßnahmen zusammenzustellen, bei denen eine Überversorgung stattfindet. Allerdings lasse sich „Choosing Wisely“ nach Ansicht der DGIM nicht uneingeschränkt auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen. Der DGIM geht es dabei ausdrücklich nicht um Empfehlungen zu Rationalisierungsmaßnahmen in der Krankenversorgung, sondern in erster Linie darum, einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu leisten. Medizinische Leitlinien bieten eine Vielzahl hilfreicher Handlungsempfehlungen für einzelne Indikationen, andererseits finden sich in den Leitlinien jedoch kaum Hinweise, welche Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden unterlassen werden sollen. Auf diese Weise komme es zu einer Überversorgung, die nach Meinung der DGIM auch zu einer Fehlversorgung führen kann. Kurzfristige Zielsetzung der DGIM ist es jetzt, bis zum Herbst

2015 für alle internistischen Schwerpunktgebiete Kataloge zu erstellen, in denen die „Klug entscheiden – Empfehlungen“ für Deutschland festgelegt werden. Dabei sollen aus jedem internistischen Schwerpunkt fünf positive und fünf negative Entscheidungen benannt werden. Nach Ansicht der DGIM würde eine Positiv-Entscheidung bedeuten, dass ein diagnostisches oder therapeutisches Verfahren einen nachgewiesenen Nutzen hat, aber in vielen Fällen nicht angewandt wird. Eine Negativ-Entscheidung käme dann in Betracht, wenn die Diagnose oder Therapie häufig angewandt wird, obwohl in wissenschaftlichen Studien kein erkennbarer Zusatznutzen nachgewiesen werden konnte. Bisher fehlen jedoch noch klare methodische Vorgaben (Evidenzbasierung, Konsensverfahren, Einbeziehung von Patientenvertretern).

Parallel zu den Diskussionen in den Fachgesellschaften sollen die Internisten nach besonders häufig vorkommenden Verfahren und den Gründen für ihren Einsatz befragt werden. Dabei soll auch geklärt werden, ob dies durch Zeitdruck, aus einer angenommenen Erwartungshaltung der Patienten oder aus finanziellen Gründen erfolgt. Bisher ist vorgesehen, die Empfehlungen bis Ende des Jahres Ärzten und Patienten zur Verfügung zu stellen. Danach sollen die Empfehlungen im Turnus von zwei Jahren kritisch überprüft werden und mit neueren Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien abgeglichen werden.

Zehn typische Beispiele für Überversorgung

1. Gabe von Klasse-I-Antiarrhythmika bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit
2. Bildgebung in den ersten 6 Wochen bei Kreuzschmerzen
3. Gabe von Antibiotika bei akuter Bronchitis
4. Implantation eines internen Defibrillators bei einer Lebenserwartung des Patienten von unter einem Jahr

5. Gabe von Protonenpumpenhemmern bei nicht ulzeröser Dyspepsie und prophylaktisch zum „Magen-schutz“ bei Nicht-Risikopatienten
6. Serologische Tests, etwa auf Borrelien oder Chlamydien, bei unspezifischer Symptomatik
7. Zielgerichtete Krebstherapien ohne vorherigen Gentest mit Nachweis der Mutation, gegen die sich die Therapie richtet. Gleichzeitig besteht hier eine Unterversorgung in den Gentests
8. Gabe von Antibiotika bei asymptomatischer Bakteriurie
9. Systematische Kontrollangiographie nach Koronarintervention
10. „Vorsorge“-Koloskopien in kürzeren Intervallen als 10 Jahren bei Patienten ohne erhöhtes Risiko.

FORSCHUNG UND MEDIZIN

Früherkennungsuntersuchungen auf Lungenkrebs

Eine große Studie aus den Vereinigten Staaten belegt einen deutlichen Rückgang der Mortalität bei Lungenkrebs als Resultat von Screening Untersuchungen. Aufgrund der bisherigen Daten empfehlen daher die Europäische Gesellschaft für Radiologie und die Europäische Gesellschaft für Atemwegserkrankungen, wie ein Screening-Programm für die CT der Lunge mit niedriger Strahlendosis, Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Screening sowie ein begleitendes Entwöhnungsprogramm für Raucher gestaltet werden sollten. Das sogenannte White Paper der Fachgesellschaften empfiehlt dieses Screening nur für Personen mit einem erhöhten Lungenkrebsrisiko (Raucher und beruflich mit bestimmten Schadstoffen exponierte Personen). Die Fachgesellschaften empfehlen zunächst ein auf europäischer Ebene angelegtes Lungenkrebsregister sowie eine Bilddatenbank. In diesem Zu-

