



Zahlen und Fakten.

Der Geschäftsbericht 2012.



DAK-Gesundheit.

Das Jahr 2012 im Überblick.

Die DAK-Gesundheit ist eine der größten und leistungsfähigsten Krankenkassen Deutschlands. Als solche gestaltet sie das Gesundheitswesen und die Gesellschaft aktiv mit. Und auch die Kasse selbst bewegt sich.

Der Geschäftsbericht 2012 gibt darüber detailliert Auskunft. Er zeigt, wofür die DAK-Gesundheit das Geld ihrer Versicherten im Einzelnen ausgibt. Er enthält aber auch einen Zwischenstand, wo die Kasse steht und wie sie sich entwickelt hat. Was sie tut und wofür sie eintritt. Und wie sie sich aufstellt für die gesellschaftlichen Herausforderungen der Zukunft.

Inhaltsverzeichnis.

DAK-Gesundheit.	
Das Jahr 2012 im Überblick.	3
Fusion mit der BKK Gesundheit und der BKK Axel Springer	4
Einnahmen	5
Vermögen	5
Zukunftsweisende Projekte	6
Prävention und Gesundheitsmanagement	8
Entwicklung der Versichertenstruktur	10
Verwaltungskosten	10
Leistungsausgaben	11
Pflegekasse	12
Zukunft der DAK-Gesundheit.	14
2012 in Zahlen	15
DAK-Pflegekasse.	18

Redaktion:
Helge Dickau

Gestaltung, Satz und Litho:
Litho-Service-Lübeck – www.lsl-hl.de

Herausgeber:
DAK-Gesundheit
Gesetzliche Krankenversicherung
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg
Internet: www.dak.de





Vorteile für Versicherte.

Die Fusion zur DAK-Gesundheit.

Ein großer und wichtiger Schritt ist gemacht: Zum 1. Januar 2012 hat sich die DAK mit der BKK-Gesundheit und der BKK Axel Springer zusammengeschlossen. Dieser Geschäftsbericht ist der erste, in dem die Fusion schwarz auf weiß sichtbar wird, denn erstmals sind die Zahlen der nun vereinten Kassen gemeinsam aufgeführt. Zur besseren Vergleichbarkeit sind auch die Zahlen des Vorjahres zusammengefasst.

Mehr als ein neuer Name.

Die offensichtlichste Änderung ist der Name: Mit der Fusion ist aus der DAK die DAK-Gesundheit geworden. Doch fügt sich das neue, große Ganze auch zusammen? An vielen Stellen ist nichts mehr davon zu spüren, dass das Gefüge namens DAK-Gesundheit aus mehreren Teilen zusammengewachsen ist. Für die Versicherten heißt das: Zahlungen und Leistungen laufen reibungslos, für jahrelange DAK-Kunden genauso wie für (ehemals) BKK-Versicherte. Hinzu kommen die Vorteile einer größeren Kasse. Die DAK-Gesundheit ist dank ihrer Größe in der Lage, zum Beispiel noch attraktivere Arzneimittel-Rabatte für ihre Versicherten auszuhandeln. Die Kasse selbst kann dadurch wirtschaftlicher agieren und ihre Kompetenzen noch besser bündeln.

Einnahmen.

Die DAK-Gesundheit hat sich positiv entwickelt. Der Einnahmenüberschuss 2012 beträgt 275,9 Mio. Euro. Ein Vorteil für die Kunden: Zum 1. April 2012 konnte der Zusatzbeitrag abgeschafft werden.

Aus dem Gesundheitsfonds hat die DAK-Gesundheit 18.852 Mio. Euro bekommen. Den Fonds gibt es seit 2009, alle gesetzlichen Krankenkassen zahlen dort die Beiträge ihrer Versicherten ein. Der Gesundheitsfonds verteilt das Geld dann nach einem Berechnungsschlüssel an die Krankenkassen zurück, der unter anderem Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten berücksichtigt. Über den Fonds werden auch die Erstattungen für versicherungsfremde Leistungen aus Steuereinnahmen an die Kassen verteilt.

