

Berlin-Chemie Newsletter vom 21. September 2017

● [Notfallversorgung: Ein Trend zeichnet sich ab](#)

Der Sachverständigenrat macht Reformvorschläge

[Bitte lesen Sie weiter](#)

● [Schlusspurt im Wahlkampf: Gesundheitspolitisch mehr Ebbe als Flut](#)

Politiker setzen auf das emotionale Thema Pflege

[Bitte lesen Sie weiter](#)

● [Barmer Versorgungs- und Forschungskongress](#)

Die Basis der Bedarfsplanung ist lange überholt

[Bitte lesen Sie weiter](#)

● [Regionale Versorgungsunterschiede überwinden](#)

ZI-Jahreskongress: Ein Problem, viele internationale Lösungsansätze

[Bitte lesen Sie weiter](#)

● [Unterschiede bei Arzneimitteln werden vernachlässigt](#)

Festbeträge: Ist das System zu grob?

[Bitte lesen Sie weiter](#)

● [Antibiotika wanted](#)

Deutschland treibt die Forschung voran

[Bitte lesen Sie weiter](#)

● [AOK Fehlzeiten-Report](#)

Wenn die Psyche schlappmacht, wird es teuer

[Bitte lesen Sie weiter](#)

● [BPI pocht auf Arzneimittelversorgung, Deutschland kann's sich leisten](#)

Bei den Kassen stimmen die Zahlen
[Bitte lesen Sie weiter](#)

● **Notfallversorgung: Ein Trend zeichnet sich ab**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung drängt seit Monaten auf eine Reform der Notfallversorgung, denn sie wird vermutlich als einer der Gewinner daraus hervorgehen. Zwischen der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) menschtelt es seit Monaten. Die Interessen sind so verschieden, dass ein Kompromiss nach wie vor nicht in Sicht ist. Die KBV konnte sich zuletzt aber über die Unterstützung einer anderen Interessenvertretung freuen. Ein Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund kann als Antwort auf die jetzt bekannt gewordenen Reformvorschläge des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen verstanden werden.

Notfälle werden in Deutschland derzeit in drei voneinander getrennten Bereichen – dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD), dem Rettungsdienst und den Notfallambulanzen – behandelt. Prägnant sind neben der stark steigenden Inanspruchnahme von Notaufnahmen, die mit langen Wartezeiten für die Patienten verbunden sind, auch stark steigende Transportzahlen im Rettungsdienst sowie generell eine häufig nicht bedarfsgerechte Notfallversorgung auf höheren Versorgungsebenen. Aus diesen Gründen spricht sich der Sachverständigenrat für die Schaffung voll integrierter, regionaler Leitstellen aus, die über eine bundeseinheitliche Rufnummer erreichbar sind. Dort sollen die Patienten Anliegen durch medizinisches Fachpersonal oder Ärzte in die für sie beste Versorgungsoption weitergeleitet werden. Je nach Dringlichkeit kann das die direkte Terminvergabe in Praxen niedergelassener Ärzte, die Versorgung mittels Hausbesuchen oder die Behandlung in einem integrierten Notfallzentrum, (INZ). INZ sollen an bereits bestehenden Notaufnahmen von Kliniken und als eigenständige Einrichtungen angesiedelt werden, um zwischen notwendiger Zentralisierung und Flächendeckung auszubalancieren. Als Träger könnten Kassenärztliche Vereinigungen und Kliniken gemeinsam agieren. Zur Vermeidung unangemessener Anreize zur stationären Aufnahme sollten diese jedoch von Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben werden, meint der Rat. Zur weiteren Idee: Geld gibt's aus einem separaten, aus ambulanten und stationären Budgets bereinigten, Finanzierungstopf. Die Vergütung soll vereinfacht werden und sieht eine 3-stufige Grundpauschale für alle Vorhaltekosten nach Kapazität und Ausstattung des Notfallzentrums vor. Unabhängig von Fallschwere und Ort der Leistungserbringung soll eine Vergütung je Fall erfolgen. Ein Zuschlag soll nur für eine Beobachtung über Nacht gezahlt werden. Als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V soll der Rettungsdienst etabliert werden. Zur Beseitigung des Fehlanreizes, Patienten unnötig ins Krankenhaus zu bringen, soll die medizinische Leistung und nicht wie bisher nur die Transportleistung abgerechnet werden.

