



Darstellung von Praxisbesonderheiten Verhalten bei Arzneimittelregress

Udo von Langsdorff

Therapiefreiheit
●●● für Ärzte e.V.

Einleitung

Mit Erhalt des Informationsschreibens haben Sie Kenntnis davon erlangt, dass ein Richtgrößenprüfverfahren durchgeführt wird. Dem Schreiben können Sie zudem entnehmen, welches Jahr überprüft wird und mit welcher Höhe Ihre Überschreitung beziffert wird. In dem Schreiben werden Sie zudem aufgefordert, eine Stellungnahme abzugeben. Wie diese aussehen sollte und worauf Sie achten müssen, werden wir Ihnen nachstehend erläutern:

In Ihrer Stellungnahme geht es darum, Ihr Ordnungsverhalten zu rechtfertigen und zu verdeutlichen, dass Sie, obwohl über das Richtgrößenvolumen hinaus, nicht unwirtschaftlich verordnet haben. Die Rechtfertigung Ihres Ordnungsverhaltens erfolgt durch die Darlegung von Praxisbesonderheiten. Damit sind Umstände, wie besondere Behandlungsmethoden oder die notwendige Versorgung einiger Patienten mit besonders teuren Präparaten, gemeint, die aus dem üblichen und durchschnittlichen Behandlungsmuster einer Praxis Ihrer Ausrichtung herausfallen und deshalb Ihren Mehraufwand rechtfertigen. Diese Besonderheiten, die begründen, warum die Überschreitung der Richtgröße in Ihrem Fall nicht auf eine unwirtschaftliche Ordnungsweise zurückzuführen ist, sind dem Prüfausschuss mitzuteilen.

Bevor wir Ihnen detailliert darlegen, welche Merkmale in Ihrer Praxis als Praxisbesonderheit in Frage kommen könnten und wie Sie diese dem Prüfausschuss präsentieren sollten, empfehlen wir Ihnen, die Prüfvereinbarung Ihrer KV zu überfliegen.

Wie ist die Stellungnahme zu gestalten?

Bevor Sie beginnen, gedanklich Ihre Praxis nach Besonderheiten zu durchsuchen, die Ihren Mehraufwand rechtfertigen könnten, möchten wir Ihnen einen kurzen Überblick zu den wichtigsten und gängigsten Praxisbesonderheiten geben.

Als Praxisbesonderheiten gelten zumeist teure, unverzichtbare Arzneimittel oder Heilmittel, bei denen auf Grund der Indikation oder von möglichen Nebenwirkungen weder eine willkürliche Mengenausweitung, noch ein Substitutionseffekt oder auch ein Nachfragedruck von Seiten der Patienten angenommen werden kann. Über die Anerkennung entscheidet der Prüfausschuss auf Basis Ihrer Angaben.

Wenn Sie nun damit beginnen, die Besonderheiten Ihrer Praxis herauszufiltern, müssen Sie zwischen zwei Arten der Praxisbesonderheiten differenzieren:

Bei den standardisierten Praxisbesonderheiten handelt es sich um Indikationsgebiete bzw. Therapien, die in der Regel eine Überschreitung der Richtgrößen rechtfertigen. Hier finden Sie eine Liste mit den standardisierten Praxisbesonderheiten, bezogen auf die Wirkstoffe und Indikationsgebiete. So beispielsweise:

- Methadonsubstitution
- Immunsuppressiva nach Organtransplantation
- Immunsuppressive Behandlung bei Collagenosen, entzündliche Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem Rheumatischen Formenkreis
- Insulintherapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus
- Interferon-Therapie bei schubförmig verlaufender MS oder Hepatitis B/C
- Aggluterasetherapie bei Morbus Gaucher
- Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten, orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für die Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Cytokine und Interferone
- Behandlungsbedürftige HIV-Infektion, einschließlich der Begleiterscheinungen
- Mukoviszidose
- Terminale Niereninsuffizienz

In Ihrer Dokumentation können Sie diese Fälle gleich mit den entsprechenden Symbolziffern (Pseudogebührenziffern) versehen.