Vermögen.

Die DAK-Gesundheit weist zum Ende des Jahres 2012 ein Vermögen von 928,4 Mio. Euro aus. Es setzt sich zusammen aus:

- 243 Mio. Euro Betriebsmitteln, die sich im Vergleich zu 2011 um 220,7 Mio. erhöhten
- 396,7 Mio. Euro Rücklagen – aufgestockt um 38,7 Mio.
- 288,8 Mio. Euro Verwaltungsvermögen, eine Steigerung um 16,5 Mio.

Im Vergleich zum Vorjahr nahm das Gesamtvermögen je Versicherten um 48,6 Prozent zu.

Die Höhe der Rücklagen ist gesetzlich geregelt. Sie müssen mindestens ein Viertel der monatlichen Ausgaben decken. Damit soll gesichert werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen unvorhergesehene Finanzentwicklungen ausgleichen können. Diese gesetzliche Vorgabe hat die DAK-Gesundheit zu 100 Prozent erfüllt.



**Am Puls der Gesellschaft.
Zukunftsweisende Projekte.**

Die DAK-Gesundheit gestaltet die deutsche Versorgungslandschaft aktiv mit und hat ihr Ohr am Puls der Gesellschaft. Das heißt einerseits, dass die Kasse die Versorgung mit innovativen Konzepten verbessert. Andererseits engagiert sie sich mit den verschiedensten Projekten für die Gesundheit der Bevölkerung. Für beides ist es wichtig, dass die DAK-Gesundheit Trends und Entwicklungen nicht nur beobachtet, sondern auch positiv beeinflusst.

Schwangere sind optimal versorgt.

„Willkommen Baby“ ist ein Beispiel dafür. Das DAK-Programm hat ein oberstes Ziel: die Verhinderung von Frühgeburten. Deshalb bekommen Schwangere die bestmögliche Versorgung – inklusive Untersuchungen, die über die Leistungen hinausgehen, die gesetzlichen Kassen vorgeschrieben sind.

Fachärzte, Kliniken und andere Spezialisten arbeiten eng und transparent mit der werdenden Mutter zusammen, sodass jeder über alle Schritte informiert ist. Natürlich ist die Betreuung individuell angepasst und geht auch nach der Geburt noch weiter.

Hinter „Willkommen Baby“ steckt ein enges Experten-Netzwerk. Das hat die DAK-Gesundheit mit Hilfe spezieller Verträge geknüpft, die sie mit den besten Fachleuten im gesamten Bundesgebiet geschlossen hat.

Diese Strategie verfolgt die DAK-Gesundheit auch in vielen anderen Bereichen. Nicht nur Schwangere, sondern auch alle anderen Versicherten können daher darauf vertrauen, stets die optimale medizinische Versorgung zu bekommen. Die Kasse ist damit deutschlandweit vorn: Über 250 solcher Verträge hat die DAK-Gesundheit schon geschlossen.

Mit Kunst gegen den Rausch.

An anderer Stelle setzt die preisgekrönte Kampagne „bunt statt blau“ an. Der bundesweite Plakatwettbewerb richtet sich an Jugendliche und klärt über die Gefahren des Alkoholmissbrauchs auf. Denn: Immer mehr 10- bis 20-Jährige müssen wegen Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt werden. Die Zahl stieg von 2000 bis 2011 um 177 Prozent – das sogenannte Komasaufen ist damit kein kurzlebiger Trend mehr, sondern ein echtes gesellschaftliches Problem.

Beim Wettbewerb gestalten die Jugendlichen Plakate gegen das Rauschtrinken. Meist beschäftigen sie sich im Unterricht intensiv mit dem Thema Alkohol. Eine Jury prämiert die besten Ergebnisse. Das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung in Kiel begleitet die Kampagne wissenschaftlich.