Die endgültigen Empfehlungen zur Zukunft der Notfallversorgung will der Rat im 2. Quartal 2018 im Rahmen eines Gutachtens zur bedarfsgerechten Steuerung des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Sie werden dann auch dem Bundestag und dem Bundesrat übermittelt.

In ihrem nun veröffentlichten gemeinsamen Konzept zur Reform der Notfallversorgung beharren Marburger Bund und KBV dagegen weiterhin auf ihren bekannten Forderungen.

Um Notfallpatienten Umwege zu ersparen, sollen sie zukünftig durch eine standardisierte Ersteinschätzung in die für sie passende Versorgungsebene geleitet werden. Außerdem sind gemeinsame medizinische Anlaufstellen ein Ziel, ebenso wie die Vernetzung der Rund-um-die-Uhr-Notrufnummern des Rettungsdienstes und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Kooperationen zwischen KV-Bereitschaftspraxen und Krankenhäusern sollten regelhaft umgesetzt werden. Zudem sollen breit angelegte Aufklärungskampagnen die vorhandenen Dienste bekannter und Patienten die Notfallstruktur verständlicher machen.



● **Schlusspurt im Wahlkampf: Gesundheitspolitisch mehr Ebbe als Flut**

Die letzten Wochen vor der Bundestagswahl waren gesundheitspolitisch eher ruhig. Im Wahlkampf dominierten andere Themen. Kurz vor Toresschluss wurde immerhin ein Thema wiederkehrend in den Fernsehsendungen zur Wahl platziert.

Weil einige Spitzenpolitiker vor der Wahl treu durch die Wahlsendungen im Öffentlich-Rechtlichen-Rundfunk tingelten, gab es dort sogar einige mehr oder weniger abgenutzte Statements. So äußerte Angela Merkel in der ZDF-Sendung „Klartext“, dass die Kommunen in Deutschland mehr Einsatz bei der medizinischen Versorgung auf dem Land zeigen müssten. Die Bundeskanzlerin ist überzeugt, dass vielen Ärzten die Last einer eigenen Praxis mit allen daraus resultierenden Verantwortungen zu viel sei. Merkel sprach sich deshalb für mehr Medizinische Versorgungszentren (MVZ) aus.

Daneben dominierten in den letzten Tagen vor allem „Herzenthemen“, also solche, die den Bürgern nahegehen und die viele aus dem privaten Umfeld kennen. Gerade das Thema Pflege, im Wahlkampf zuvor eher unter ferner liefen, kam in der Schlussphase öfter zur Sprache. Die Kanzlerin äußerte in der ARD („Wahlarena“) und im ZDF („Klartext“), dass Pflegeberufe attraktiver gemacht werden müssten. Neben den bereits verabschiedeten Maßnahmen (z.B. das Ende des Schulgelds, Umstellung auf generalistische Ausbildung) sprach sie jedoch über keine Maßnahmen, wie diese Attraktivitätssteigerung zu verwirklichen sei. In der „Bild am Sonntag“ deutete sie zumindest noch an, dass die Entlohnung bei derzeitiger Belastung nicht angemessen sei. Dieser plötzlich aufkeimende Themenschwerpunkt führte zu starker Kritik aus der aktuellen Opposition. Als „unglaublich“ bezeichnete Elisabeth Scharfenberg, pflegepolitische Sprecherin der Grünen, dieses Verhalten. Auch weil trotz so mancher Pflegereform des scheidenden Gesetzgebers nach wie vor für den aktuellen und künftigen Fachkräftemangel in der Pflege keine Lösung vorliege. Im "Morgenmagazin" der ARD forderte ihre Parteikollegin Katrin Göring-Eckardt wenige Tage vor der Wahl ein Sofortprogramm, mit dem die Zahl der Pflegekräfte um 25.000 Pflegenden aufgestockt werden soll. Woher die Pflegenden genommen werden sollen, erklärte sie nicht. Die Spitzenkandidatin der Partei Bündnis 90/Die Grünen forderte zudem eine bessere Bezahlung für Pflegekräfte.

