

# Rechnungswesen im Gesundheitswesen 1

# ONLINE-CAMPUS

Auf dem Online Campus der Academy of Sports erleben Sie eine **neue Dimension des Lernens**: Ein innovatives, integratives Konzept, das Lernen, Informieren und Kommunizieren sinnvoll verbindet.

[www.campus.academyofsports.de](http://www.campus.academyofsports.de)

Unser Online Campus stellt eine optimale Erweiterung der Lernmedien dar und bietet Ihnen viele Vorteile. Als Teilnehmer einer Ausbildung oder eines Fernstudiums haben Sie einen Zugang zum Online Campus und können die vielfältigen Funktionen uneingeschränkt nutzen.

**Mit unserem Online Campus wird Ihre Ausbildung oder Ihr Fernstudium interaktiv!**

**JETZT EINLOGGEN UND DURCHSTARTEN UNTER:**

[www.campus.academyofsports.de](http://www.campus.academyofsports.de)



Als Teilnehmer eines Fernstudiums können Sie dessen Verlauf über den Online Campus optimal abrufen. Aber auch Lehrskripte herunterladen, Lernerfolgskontrollen ablegen, Präsenzphasen buchen und Noten einsehen.

In unseren innovativen Lerngruppen, die beim Fernstudiumspreis 2013 als Innovation des Jahres nominiert waren, stehen Ihnen lehrgangspezifische Dokumente, Videos, Apps und vieles mehr zur Verfügung. Teilen Sie Ihre Übungsergebnisse mit Ihren Lehr- gangskollegen und besprechen Sie gemeinsam mit Ihrem Tutor die Ergebnisse!

**Alleine Lernen? Nicht an der Academy of Sports!**

Campus-Startseite

Campus-Studienverlauf

Campus-Lerngruppen

Campus-Apps

## Lernorientierung

*Nach Bearbeitung dieses Kapitels werden Sie:*

- Die unterschiedlichen Finanzierungsformen des Gesundheitssystems im Kontext der EU unterscheiden;
- die jeweiligen Einnahmequellen benennen und die daraus resultierende Finanzierung erläutern;
- die Kosten des Gesundheitswesens den richtigen Sektoren zuweisen und analysieren können.

## 1.1 Finanzierung verschiedener Gesundheitssysteme in der EU

Der Zugang aller Bürger zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung, unabhängig von ihrem Einkommen und Gesundheitszustand, ist ein Grundsatz moderner Gesellschaften, der in der *Sozialcharta der Europäischen Union* festgehalten ist. Dieses Postulat kann nur mit öffentlicher Finanzierung (Steuern, Sozialabgaben) erfüllt werden, die in der EU je nach Land zwischen 70 und 85 Prozent der Gesundheitsausgaben abdeckt. Es haben sich historisch zwei verschiedene Typen öffentlicher Gesundheitsversorgung herausgebildet, die nach ihren Gründervätern auch als "*Beveridge*"- und "*Bismarck*"-Systeme bezeichnet werden:

Die *Beveridge-Systeme* sind staatliche, aus Steuern finanzierte Versorgungsnetze von Arztpraxen und Krankenhäusern, zu denen alle Einwohner Zugang haben. Sie wurden erstmals in Großbritannien nach dem Zweiten Weltkrieg auf Basis des Berichts einer von Lord Beveridge geführten Parlamentskommission eingerichtet. Vergleichbare Gesundheitssysteme haben u. a. die skandinavischen Länder, Kanada, Italien und Spanien.

Die *Bismarck-Systeme* sind soziale Krankenversicherungen, die aus Sozialabgaben der Versicherten und ihrer Arbeitgeber finanziert werden. Sie haben ihre historischen Wurzeln in der in Deutschland von Bismarck 1883 eingeführten Gesetzlichen Krankenversicherung. Deren damalige Hauptaufgabe bestand in jener Zeit darin, der Arbeiterschaft eine wirtschaftliche Sicherung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, freie ärztliche Behandlung und Sterbegeld zu gewähren. Das Kernstück des Gesetzes lag primär in der Einführung des Versicherungszwanges (Versicherungspflicht). Noch immer bezieht das soziale Sicherungssystem in Deutschland rund 90 % der Bevölkerung mit ein und stellt damit den Kern staatlicher Sozialpolitik dar.

Ausgehend von den Bismarck'schen Sozialgesetzen zur Kranken-, Unfallversicherung und zur Invaliditäts- und Alterssicherung sind Bereiche der Arbeitslosenversicherung (1927) und der Pflegeversicherung (1995) ergänzt worden. Somit umfasst die heutige Sozialversicherung fünf Zweige, die auch als Träger der Sozialversicherung bezeichnet werden. Die jeweiligen Träger handeln als selbstverwaltete Institutionen.