Bis heute haben insgesamt 52.000 Schülerinnen und Schüler bei „bunt statt blau“ mitgemacht. Die Kampagne wurde mit dem Health Media Award ausgezeichnet und für den renommierten Politik-Award nominiert. Die Bundesregierung unterstützt den Wettbewerb und hat ihn in ihren Sucht- und Drogenberichten der Jahre 2011, 2012 und 2013 als beispielhafte Präventionskampagne vorgestellt. Auch die EU hat die Kampagne im Rahmen der „Europäischen Aktion gegen Drogen“ (EAD) zertifiziert und unter die zehn besten Kampagnen gewählt.

Es gehört zum Selbstverständnis der DAK-Gesundheit, Projekte und Innovationen wie diese weiter voranzutreiben und stetig zu verbessern. Einen intensiveren Einblick in die Zukunftsarbeit der Krankenkasse bietet das Heft „Innovare“, das zum Jahresende erscheint.



Menschen in Bewegung bringen. Prävention und Gesundheitsmanagement.

Die beste Art, gesund zu bleiben, ist, nicht krank zu werden. Das klingt wie eine Binsenweisheit, doch die DAK-Gesundheit setzt alles daran, ihren Versicherten genau das zu ermöglichen – durch Prävention.

Viele Zivilisationskrankheiten rühren daher, dass die Menschen sich zu wenig bewegen. Rückenprobleme, Übergewicht: Wer den ganzen Tag am Schreibtisch sitzt, hat oft damit zu kämpfen. Über 70 Prozent derer, die ein Präventionsangebot der DAK-Gesundheit nutzen, entscheiden sich für einen Bewegungskurs. Das zeigt, wie weit verbreitet das Problem ist.

Auf Rang zwei und drei folgen Kurse zu Stressbewältigung und Ernährung. Auch dies sind Indizien dafür, mit welchen Schwierigkeiten unsere Gesellschaft zu kämpfen hat.

2012 konnte die DAK-Gesundheit über 100.000 Menschen mit ihren individuellen Präventionsangeboten helfen. Doch die Kasse tut noch mehr: Der **DAKgesundAktivBonus** fördert zusätzliche Anreize, auf die Gesundheit zu achten. Wer etwa Vereinssport betreibt oder regelmäßig zur Vorsorge geht, wird von der DAK-Gesundheit mit Prämien belohnt. Und seit Kurzem gibt es in Form des **DAKjuniorAktivBonus** ein attraktives Prämiensprogramm für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre.

Firmen im Fokus.

Der aktuelle DAK-Gesundheitsreport zeigt eine weitere wichtige Adresse für die Präventionsarbeit: Unternehmen. Der Report belegt, dass es noch immer Muskel-Skelett-Erkrankungen sind, die zu den meisten Fehltagen führen. Auf Platz zwei liegen erstmals psychische Leiden. Grund genug für die DAK-Gesundheit, Arbeitgeber und Arbeitnehmer direkt anzusprechen und das „Betriebliche Gesundheitsmanagement“ noch stärker in den Fokus zu nehmen.

Die DAK-Gesundheit arbeitet branchenübergreifend mit Firmen zusammen. Rund 500 Betriebe hat sie 2012 betreut, darunter auch viele Großkonzerne. Schulungen, Vorträge, Gesundheitschecks und weitere, den konkreten Bedingungen in den Unternehmen angepasste Maßnahmen konnten die Gesundheit dieser Belegschaften maßgeblich verbessern.

Ihrer Aufgabe, für die Gesundheit ihrer Versicherten zu sorgen, wird die DAK-Gesundheit also bereits mehr als gerecht, zumal sie viele ihrer Angebote und Maßnahmen auch wissenschaftlich begleiten lässt. Die Kasse unterstützt deshalb die Bemühungen der Bundesregierung um ein Präventionsgesetz.