Ähnlich plakativ nahm sich auch der SPD-Kanzlerkandidat Martin Schulz dem Pflege Thema an. In der ARD-"Wahlarena" versprach er einen "Neustart in der Pflege" innerhalb der ersten hundert Tage nach der Wahl, sollte er denn künftig regieren dürfen. Er nannte es die „Staatsaufgabe Nummer Eins“. Statt kleiner Anhebungen des Mindestlohns in der Pflege forderte Schulz mindestens dreißig Prozent mehr Gehalt für Pflegenden. Eben jene dreißig Prozent forderte auch der SPD-Gesundheitsexperte Prof. Dr. Karl Lauterbach in der „Passauer Neuen Presse“. Nur dann seien genügend Bewerber für diesen Beruf zu

begeistern. Er schätzt, dass zur Finanzierung einer solchen Steigerung eine Anhebung des Beitrags zur gesetzlichen Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte nötig wäre. Und – Achtung Perspektivwechsel – Schulz kündigte zudem an, sich auch für mehr Plätze für Pflegebedürftige einsetzen zu wollen. In der „Bild am Sonntag“ kritisierte Schulz, dass Deutschland trotz milliardenschwerer Überschüsse zu wenige Demenzstationen und einen Pflegenotstand habe. Diesen habe die SPD durch ihre „Untätigkeit“ mitverschuldet, kritisierte daraufhin FDP-Vize Marie-Agnes Strack-Zimmermann. Den Neustart in der Pflegepolitik nannte sie eine Nebelkerze im Wahlkampf. Sie erläuterte darüber hinaus, wie sich ihre Partei die Pflegeausbildung vorstelle: „Integrative Ausbildung bedeutet ein gemeinsames erstes Ausbildungsjahr und spezialisierte Folgejahre“, so Strack-Zimmermann. „So erhalten wir eine kompetente Kinder-, Kranken- und Altenpflege.“ Eine Einheitsausbildung lehnt sie hingegen ab.

Das Thema Bürgerversicherung wurde auch in der Schlussphase des Wahlkampfes ab und an wieder aufgegriffen. Schulz predigte zum Beispiel erneut das „Ende der Zweiklassen-Behandlung“ durch die Einführung einer einheitlichen Versicherung für alle Versicherten. Mit wirklich viel Nachdruck und Tiefgang wurde dieses Thema, bei welchem sich die politischen Lager doch deutlich unterschiedlich positionieren, aber nicht mehr aufgegriffen.



● Barmer Versorgungs- und Forschungskongress

Auf dem Versorgungs- und Forschungskongress der Barmer wurden Forderungen nach einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung laut – mal wieder. Doch dieses Mal gibt es neben den Forderungen auch vielversprechende Ansätze, wie diese aussehen könnten.

Der Ruf nach einer sektorenübergreifenden Versorgung ist alles andere als neu und hängt vielen schon zu den Ohren raus. Doch ohne sie werde es künftig nicht mehr gehen, da ist sich Dominik Graf von Stillfried sicher. Der Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) sagte auf dem Barmer Versorgungs- und Forschungskongress: „Es ist nicht hinnehmbar, dass die Bedarfsplanung mit Verhältniszahlen arbeitet, die jenen von 1931 entsprechen. Sie tragen ja auch nicht mehr Ihren Konfirmationsanzug von vor 25 Jahren.“ Was es jetzt brauche sei eine flexiblere Bedarfsplanung. Darüber hinaus komme man um die Schließung kleinerer und nicht ausreichend ausgestatteter Kliniken der Grundversorgung „nicht drum herum“. Es brauche künftig Zentren. Sie versprechen eine Steigerung von Versorgungsqualität und Effizienz.