sammenhang weist der Erstautor der Übersicht von Handlungsempfehlungen zur Früherkennung, Prof. Dr. Hans-Ulrich Kauczor, Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Heidelberg, darauf hin, dass 18 Prozent aller krebserkrankten Todesfälle durch Lungenkrebs verursacht sind. Sein Appell an die Politik: Jetzt einen Rahmen zu schaffen, in dem qualitativ hochwertige Programme zu implementieren sind. Hierzu sollte der Nutzen für die Bevölkerung und Patienten mit validierten Dokumentationssystemen weiter untersucht werden.

Individualisierung der Strahlentherapie bei Brustkrebs

In den meisten Fällen ist nach Brustkrebsoperationen eine Strahlentherapie erforderlich, bei der früher für eine Dauer von fünf bis sechs Wochen die gesamte Brust bestrahlt wurde. Neue verbesserte Verfahren ermöglichen seit einigen Jahren eine Verkürzung der Behandlungsdauer auf vier bis fünf Wochen. Nach Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) stehen aktuell zwei Verfahren zur Verfügung: der simultan-integrierte Boost (SIB) bzw. die so genannte Hypofraktionierung. Beim SIB wird die zusätzliche Bestrahlung des Operationsareals, die bei früheren Bestrahlungen erst am Ende der Therapie der ganzen Brust durchgeführt wurde, bereits auf die einzelnen Termine bei der Strahlenbehandlung der gesamten Brust verteilt. Moderne Bestrahlungs- und Planungstechniken sind dabei für die SIB eine unabdingbare Voraussetzung.

Bei der Hypofraktionierung erfolgt die Bestrahlung jeweils mit einer etwas höheren Dosierung pro Tag und der Boost wird danach bestrahlt. Dabei ist die hypofraktionierte Bestrahlung nach Meinung der Experten zur Anwendung bei älteren Patienten mit einer günstigen Prognose zu bevorzugen. Durch die neuen Verfahren kann die Dauer der Behandlung auf vier bis fünf Wochen reduziert werden. Gegenwärtig berücksichtigen die Radioonkologen noch stärker als bisher Art, Lage und Größe des Karzinoms und gleichzeitig den Allgemeinzustand, Belastbarkeit und Alter der Patientin. Danach wird auf Basis einer CT-Aufnahme der Brust ein detailliertes Behandlungsprotokoll erstellt

Kongresstermine 2015

Munich Sports Imaging Course
16. – 17. Oktober 2015

GE Global Research Center in Garching

8. Radiologie-Kongress Ruhr
29. – 31. Oktober 2015

RuhrCongress BO in Bochum

101. RSNA-Kongress
29. November - 04. Dezember 2015
McCormick Place in Chicago (USA)

und auf dieser Basis eine optimale Dosisverteilung ermittelt.

Da sich ein postoperatives Rezidiv meist am Ort des ursprünglichen Tumors entwickelt, werden nach den gegenwärtigen Konzepten nur noch bestimmte Areale der Brust bestrahlt. Hierdurch wird auch die Strahlenbelastung für das gesunde Gewebe insgesamt reduziert. Die „Accelerated Partial Breast Irradiation (APBI)“ – also die beschleunigte Teilbrustbestrahlung, wird bei einigen Patientinnen auch schon während der Operation durchgeführt. Bisher ausgewertete klinische Studien geben Hinweise dafür, dass insbesondere Patientinnen über 70 Jahre mit einem kleinen Tumor durch diese Behandlung einen Zusatznutzen haben können. Mit der neuen Bestrahlungsstrategie erhalten die Patientinnen bei der Hypofraktionierung und Konzentration auf das Tumoreal höhere Einzeldosen bei gleichzeitig reduzierter Gesamtdosis. Durch diese Technik kann die Behandlungszeit bei gleichen Heilungschancen auf drei bis vier Wochen verkürzt werden.