Die Verantwortung für Prävention kann aber nicht allein der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen werden. Gesundheitliche Vorsorge ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss von allen relevanten Akteuren geschultert werden. Es reicht daher nicht, nur die Mindestausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Prävention zu erhöhen.



Wie teuer darf Versorgung sein?

Verwaltungskosten der DAK-Gesundheit.

In den vergangenen Jahren ist die DAK-Gesundheit ihrem Einsparziel stetig näher gekommen: Seit 2008 sind die jährlichen Verwaltungskosten um fast 100 Mio. Euro gesunken. Auch im Vergleich von 2012 zum Vorjahr sind es 27,1 Mio. Euro weniger.

Auf diesem guten Weg ist die Kasse nicht ohne Grund. Die DAK-Gesundheit ist dabei, sich kontinuierlich zu verschlanken. Sie konnte ihr Gliederungsnetz straffen und die Anzahl der Organisationseinheiten weiter abbauen. Und es geht weiter: Derzeit laufen 70 Optimierungsprogramme bei der DAK-Gesundheit. Außerdem setzt sie auf die Vorteile des Internets – auf www.dak.de haben Versicherte die Möglichkeit, vieles einfach und bequem von der Couch aus zu regeln.

Trotz dieser positiven Entwicklung werden die Verwaltungskosten der Kasse immer wieder als besonders hoch kritisiert. Doch es lohnt sich ein genauerer Blick. Diese Kosten sind auch Spiegelbild der Versichertenstruktur einer Kasse. Die DAK-Gesundheit hat im Jahresdurchschnitt 2012 6,4 Millionen Versicherte gehabt. 28 Prozent davon sind älter als 65 Jahre – der Schnitt bei den gesetzlichen Krankenkassen liegt bei 22 Prozent.

Logisch, dass diese Gruppe mehr Leistungen und Betreuung braucht als junge, gesunde Versicherte. Ihre Versichertenstruktur macht die DAK-Gesundheit zu einer typischen Versorgerkasse.

Gesundheit bis ins hohe Alter.

Jedoch: Immer mehr Menschen werden älter – ein Ergebnis des demografischen Wandels, der sich in Zukunft noch verstärken wird. Dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe Gesundheit bis ins hohe Alter zu sichern, sieht die DAK-Gesundheit als Teil ihres gesellschaftlichen Auftrags. Deshalb setzt die Kasse weiter auf ihre Strategie, spezielle Verträge mit Fachärzten und Kliniken zu schließen, um ein Netzwerk aus Fachleuten zu schaffen, das den Versicherten in Form einer optimalen Versorgung zugutekommt. Zusätzlich engagieren sich Gesundheitsberater in 46 Regionalzentren täglich für schwer kranke Menschen, indem sie für jeden Einzelfall die beste Lösung suchen.

Auch das verursacht Kosten. In diesem Sinne sind die Verwaltungskosten der DAK-Gesundheit auch Ausdruck der guten und innovativen Versorgung, die sie ihren Versicherten bietet.

Leistungsausgaben.

2012 hat die DAK-Gesundheit 17,788 Milliarden Euro für Leistungen ausgegeben. Damit hat sie den Wert des Vorjahres um 50,4 Mio. Euro unterschritten. Die Pro-Kopf-Ausgaben sind erwartungsgemäß gestiegen: um 4,1 Prozent je Versicherten. Die Steigerung wird durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen.

Der größte Teil der Leistungsausgaben ist erneut an die Krankenhäuser gegangen. Pro Kopf sind es 5,4 Prozent mehr gewesen als 2011. Auch hier zeigen sich die Folgen einer alternden Gesellschaft: Zum Beispiel steigt die Zahl der eingesetzten oder ausgetauschten Hüftgelenksprothesen. Allein für solche Operationen hat die DAK-Gesundheit über 100 Mio. Euro aufgewendet.