Dem stimmt auch Barmer-Vorstandsvorsitzender Prof. Christoph Straub zu. Statt eine politisch nicht durchsetzbare Schließung von Kliniken zu fordern, müssten jetzt Kompetenzen gebündelt und mit ambulanten Schwerpunktpraxen vernetzt werden. Das schaffe auch in der Fläche und in ländlichen Regionen eine für den ärztlichen Nachwuchs attraktive Struktur. Doch der Weg zu solchen Strukturen sei schwierig. Insbesondere, weil die Qualitätskriterien für solche Exzellenzzentren nicht immer eindeutig geregelt seien.

Ein anderes, entscheidendes Problemfeld der Bedarfsplanung skizzierte Marion Haubitz. Die Direktorin der Klinik III am Klinikum Fulda und Mitglied im Sachverständigenrat zur

Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) sprach über die schwierige Kalkulation der Arztsitze und ihres Anteils an der Versorgung.



● Regionale Versorgungsunterschiede überwinden

Auf dem ZI-Jahreskongress beschäftigten sich dieses Jahr internationale Gäste mit der Frage, wie an das Problem der zum Teil starken regionalen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung herangegangen werden kann.

Nach Nutzen, nicht Umfang einer Behandlung solle sich die Bezahlung laut Robert Berenson, Senior Fellow vom Urban Institute in Washington DC, richten. Die Ausprägung starker regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung mache Reformen in den USA nötig, er betrachte aber das Modell „Pay for Performance“ differenziert. „Ob die Diagnose korrekt ist oder die Prozedur angebracht, entfällt in als unwichtig angesehene Messlücken.“ Dass mehr Hilfe nicht zwingend bessere Qualität bedeutet, weiß auch Bruce E. Landon, Professor der Gesundheitspolitik an der Harvard Medical School in Boston. Um unnötige Leistungen durch optimale Koordination aller Beteiligten zu reduzieren, erarbeitet er deshalb mit seiner Forschungsgruppe Modelle zum besseren Verständnis der umfassenden Netzwerkstrukturen von Ärzten. Der Fokus liegt dabei auf den Patientenverbindungen der Ärzte, denn „je mehr Patienten die Ärzte teilen, desto höher ist der Informationsaustausch.“ Die unterschiedliche Sozialisation der Ärzte, lokale Normen oder Einflüsse der Mitarbeiter führen auch in Italien zu erheblichen geographischen Leistungsschwankungen, wie Sabina Nuti, Professorin der Scuola Superiore Sant’Anna, Pisa, verdeutlichte. Deshalb arbeite sie an einem einheitlichen Bewertungssystem, welches mit Hilfe von überregionalen Indikatoren Versorgung vergleichbar machen soll, um zukünftige systematische Änderungsansätze „auf Zahlen und nicht auf Diskussionen“ zu basieren. Gaetan Lafortune, Senior Economist der OECD Health Division, verfolgt mit der „Choosing wisely“-Kampagne seit 2012 einen direkten Ansatz: „Wir haben im Wesentlichen eine Liste erstellt, die sowohl den Ärzten, als auch den Patienten Hilfestellung dabei gibt, was sie in bestimmten Situationen vermeiden sollten, eine ‚don’t do‘ Liste.“ Jeder der Ansätze macht vor allem eines deutlich: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung sind ein internationales Problem, bei dem das, was wir über Versorgung wissen, oft nicht das ist, was wir in der Versorgung sehen.



● Unterschiede bei Arzneimitteln werden vernachlässigt

Während der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses das Festbetragssystem bei Arzneimitteln als Erfolg darstellt, halten Verbände den Mechanismus für nicht mehr zeitgemäß.

80 Prozent der insgesamt verordneten Arzneimittel unterliegen Festbeträgen. Aktuell spart allein dieses Instrument den Krankenkassen rund 7,8 Milliarden Euro jährlich. Und was die Anzahl der Verfahren angeht, ist der Gemeinsame Bundesausschuss fleißig: Im Vorjahr wurden 21 Verfahren abgeschlossen. Unter anderem wurden zum Beispiel Gruppen mit Wirkstoffen zur Behandlung des Morbus Parkinson und zur Behandlung des erhöhten Augeninnendrucks gebildet.