Urinprobe zur Brustkrebs-Diagnostik

Vor 20 Jahren wurden Mikro-RNA Moleküle erstmals beschrieben, und seit 2001 weiß man, dass sie einen erheblichen Einfluss auf den Stoffwechsel haben. Dabei legen sie als Steuergene und Transkriptionsfaktoren fest, wie die Genexpression in den Zellen gesteuert wird. Im Vergleich zu normalen Körperzellen werden jedoch in Tumorzellen andere Mikro-RNAs gebildet oder liegen in anderer Konzentration vor. Eine Forschungsgruppe der Klinik für Frauenheilkunde der Universität Freiburg versuchte in den letzten Jahren herauszufinden,

welche Mikro-RNAs nur in Tumorzellen gebildet werden und in welcher Konzentration sie vorliegen.

Dabei ermittelten die Wissenschaftler vier Mikro-RNAs, die ein anderes Verteilungsmuster im Urin von Brustkrebspatientinnen gegenüber gesunden Personen aufweisen. In einer Pilotstudie an 24 gesunden Probandinnen und 24 Patientinnen mit einem Mammakarzinom in verschiedenen Tumorstadien konnten die Forscher durch das Mikro-RNA-Profil im Urin der Testpersonen nachweisen, ob sie einen Brustkrebs entwickelt hatten oder gesund waren. Die Ergebnisse dieser ersten Untersuchung waren insofern ermutigend, weil ein Brustkrebs mit einer Spezifität von 91 Prozent nachgewiesen werden konnte. Der inzwischen zum Patent angemeldete Test, für den nur einige Milliliter Urin benötigt werden, konnte ein Mammakarzinom ohne weitere Entnahme von Blut oder Biopsiematerial diagnostizieren. Natürlich kann man in diesem frühen Stadium noch keine Prognose über den künftigen Stellenwert bei der Früherkennung von Brustkrebs voraussagen.

Zunächst müssten die bisher ermutigenden Ergebnisse an einer größeren Zahl von Teilnehmerinnen reproduziert werden. Schließlich müsste der Test von Brustkrebspatientinnen im frühen Stadium der Erkrankung validiert werden. Er wäre auch besonders geeignet, kontinuierliche Messungen durchzuführen, um beispielsweise die Kontrolle eines Therapieerfolgs bei der Behandlung des Mammakarzinoms zu erfassen.

BRENNPUNKT VSG

Versorgungsstärkungsgesetz: Kritik der KBV

Das am 11. Juni 2015 im Bundestag verabschiedete GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung kritisch. Dies betrifft den Ankauf von Arztpraxen oder die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sowie die im Gesetz geplanten Terminalservicestellen. Nach Meinung von Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sei dies ein rein populistisches Instrument der Politik. Von der Politik werde offenbar nicht

zur Kenntnis genommen, dass Deutschland im internationalen Vergleich bei kurzen Wartezeiten einen Spitzenplatz einnehme. Zudem hätte die Auswertung des Commonwealth Fund gezeigt, dass Deutschland beim Zugang zu allen medizinischen Leistungen sowie bei den Wartezeiten in führender Position läge. Im Hinblick auf die Praxisaufkäufe in übersorgten Gebieten sei zu begrüßen, dass die Grenze bei Aufkaufregelung jetzt auf 140 Prozent angehoben wurde; die Zahl 140 Prozent sei aber genauso falsch wie die früheren 110 Prozent. Als ebenfalls kritisch sieht Gassen die Öffnung der Hochschulambulanzen für die ambulante ärztliche Versorgung. Hierdurch werden die ambulante und die bewährte fachärztliche Versorgung gefährdet. Dabei sei besonders kritisch, dass Patienten die Ambulanzen auch ohne Überweisung aufsuchen könnten. Die von der Politik geforderte Bereinigung der fachärztlichen Vergütung in Richtung der Hochschulambulanzen werde demnach den Fachärzten dringend benötigte Finanzmittel entziehen.

Das Versorgungsstärkungsgesetz in Kürze:

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Für onkologische und rheumatologische Erkrankungen entfällt die Einschränkung, wonach die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nur für schwere Verlaufsformen möglich ist. Bei anderen Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Multiple Sklerose sollen weiterhin ausschließlich Patienten mit schweren Verlaufsformen in der ASV behandelt werden. Neu ist außerdem, dass nur öffentlich-rechtliche Stellen wie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnung von ASV-Leistungen übernehmen dürfen. Ferner wurde festgelegt, dass der Bestandsschutz für Alt-Verträge der Krankenhäuser spätestens drei Jahre nach Start einer neuen ASV-Indikation endet. Bislang waren es zwei Jahre.