Entgegen der in Deutschland favorisierten Variante einer Sozialversicherung, die über die vergangenen Jahre kontinuierlich den aktuellen Bedürfnissen angepasst wurde, wurde in anderen Ländern teilweise auf privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme (z. B. in den Vereinigten Staaten von Amerika) gesetzt.

Eine soziale Krankenversicherung gibt es dort nur für über 65-jährige Bürger (*Medicare*) und für Wohlfahrtsempfänger (*Medicaid*). Nur etwa

50 Prozent der US-Bürger haben eine betriebliche Krankenversicherung (health plan), die Arbeitgeber für ihre Belegschaft mit privaten oder Non-Profit-Versicherungen kollektiv abschließen. Der Umfang dieses Versicherungsschutzes ist sehr unterschiedlich. 15 Prozent der US-Bürger haben gar keine Krankenversicherung, weitere 20 bis 25 Prozent gelten als unterversichert.

Das deutsche Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland ist dabei geprägt durch grundlegende sozialstaatliche Prinzipien. Eines der wichtigsten Prinzipien ist das *Solidaritätsprinzip*: Die zu versichernden Risiken werden dabei grundsätzlich gemeinsam von allen Versicherten getragen.

Nur das deutsche Sozialsystem hat im internationalen Vergleich folgende Besonderheiten:

Das duale System von privater (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) ist in Europa einmalig, seit es in den Niederlanden 2006 von einem einheitlichen Krankenversicherungssystem für alle Bürger abgelöst wurde. In allen anderen Ländern beschränkt sich das Geschäftsmodell der PKV auf Zusatz- bzw. Komplementärversicherungen zu den öffentlichen Versorgungssystemen.

Nachdem die grundsätzliche Idee eines Gesundheitssystems erörtert wurde, gilt es nun den Blick in die Weiterentwicklung des bestehenden Systems zu richten.

Die Komplexität und Reichweite von politischen Entscheidungen, die das Gesundheitssystem in Deutschland betreffen, wurde in den vorstehenden Ausführungen deutlich. Die Bedeutung des Gesundheitssystems ist jedoch nicht nur auf die Bevölkerung von Deutschland beschränkt, sondern hat europäische und auch weltweite Dimensionen. Ziel der Europäischen Union (EU) ist es daher, die Gesundheit der Bürger zu schützen und zu fördern. Die EU-Kommission hat basierend auf den Zielen einen Ansatz entwickelt, der zu einem hohen Gesundheitsschutzniveau innerhalb der gesamten EU führen soll.

Das entwickelte Aktionsprogramm beinhaltet unter anderem:

- Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung
- Verhütung von Krankheiten und
- Beseitigung der Ursachen der Gesundheitsgefährdungen für die EU-Bürger.

Die EU hat das Problem der demografischen Entwicklung und die daraus sich ergebenden finanziellen Belastungen für Bürger und staatliche Systeme, sowie die steigenden Kosten bei den sog. Volkskrankheiten (z. B. Übergewicht, Herzinfarkt, Schlaganfall) verstanden und versucht nun dahingehend steuern einzuwirken.

Aber auch die Bereiche der Suchtkrankheiten (z. B. Rauchen, Alkoholabhängigkeit, weiche und harte Drogen, Spielsucht) oder die Alterserkrankungen (Demenz, Alzheimer, Bewegungsprobleme), die

durch eine höhere Lebenserwartung immer häufiger auftreten, sind in allen Ländern und Kulturkreisen vertreten und beschäftigt die Sozialpolitiker.

Der Gesetzgeber hat der gemeinsamen Selbstverwaltung wichtige Aufgaben übertragen (u. a. die Konkretisierung des Leistungskatalogs der GKV), die in anderen europäischen Ländern von Regierungsbehörden wahrgenommen werden.

Die Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen, der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Der GBA bestimmt als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte. Er legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.

Zum 1. Januar 2004 wurde der GBA durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) errichtet. Er steht unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die sektoral organisierte Struktur des GBA geändert.

Seit dem 1. Juli 2008 war ein sektorenübergreifend besetztes Beschlussgremium für ärztliche, zahnärztliche und stationäre Angelegenheiten zuständig. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 1. Januar 2012 erfolgen die Entscheidungen mit wenigen Ausnahmen wieder sektorenbezogen.