Auffällig ist der seit einigen Jahren anhaltende Trend, dass mehr Geld an die Apotheken als an die Ärzte fließt. Arzneimittel sind unterm Strich also teurer als die ärztliche Behandlung von Patienten. Umso wichtiger ist es, dass die DAK-Gesundheit hier weiterhin mit Rabattverträgen gegensteuert. Denn solche exklusiven Abmachungen mit Pharma-Unternehmen garantieren auch in Zukunft günstige Preise für bewährte Wirkstoffe.



Pflegekasse.

2012 hat die Pflegekasse der DAK-Gesundheit 2,278 Milliarden Euro eingenommen. Dem stehen Ausgaben in Höhe von 2,287 Milliarden Euro gegenüber. Letztlich ergibt sich ein Überschuss von 8,5 Mio. Euro.

Dabei sind die Einnahmen aus dem Ausgleichsfonds berücksichtigt, den das Bundesversicherungsamt als kassenübergreifende Schwankungsreserve verwaltet. Der Ausgleichsfonds enthält unter anderem die Einzahlungen der Pflegekassen und die Pflegeversicherungsbeiträge, die direkt von den Rentenversicherungsträgern eingezogen werden.

Die Leistungsausgaben der Pflegekasse betragen insgesamt 2,18 Milliarden Euro. Wie bereits in den Vorjahren entfällt auch 2012 rund die Hälfte der Leistungsausgaben auf die vollstationäre Pflege.

Dieser Trend wird auch weiter anhalten, da er mit zwei großen gesellschaftlichen Faktoren zusammenhängt. Die Menschen werden älter, während weniger Kinder geboren werden. Daher sind immer mehr Menschen auf Pflege angewiesen. Und: Die Familienstrukturen verändern sich. Viele haben deshalb nicht die Möglichkeit, pflegebedürftige Angehörige zu Hause zu versorgen.

2012 in Zahlen.

Die KPMG Deutsche Treuhand-Gesellschaft AG hat die Jahresrechnung geprüft und der DAK-Gesundheit einen uneingeschränkten Prüfungsvermerk erteilt. Auf seiner Sitzung am 20.06.2013 hat der DAK-Verwaltungsrat die Jahresrechnung 2012 abgenommen und dem Vorstand Entlastung erteilt.



Auf gutem Kurs.

Die Zukunft der DAK-Gesundheit.

Das Jahr 2012 hat gezeigt, dass die DAK-Gesundheit bereits jetzt sehr gut für die Zukunft gerüstet ist. Und sie wird ihr Profil noch mehr schärfen, indem sie etwa die Bereiche Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement weiter ausbauen wird – denn was ist wichtiger, als die Menschen gesund zu erhalten?

Mit der Fusion zum Jahresbeginn hat die DAK-Gesundheit bereits wertvolle Expertise gewinnen können, was die Gesundheit von Arbeitnehmern angeht. Und der nächste Schritt ist bereits vollzogen. Seit dem 1. Januar 2013 gehört mit der Saint-Gobain-BKK eine weitere Betriebskrankenkasse zur DAK-Gesundheit. Für die individuelle Prävention hat die Kasse ebenfalls eine wichtige Weiche stellen können. Seit 2013 gibt es den **DAK juniorAktivBonus**, der Kinder von Geburt an dabei unterstützt, gesund zu bleiben.

Die ersten Zahlen des neuen Jahres belegen: Die DAK-Gesundheit ist weiterhin auf gutem Kurs. Sie verzeichnete im ersten Halbjahr 2013 mit 52,1 Mio. Euro den höchsten Überschuss aller Ersatzkassen. Das Haushaltsjahr 2013 wird sie mit einem Einnahmenüberschuss abschließen. Ihren erfolgreichen Konsolidierungskurs wird die Kasse ebenfalls weiter verfolgen. Das Ergebnis: 2014 wird es keinen Zusatzbeitrag geben.

Der Geschäftsbericht 2012 schließt also nicht nur mit einem allen Herausforderungen zum Trotz erfreulichen Ergebnis ab. Er lässt auch eine rundum positive Prognose zu: Die DAK-Gesundheit ist zukunftsfest und wird sich weiterhin positiv entwickeln.