In 2017 sind es bisher acht neue Gruppen. 15 weitere Verfahren zu Festbetragsgruppen laufen derzeit noch, darunter auch eine neue Gruppe unter Einbeziehung von Biosimilars. Darüber hinaus befinden sich derzeit auch Festbetragsgruppen für das Indikationsgebiet Osteoporose im Stellungnahmeverfahren. Der G-BA-Chef Prof. Josef Hecken spricht dem System der Festbetragsgruppen für Arzneimittel die Förderung eines „wirksamen Preiswettbewerbs ohne Einschränkung der Versorgungsqualität und Arzneimittelauswahl“ zu.

Bei der Weiterentwicklung bestehender und Entwicklung neuer Medikamente werde in passgenaue Darreichungs- und Applikationsformen investiert, so Dr. Norbert Gerbsch, stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie. Dem trage der G-BA aber nicht Rechnung, weil in den letzten Jahren die Unterschiede zwischen Arzneimitteln immer stärker vernachlässigt und Medikamente in immer größere Festbetragsgruppen eingeordnet würden. Auch Indikationen und Besonderheiten des Therapiegebietes müssten bei der Bildung von Festbetragsgruppen mehr berücksichtigt werden, denn das System biete dafür ungenutzte Spielräume, so Gerbsch. Der Verband vermisste eine Anerkennung und angemessene Vergütung von Schrittinnovationen.

„Wir sehen die Gefahr, dass Arzneimittel-Hersteller entsprechende Präparate nicht mehr entwickeln und diese folglich auch nicht mehr für Patienten zur Verfügung stehen“, meint auch Dr. Martin Weiser, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH).



● Antibiotika wanted

Es ist ein weltweites Problem: Antibiotikaresistenzen sorgen dafür, dass Ärzte immer weiter an Handlungsspielräumen einbüßen. Jahrelang sind keine neuen Antibiotika auf den Markt gekommen. Das soll sich jetzt ändern.

Die G20-Staaten wollen den Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen gemeinsam ausfechten. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat nun ein internationales Unterstützernetzwerk zusammengetrommelt, das der Globalen Partnerschaft für Antibiotika-Forschung und Entwicklung (GARDP) 56,5 Millionen Euro für Forschungszwecke zur Verfügung stellt. Allein 50 Millionen Euro stammen aus dem Haushalt des Bundesforschungsministeriums. Die Situation erfordert einen Anstoß wie diesen, denn sie sei sehr ernst, wie der Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung, Georg Schütte, verdeutlichte: „Die Situation ist beängstigend, seit etwa 30 Jahren haben es keine neuen Antibiotika mehr zur Marktreife gebracht. Internationale Produktentwicklungspartnerschaften wie GARDP sind für Deutschland ein wichtigstes Instrument, um dringend benötigte neue Antibiotika und Diagnostika erfolgreich und schnell zu entwickeln.“

Der Direktor Dr. Manica Balasegaram erklärte: „Diese Unterstützung ermöglicht uns konkrete Schritte hin zur Realisierung unserer Vision und zum Erreichen unseres Ziels. Wir wollen vier neue Therapien bis 2023 bereitstellen und somit zu einer Verbesserung der Lebensqualität aller Patienten beitragen, die bezahlbare und wirksame neue Antibiotika benötigen.“



● AOK Fehlzeiten-Report

Prävention muss das große Schlagwort der Zukunft sein, wenn man sich die Ergebnisse des aktuellen Fehlzeiten-Reports des Wissenschaftlichen Instituts der AOK anschaut. Vor allem den chronisch werdenden psychischen Erkrankungen muss etwas entgegengesetzt werden.

In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Arbeitsausfälle wegen psychischer Probleme überproportional stark gestiegen. Durchschnittlich 25,7 Arbeitstage dauert eine Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung. Das geht aus dem neuen Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) hervor. Das Hauptaugenmerk des diesjährigen Reports liege Helmut Schröder, Stellvertretender Geschäftsführer des WIdO, zufolge auf dem Thema Krise. Denn Tod, Trennung oder Mobbing beeinträchtigen immer häufiger die Arbeitswelt. „Etwa die Hälfte der Erwerbstätigen war in den letzten fünf Jahren von einem kritischen Lebensereignis betroffen“, führte Schröder aus. Dabei spielten maßgeblich Konflikte im privaten Umfeld eine Rolle.