Der GBA verfügt über eine generelle Kompetenz zum Ausschluss oder zur Einschränkung von Leistungen, wenn nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnis der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Die vom GBA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen, d. h. sie sind für die gesetzlichen Krankenkassen und die behandelnden Ärzte sowie andere Leistungserbringer verbindlich.

Ein weiteres wichtiges Thema ist der Bereich der Qualitätssicherung. Darüber hinaus gehören zum Aufgabenspektrum des GBA unter anderem: der Beschluss von Richtlinien, die für Vertragsärzte, Krankenhäuser, Versicherte und Krankenkassen die einzelnen Leistungen konkretisieren, z. B. in den Bereichen zahnärztliche und ärztliche Behandlung, Früherkennung, Bedarfsplanung, häusliche Krankenpflege und Arzneimittel, über die Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Arzneimittelgruppen, für die Festbeträge festgesetzt werden können, zu bestimmen sowie Richtlinien in den Bereichen Schutzimpfungen und ambulante Palliativversorgung zu erlassen (Sozialgesetzbuch V, §§ 91, 92, 140 f, 2013).

### 1.1.1 Selbstverwaltung

Wesentliche Grundlage der Sozialversicherung ist das *Selbstverwaltungsprinzip*. Dabei wird der Staat durch Delegation von Aufgaben und Verantwortungsbereichen an die Träger entlastet (Subsidiaritätsprinzip). Damit sind die Krankenkassen als Körperschaft des öffentlichen Rechts finanziell und organisatorisch unabhängig. Sie führen die ihnen staatlich zugewiesenen Aufgaben eigenverantwortlich durch, unterliegen jedoch der staatlichen Rechtsaufsicht. Das Recht zur Selbstverwaltung selbst, wird durch gewählte Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber ausgeübt. Lediglich die Ersatzkassen bilden hier eine Ausnahme. Hier sind ausnahmslos Versicherte in der Selbstverwaltung vertreten. Die Vertreter werden in freien, gleichen und geheimen Wahlen – den sogenannten Sozialwahlen – gewählt. Der Wahlvorgang findet alle sechs Jahre statt.

Organe der Selbstverwaltung sind der Verwaltungsrat und der Vorstand. Der Verwaltungsrat beschließt u.a. die Satzung der Kranken- und Pflegekasse und entscheidet über den Haushalt. Aber auch die Wahl des hauptamtlichen Vorstandes obliegt dem Verwaltungsrat.

### 1.1.2 Beitragsfinanzierung

Das Sozialsystem in der Bundesrepublik Deutschland wird vorrangig durch Beitragszahlungen Ihrer Versicherten und deren Arbeitgeber finanziert. So beschreibt § 20 SGB I (Aufbringung der Mittel) den Grundsatz der Finanzierung:

*„Die finanziellen Mittel der Sozialversicherung (Renten-, Pflege und Arbeitslosenversicherung sowie die Unfallversicherung) werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Vorschriften (Sozialgesetzbuch) für die einzelnen Zweige der Sozialversicherung durch Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter, z. B. durch staatliche Zuschüsse und sonstige Einnahmen aufgebracht.“*

Damit wird deutlich, wer an wen Beiträge zu zahlen hat.

Ein typisches Merkmal der deutschen Sozialversicherung ist die Einbeziehung der Arbeitgeber; die Sozialversicherungsbeträge sind paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu entrichten.

#### **Hinweis**

Der Gesamtsozialversicherungs-Beitragssatz ergibt sich aus der Summe der für das jeweilige Jahr geltenden Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung.

Die einzigen Ausnahmen in der paritätischen Beitragsfinanzierung stellen heute die Zweige der Kranken- und Pflegeversicherung dar. Der allgemeine Beitragssatz in der Krankenversicherung beträgt zurzeit 14,6% (vgl. § 241 SGB V, Stand 2015), welcher je zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu tragen sind (paritätisch).

Die gesetzliche Krankenversicherung obliegt darüber hinaus die Möglichkeit, bei einem höheren Finanzbedarf einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag von Ihren Versicherten zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitrag). Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die zu erwartenden Auslagen deckt (vgl. § 242 Abs. 1 SGB V).

Die Beiträge für den Zusatzbeitrag, hat der Versicherungsnehmer (Arbeitnehmer) eigenständig zu tragen. Eine Beteiligung an den Kosten seitens des Arbeitgebers ist ausgeschlossen (keine Parität).

In der Pflegeversicherung verhält es sich hier ähnlich. Hier haben Versicherte, die das 23. Lebensjahr vollendet haben und keine Kinder haben, ebenfalls einen Sonderbeitrag zu leisten (vgl. § 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI).