Versicherte im Jahresdurchschnitt

Geschäftsjahr	2011	2012
Mitglieder	5.182.107	5.011.828
Angehörige	1.529.182	1.416.200
Gesamt	6.711.289	6.428.028

Erfolgsrechnung in €

Geschäftsjahr	2011	2012
Einnahmen	19.309.696.253,48	19.115.063.420,08
– Davon Beitragseinnahmen	475.845.468,29	122.065.071,44
– Davon Finanzausgleiche	18.682.459.054,87	18.851.892.209,19
Ausgaben	18.954.507.185,04	18.839.150.400,62
Ergebnis	355.189.068,44	275.913.019,46

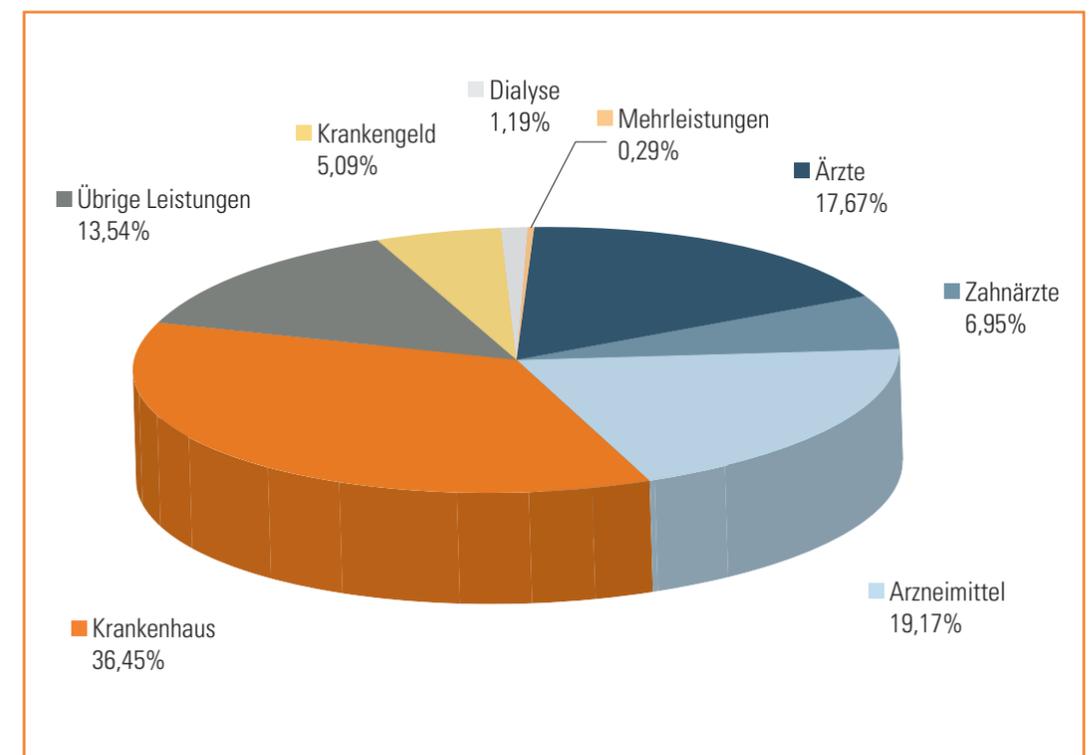
Vermögensentwicklung in €

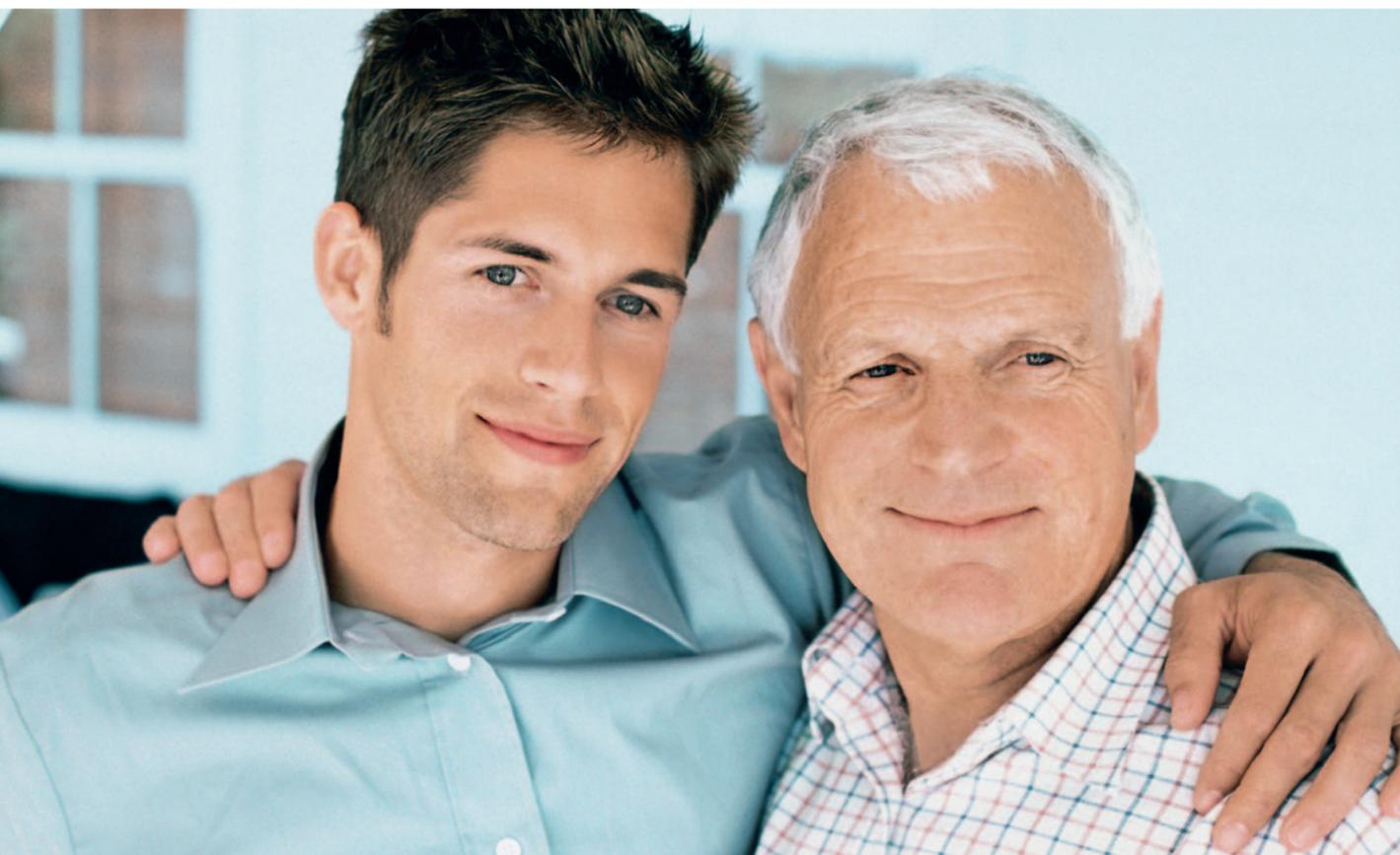
Geschäftsjahr	2011	2012
Betriebsmittel	22.333.933,43	243.005.501,33
Rücklagen	357.979.000,00	396.680.041,67
Verwaltungsvermögen	272.212.251,51	288.752.661,40
Gesamt	652.525.184,94	928.438.204,40