Ärztliche Selbstverwaltung

In der Vertreterversammlung der KBV sollen künftig über hausärztliche Belange nur die Vertreter der Hausärzte, über fachärztliche Belange nur die Vertreter der Fachärzte abstim-

men. Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen so zu gewichten, dass insgesamt in der Vertreterversammlung eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte besteht. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen wird es diese Regelung nicht geben.

Aufkauf von Arztstühlen

Die Regelung zum Aufkauf von Arztstühlen in Regionen mit Zulassungsbeschränkungen wird mit dem neuen Gesetz verschärft: Die Zulassungsausschüsse sollen (bisher „können“) Anträge von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten auf Nachbesetzung ihres Sitzes ablehnen, wenn eine Fortführung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Dies geht allerdings nur in Regionen, in denen 40 Prozent mehr Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten zugelassen sind als rechnerisch erforderlich, also ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent.

Darf ein Arzt oder Psychotherapeut seinen Sitz nicht weitergeben, muss die Kassenärztliche Vereinigung die Praxis aufkaufen. Für die Aufkaufregelung sind Ausnahmen vorgesehen. So muss der Zulassungsausschuss den Antrag eines Arztes oder Psychotherapeuten auf Nachbesetzung genehmigen, wenn der Bewerber sein Ehegatte, Lebenspartner oder Kind ist. Die Politik erhofft sich von der Regelung, dass sich mehr Ärzte in schlechter versorgten Gebieten niederlassen.

Bedarfsplanung

Die 2013 geänderte Bedarfsplanung soll weiterentwickelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird unter anderem beauftragt, bis Ende 2016 die Verhältniszahlen neu festzulegen. Diese geben vor, wie viele Ärzte einer Fachgruppe für wie viele Einwohner zur Verfügung stehen sollen. Bei der Anpassung der Zahlen sollen insbesondere die demografische Entwicklung sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung berücksichtigt werden.

Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMP) sollen ausgebaut werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird

beauftragt, bis Ende 2016 für weitere geeignete chronische Krankheiten, insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen, neue strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln.

Entlassungsmanagement

Die Krankenhäuser werden verpflichtet, Patienten eine vor- beziehungsweise nachstationäre Behandlung anzubieten. Damit soll ausgeschlossen werden, dass die Nachsorge aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Vertragsärzte finanziert wird. Krankenhäuser dürfen den Patienten bei der Entlassung für bis zu sieben Tage Arzneimittel verordnen, auch das Attestieren einer Arbeitsunfähigkeit ist möglich.

Hochschulambulanzen

Ambulanzen der Hochschulkliniken dürfen künftig auch Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern ambulant behandeln. Bislang war ihre Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf einen Umfang beschränkt, der für die Forschung und Lehre erforderlich ist. Näheres zu der neuen Regelung sollen die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren.

Innovationsfonds

Es wird ein Innovationsfonds zur Förderung sektorenübergreifender Versorgungsformen und zur Förderung der Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet. Für die Jahre 2016 bis 2019 sieht das Gesetz eine Förderungssumme von jeweils 300 Millionen Euro vor.

Krankengeld

Versicherte erhalten einen Anspruch auf Krankengeld schon von dem Tag an, an dem die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (AU) erfolgt. Bislang war dies erst ab dem Folgetag möglich. Auch der Anspruch auf Krankengeld bleibt künftig bestehen, wenn nach Ende einer AU-Bescheinigung die Fortdauer einer Krankheit erst am nächsten Tag ärztlich festgestellt wird.

Medizinische Versorgungszentren

Zukünftig sind auch arztgruppen-gleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) erlaubt und nicht wie bisher ausschließlich fachübergrei-

fende. Damit können beispielsweise in einem MVZ auch nur Hausärzte oder nur Psychotherapeuten tätig sein. Neu ist außerdem, dass Kommunen insbesondere in ländlichen Regionen MVZ errichten dürfen.

Öffnung der Krankenhäuser

In unterversorgten Regionen sollen Krankenhäuser Patienten auch ambulant behandeln dürfen. Die Zulassungsausschüsse werden per Gesetz verpflichtet, sie zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wenn der Landesausschuss eine Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

Praxisnetze

Praxisnetze, die von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind, sollen besonders gefördert werden. Für sie ist eine gesonderte Vergütungsregelung vorzusehen.