Bei der Beitragsbelastung eines jeden Individuums spricht der Gesetzgeber nur von prozentualen Beiträgen (z. B. 14,6% allgemeiner Beitragssatz in der Krankenversicherung). Dadurch wird deutlich, dass sich die tatsächlichen Beiträge in der Regel am Einkommen des Arbeitnehmers orientieren.

<i>Zweig der Sozialversicherung</i>	<i>Beitragssatz in %</i>	<i>Sonderbeitrag in %</i>
Krankenversicherung (KV)	14,6	individuell je Krankenkasse
Pflegeversicherung (PV)	2,35	0,25% bei Kinderlosen, die das 23. Lebensjahr vollendet haben
Rentenversicherung (RV)	18,7	-
Arbeitslosenversicherung (AV)	3	-

Tabelle 1 - Zweige der Sozialversicherung  
(Quelle: eigene Darstellung)



**Beispiel**

Ein 21-Jähriger versicherungspflichtiger Arbeitnehmer mit einem Bruttoentgelt von 2.400 € hat folgende Beiträge für die Sozialversicherungsträger aufzubringen:

Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge

KV  $2400 \times 14,6\% = 350,40 \text{ €}$   
PV  $2400 \times 2,35\% = 56,40 \text{ €}$   
RV  $2400 \times 18,7\% = 448,80 \text{ €}$   
AV  $2400 \times 3\% = 72,00 \text{ €}$   
Gesamtbeiträge 927,60 €

Unter Beachtung der paritätischen Verteilung der Beitragslast fallen für den Arbeitnehmer lediglich 459 € Sozialversicherungsbeiträge an.

**Übung - Entgeltabrechnung**

Berechnen Sie Ihre persönlichen Sozialversicherungsbeiträge aus Ihrem Entgelt. Überprüfen Sie Ihre Ergebnisse mit Ihrer monatlichen Entgeltabrechnung.

Ist Ihnen die Berechnung leicht gefallen oder gab es Unklarheiten? Bei fachlichen Fragen steht Ihnen hierzu auch gerne Ihr Tutor über das Nachrichtensystem im Online Campus zur Verfügung.

### 1.1.3 Steuerfinanzierung

Allein durch die zu leistenden Beiträge können die Träger der Sozialsysteme die steigenden Ausgaben nicht mehr finanzieren. Daher muss der Staat, um den Finanzbedarf der Sozialversicherung zu decken, regelmäßig hohe Summen zusätzlich einzahlen.

Die Bundeszuschüsse werden aus Steuermitteln geleistet. In erster Linie werden dadurch versicherungsfremde Leistungen an die GKV gezahlt. Hier kann beispielsweise die beitragsfreie Familienversicherung (vgl. § 10 SGB V) erwähnt werden, über die eine kostenfreie Versicherung für Ehegatten und Kinder ermöglicht wird. Aber auch Leistungen, wie beispielsweise für Mutterschaft und Schwangerschaft werden mittels Bundeszuschüssen ermöglicht.

Seit 2012 beträgt der Bundeszuschuss jährlich 14 Milliarden Euro. Zuletzt wurde der Zuschuss zur Konsolidierung des Bundeshaushaltes auf 11,5 Milliarden Euro abgesenkt. Für die kommenden Jahre sind aber 14 bzw. 14,5 Milliarden Euro für die GKV in der Haushaltsplanung berücksichtigt.

### 1.1.4 Kopfpauschalen

Der Begriff der Kopfpauschale wurde in Deutschland nach Einführung des Gesundheitsfonds bekannt. In erster Linie wurde unter dem Begriff der Kopfpauschale eine gehaltsunabhängige Beitragszahlung verstanden. Durch die Kopfpauschale war angedacht, dass jeder GKV-Versicherte einen pauschalen Beitrag zu leisten hätte. Die einkommensabhängige Beitragszahlung, aber auch die kostenfreie Mitversicherung von erwerbslosen Ehegatten und Kindern, würde der Vergangenheit angehören.

Unabhängig vom tatsächlichen Einkommen, wäre die Pauschale zu leisten gewesen.

Was für Gutverdiener eine Kostenersparnis dargestellt hätte, hätte zwangsläufig zu einer Mehrausgabe für finanziell schwache Menschen dargestellt. Das in Deutschland vorhandene sehr unterschiedliche Lohngefälle wäre noch weiter auseinander gedriftet.

Unterm Strich hätten die Einnahmen durch die Kopfpauschale aber den Finanzbedarf der GKV nicht decken können. Daher wurde die Ausweitung des zu versicherten Personenkreises in Erwägung gezogen.