Leistungsausgaben in €			
	Gesamt	Summe je Versicherten	Veränderung je Versicherten gegenüber 2011
Ärzte	3.143.251.539,77	488,99	2,73 %
Zahnärzte/Zahnersatz	1.172.106.588,00	182,34	0,13 %
Arzneimittel	3.409.317.353,57	530,38	3,45 %
Krankenhaus	6.483.829.156,01	1.008,68	5,39 %
Übrige Leistungen	2.409.087.467,29	374,78	6,55 %
Krankengeld	906.246.930,36	140,98	2,76 %
Dialyse	212.442.034,59	33,05	4,75 %
Mehrleistungen	51.787.902,11	8,06	-15,78 %
Summe der Leistungsausgaben	17.788.068.971,70	2.767,27	4,11 %

Verteilung der Leistungsausgaben 2012





DAK-Pflegekasse.

Die Versicherten- und Mitgliederzahlen der Pflegekasse weichen von denen der Krankenkasse ab, weil bestimmte Personen zwar pflege-, aber nicht

krankenversicherungspflichtig sind. Das gilt zum Beispiel für Zeitsoldaten, die Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

Versicherte im Jahresdurchschnitt

Geschäftsjahr	2011	2012
Mitglieder	5.184.121	5.013.744
Angehörige	1.528.834	1.415.970
Gesamt	6.712.955	6.429.714

Erfolgsrechnung in €

Geschäftsjahr	2011	2012
Einnahmen	2.312.887.839,97	2.278.466.158,40
Ausgaben	2.287.892.404,04	2.286.922.418,25
– Davon Leistungsausgaben	2.057.834.271,51	2.181.718.986,18
Ergebnis	24.995.435,93	-8.456.259,85

Leistungsausgaben in €

	Gesamt	Summe je Versicherten	Veränderung je Versicherten gegenüber 2011
Pflegesachleistung	325.936.585,35	50,69	9,69 %
Pflegegeld	463.239.379,47	72,05	10,24 %
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	45.301.270,78	7,05	19,90 %
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	26.066.974,75	4,05	54,58 %
Pflegekräfte	0,00	0,00	0,00 %
Leistungen für Pflegepersonen	70.296.576,47	10,93	5,81 %
Häusliche Beratungseinsätze	3.716.478,65	0,58	11,54 %
Zusätzliche Betreuungsleistungen	95.837.655,17	14,91	16,67 %
Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur	32.700,00	0,01	1,00 %
Pflegeberatung	4.096.974,16	0,64	-8,57 %
Tagespflege und Nachtpflege	23.436.519,03	3,65	18,12 %
Kurzzeitpflege	42.692.986,75	6,64	12,35 %
Vollstationäre Pflege	1.055.371.378,36	164,14	9,79 %
Zuschuss für vollstationäre Pflege	49.456,56	0,01	0,00 %
Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege	1.471.306,21	0,23	21,05 %
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	22.711.922,16	3,53	60,00 %
Persönliche Budgets nach § 17 SGB IX	488.948,05	0,08	50,00 %
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	971.670,06	0,15	0,00 %
Gebärdendolmetscher	204,20	0,00	0,00 %
Summe der Leistungsausgaben	2.181.718.986,18	339,32	10,69 %



Sie haben Fragen. Wir die Antworten.

24 Stunden an 365 Tagen.

DAK-Versicherungsexperten informieren und beraten Sie über Leistungen, Beiträge und Mitgliedschaft.

DAKdirekt 040 325325555 zum Ortstarif.

DAK-Medizinexperten antworten auf alle Fragen zu medizinischen Themen. Mit Kinder- und Sportmedizin-Hotline.

DAKGesundheitdirekt 040 325325800 zum Ortstarif.

DAK-Medizinexperten helfen Ihnen weltweit bei Erkrankungen im Urlaub.

DAKAuslanddirekt 0049 40 325325900.

DAK-Onlineservice. Einfach, bequem und sicher: der Service für Kunden der DAK-Gesundheit – mit persönlichem Postfach. Registrieren und Passwort zuschicken lassen:

www.dak.de/meinedak

www.dak.de