Psychotherapeuten / Verordnungen

Psychologische Psychotherapeuten dürfen künftig auch Krankenhausbehandlungen, Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, Krankentransporte und Soziotherapie verordnen. Das Nähere dazu bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss.

Psychotherapie

Das Therapieangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen soll flexibler gestaltet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, bis zum 30. Juni 2016 entsprechende Regelungen in die Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen. Es geht dabei vor allem um die frühzeitige diagnostische Abklärung, die Akutversorgung und die Rezidivprophylaxe. Auch das Antrags- und Gutachterverfahren soll vereinfacht werden.

Terminservicestellen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen spätestens ab 1. Februar 2016 Terminservicestellen für Patienten anbieten. Diese sollen bei Vorlage einer Überweisung zum Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin vermitteln. Die Wartezeit auf einen Termin darf vier Wochen nicht überschreiten. Ansonsten soll die KV dem Patienten einen Termin zur ambulanten Behandlung an ei-

nem Krankenhaus anbieten. Die Leistungen der Klinik müssen dann aus dem Budget der Vertragsärzte bezahlt werden.

Vergütung / Anpassung

KV-Bereiche, in denen für die ambulante Versorgung der Patienten unterdurchschnittlich wenig Geld zur Verfügung steht, können zum 1. Januar 2017 eine Erhöhung erhalten. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versichertem darf allerdings nur bis zum Bundesdurchschnitt angehoben werden, auch wenn in dem KV-Bereich ein höherer Versorgungsbedarf besteht.

Vergütung neuer Leistungen

Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufnimmt, müssen innerhalb von sechs Monaten in den EBM aufgenommen werden. Sie sind dann als Kassenleistungen abrechenbar.

Weiterbildung von Ärzten

Die Zahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin wird von 5.000 auf 7.500 erhöht. Außerdem sollen erstmals bis zu 1.000 Weiterbildungsstellen für angehende Fachärzte der Grundversorgung in den Praxen finanziell gefördert werden. Bis zu fünf Prozent der Fördergelder können in Kompetenzzentren fließen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern sollen. Es ist ferner angedacht, perspektivisch eine Stiftung zur Förderung der ambulanten Weiterbildung von Haus- und Fachärzten zu errichten.

Wirtschaftlichkeitsprüfung für verordnete Leistungen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen für verordnete Leistungen wie Arznei- und Heilmittel fallen in ihrer jetzigen Form weg. Geprüft wird ab 2017 nach regionalen Regeln, auf die sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen verständigen sollen. Die neuen Prüfverfahren gelten für Leistungen, die ab 1. Januar 2017 verordnet werden.

Zweitmeinungsverfahren

Bei bestimmten planbaren, besonders häufig durchgeführten Eingriffen erhalten Versicherte einen Anspruch

auf eine Zweitmeinung. Ärzte, die eine Zweitmeinung abgeben, müssen besondere Anforderungen erfüllen. Neben langjähriger Erfahrung auf dem entsprechenden Fachgebiet sollen sie möglichst als Gutachter tätig sein oder besondere Zusatzqualifikationen nachweisen können. Näheres dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis Jahresende regeln. Die Kosten, die den Ärzten durch die Bereitstellung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, tragen die Krankenkassen.

Das neue Gesetz tritt am 1. August 2015 in Kraft. Das heißt nicht, dass dann bereits alle Neuerungen gelten. Die meisten Regelungen müssen erst noch genauer ausgestaltet werden, zum Beispiel im Gemeinsamen Bundesausschuss oder durch die KBV und den GKV-Spitzenverband.

Quelle: Praxisnachrichten der KBV
vom 11. Juni 2015

IMPRESSUM

Herausgeber:

Dr. Timo Bender
b.e.imaging gmbh

Dr.-Rudolf-Eberle-Str. 8-10 · 76534 Baden-Baden

Redaktion:

Dr. med. Manfred Albring (verantwortlich)

albring & albring

pharmaceutical relations GmbH

Warnauer Pfad 3 · 13503 Berlin

Layout:

Atelier für Gestaltung · Mike Göhringer

76530 Baden-Baden

Hinweis:

Der Inhalt des Informationsservices ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel in der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. VISIONupdate[®] gibt nicht in jedem Fall die Meinung der b.e.imaging gmbh wieder.

ISSN 2199-7039