So hätten beispielsweise privatversicherte Arbeitnehmer und Beamte (Freie Heilfürsorge) ebenfalls in das Versorgungsnetz der GKV mit aufgenommen werden sollen. Die dadurch ansteigende Anzahl an Versicherungsnehmern hätte, unter weiterer Verwendung von Steuerzuschüssen, die GKV Ausgaben decken sollen.

Die pauschale Beitragsbelastung (Kopfpauschale) wurde im Fazit nicht eingeführt. Stattdessen haben die Krankenkassen, wie bereits ausgeführt, die Möglichkeit zur Erhebung von individuellen Zusatzbeiträgen erhalten.

#### **Hinweis**

In der politischen Diskussion wird der von der Bundesregierung bevorzugte Begriff der Gesundheitsprämie häufig durch den Begriff "Kopfpauschale" ersetzt.

### 1.1.5 Budget

Im deutschen Gesundheitswesen bezeichnet die *Budgetierung* eine Maßnahme, die gesetzlich festlegt, dass pro Kalenderjahr in einem bestimmten Ausgabenbereich für alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur eine Geldmenge ausgegeben werden darf, die derjenigen des Vorjahres entspricht und um den Prozentsatz der Grundlohnsummensteigerung angepasst werden kann (Einnahmen orientierte Ausgabenpolitik). Um dies zu erreichen, gilt der

Grundsatz der Beitragssatzstabilität: Steigende Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen sollen dadurch begrenzt werden.

Im zahnärztlichen Bereich wird das kassenindividuelle Budget in jedem Bundesland aus der Multiplikation der Mitgliederzahl einer Krankenkasse mit einem kassenindividuellen Pro-Kopf-Betrag errechnet. Dieser Betrag ergibt die Gesamtvergütungsobergrenze (offizielle Bezeichnung der Budgetierung), die nicht überschritten werden darf. Das Regulierungsinstrument das dafür zu sorgen hat, ist der Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Der HVM bewirkt entweder eine Absenkung der Leistungsmenge oder der Honorare. Zum 1. Januar 2013 erfolgte eine Änderung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), wonach ein „Reset“ der Gesamtvergütung erreicht werden soll. Das kassenindividuelle Budget 2013 wird aus dem ab 2013 für alle Krankenkassen in einem Bundesland einheitlichen Punktwert, der mit dem im Jahr 2012 bei jeder Krankenkasse abgerechneten Leistungsvolumen in Punkten multipliziert wird, errechnet. Dadurch wird die abgerufene Leistungsmenge zahnärztlicher Leistungen einmalig vollständig gegenfinanziert. Die Verwerfungen, die seit 1993, dem Einführungsjahr der Budgetierung, entstanden waren, sollen dadurch beseitigt werden. Die Verwerfungen entstanden beispielsweise durch Mitgliederwanderungen unter den Krankenkassen, Krankenkassenfusionen und Öffnung früherer geschlossener Krankenkassen. Budgetüberschreitungen sollen zukünftig vermieden bzw. reduziert werden, indem die bisher geltende strikte Anpassungsobergrenze, die Grundlohnsummenveränderungsrate, nicht mehr alleiniges Kriterium zukünftiger Anpassungen sein wird:

**Beispiel**

In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen.

Folgendes Problem kann bei der Budgetierung auftreten: Es kommt bei diesem planwirtschaftlichen Instrument häufig am Ende eines Jahres vor, dass die geplanten Ausgaben (Gesamtvergütung) bereits aufgebraucht sind, auch wenn Ärzte versuchen, unnötige Ausgaben zu vermeiden. Gründe dafür sind das Morbiditätsrisiko und die Inzidenz von Erkrankungen in der Bevölkerung (z. B. Grippewellen, Epidemien), die sich nicht nach wirtschaftlichen Daten richten. Ärzte behandeln in diesen Fällen dringende Fälle unverändert, tragen jedoch die Behandlungsmehrkosten selbst. Ggf. werden aufschiebbare Behandlungen ins nächste Kalenderjahr verschoben.

**Herzlichen Glückwunsch!**

Sie haben es geschafft.

Academy of Sports GmbH

Firmensitz: Lange Äcker 2, 71522 Backnang

Telefon: 0800 5891254 (gebührenfrei)

Telefon: +49 7191 90714-30 (aus dem Ausland)

Telefax: +49 7191 90714-50

E-Mail: [info@academyofsports.de](mailto:info@academyofsports.de)

Internet: [www.academyofsports.de](http://www.academyofsports.de)

Social Media



Facebook



Twitter



Google+



Xing



YouTube