Damit aus Konflikten keine chronischen Krankheiten erwachsen, braucht es präventive Maßnahmen. Doch diese gibt es nicht umsonst. Die Politik sei nun an der Reihe, das Präventionsgesetz, das 2015 in Kraft getreten ist, nachzubessern. Denn aktuell könnte es nicht das leisten, was es leisten sollte, erklärte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Es hätte nicht alle Verantwortlichen zur Tat verpflichtet. „Gesund aufzuwachsen und gesund alt zu werden, ist nicht alleine Aufgabe der Krankenkassen.“ Prävention und Gesundheitsförderung müsse künftig „in allen Politikfeldern, zum Beispiel in der Bildung, bei Bau und Verkehr, Landwirtschaft und Ernährung sowie im Verbraucherschutz eine Rolle spielen“, so seine Überzeugung. Bislang sind die Kassen wesentlicher Akteur und Zahler. Pro Versichertem und Jahr gibt die AOK 5,42 Euro aus. Zur Kasse sollten künftig die Kommunen gebeten werden. In welchem Umfang und auf welchem Weg ist für Litsch noch unklar.



● BPI pocht auf Arzneimittelversorgung, Deutschland kann's sich leisten

„Neue Medikamente konnte sich das deutsche Gesundheitswesen immer und kann es sich jetzt und auch weiterhin leisten“, verkündet der stellvertretende Hauptgeschäftsführer des BPI, Dr. Norbert Gerbsch. Die Finanzreserven der Kassen füllen sich, so liegt der Überschuss bei rund 1,41 Milliarden Euro im ersten Halbjahr dieses Jahres. In der Gesamtheit bei: 17,5 Milliarden Euro, plus rund sechs Milliarden Euro Reserve im Gesundheitsfonds.

Mit den Worten „Die immer wieder heraufbeschworenen finanziellen Weltuntergangsszenarien der Kassen kann man angesichts dieser Zahlen nun wirklich nicht mehr ernst nehmen“ ordnet Gerbsch die derzeit durchaus komfortable Kassen-Bilanz ein. Begründet werde dies nicht im unerheblichen Maße durch die Pharmazie, mit rund 7,6 Prozent gegenüber dem ersten Halbjahr 2016 gestiegenen Rabattvereinbarungen, in summa: 1,95 Milliarden Euro. Ferner durch eine Vielzahl weiterer Regulierungsinstrumente wie etwa Festbeträge, Preismoratorium oder frühe Nutzenbewertung. Den Angaben des Bundesgesundheitsministeriums zufolge, sind die Ausgaben für Arzneimittel im ersten

Halbjahr 2017 absolut um 3,2 Prozent und um 2,0 Prozent je Versicherten gestiegen. „Schon immer macht der Anteil der pharmazeutischen Industrie an den Arzneimittelausgaben im ambulanten Sektor unter zehn Prozent der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung der Versicherten aus. Daran haben im Übrigen auch Arzneimittel-Innovationen nichts geändert“, so Gerbsch. Demnach gebe es Spielraum für längst überfällige Verbesserungen: „Die rückläufige Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel, die Stabilisierung der Generikaversorgung und die fehlende wirtschaftliche Basis für Arzneimittelinnovationen auf Basis bewährter Wirkstoffe gehören angegangen – viele Aufgaben für die neue Legislatur.“



Herausgeber: Berlin Chemie AG, Abteilung Gesundheitsmanagement

Glienicker Weg 125 | 12489 Berlin | fon: +49(0)30-6707-2112
fax: +49(0)30-6707-2103 | einblick@berlin-chemie.de

Redaktion: Susanne Eble (V.i.S.d.P.), Leiterin Gesundheitsmanagement; Pia Maier,
Referentin
Strategisches Gesundheitsmanagement; Kristin Müller, Sachbearbeiterin

Realisation: Thomas Grünert (Vincentz Network Berlin)
© 2017 Berlin-Chemie AG

Newsletter abbestellen: einblick@berlin-chemie.de