Den Prüfungsgremien steht bei der Beurteilung, ob Praxisbesonderheiten vorliegen, grundsätzlich ein so genannter Beurteilungsspielraum zu. Das heißt, dass es grundsätzlich in Ihrem Ermessen steht, ob Sie bestimmte Umstände als Praxisbesonderheiten anerkennen. Dieser Beurteilungsspielraum wird jedoch durch diese festgesetzten standardisierten Praxisbesonderheiten zugunsten der Rechtssicherheit der Ärzteschaft eingeschränkt. Demnach wird bei den in den entsprechenden Listen aufgeführten Indikationen in der Regel vom Vorliegen von Praxisbesonderheiten ausgegangen. Dennoch besteht auch in diesen Fällen ein gewisser Interpretationsspielraum seitens der Prüfungsgremien, so dass Ihnen die Notwendigkeit, die Behandlung besonders zu dokumentieren und zu begründen, nicht erspart bleibt.

„Weitere“ Praxisbesonderheiten können sich aus der individuellen Zusammensetzung Ihres Patientenstammes und den strukturellen Besonderheiten und den besonderen Versorgungsverhältnissen Ihrer Praxis ergeben. Hier ist also eine ganz individuelle Einschätzung gefordert.

Im Folgenden führen wir denkbare Umstände an und erläutern diese kurz. Stellen Sie einen Vergleich mit Ihrer Praxis an und prüfen Sie, ob der Ihnen angelastete Mehraufwand durch einen der nachfolgenden Gründe gerechtfertigt werden könnte. Unsere Aufzählung bespricht die wichtigsten Fälle und gibt Ihnen Ansatzpunkte. Da jede Praxis aber Ihre ganz eigene und individuelle Struktur aufweist, können wir selbstverständlich nicht jeden denkbaren Umstand aufgreifen.

In Betracht kommen:

Ein besonderer Patientenstamm mit erhöhtem Behandlungsaufwand (z.B. onkologische Nachsorge) / Behandlung „schwerer“ zum Teil fachgruppenuntypischer Fälle
Die pauschale Behauptung, es lägen „schwere“ Fälle vor, ist nicht ausreichend. Gelingt es Ihnen aber, detailliert darzulegen, einen Patientenstamm mit einem erhöhten Behandlungsaufwand zu betreuen, der zudem für Ihre Fachgruppe eher ungewöhnlich ist und können Sie erklären, warum bei konkreten Patienten besonders hohe Kosten anfallen, müssen die Prüfungsgremien auf diese Argumentation eingehen.

So hat das Sozialgericht Hannover die Behandlung von Asthmatikern und Patienten mit chronischer Bronchitis in größerem Umfang durch einen praktischen Arzt als Praxisbesonderheit im engerem Sinne betrachtet. Der Arzt hatte dargelegt, dass allein sechs dieser Fälle 11,55% seines gesamten Verordnungsvolumens ausmachten.

Eine genaue Dokumentation von Diagnose und erforderlicher Behandlungsweise ist dabei unerlässlich. Ihre Erfolgchancen steigen, wenn dieser spezielle Patientenkreis wesentlich höhere Kosten als die Durchschnittspatienten verursacht und Sie diese Krankheiten selbst behandeln, während Kollegen Ihrer Fachgruppe diese Spezialfälle eher überweisen.

Fachgruppentypische, aber besonders teure Fälle

Eine Praxisbesonderheit kann auch darin liegen, überdurchschnittlich viele zwar fachgruppentypische, aber außergewöhnlich teure Fälle behandelt zu haben.

Hier ist eine vollständige Darstellung aller Fälle mit Aufführung der entstandenen Kosten unverzichtbar, um die Wirtschaftlichkeit Ihrer Ordnungsweise zu verdeutlichen. Oftmals werden Ihnen jedoch Vergleichszahlen zu Ihren Fachkollegen fehlen. Ihre subjektive Einschätzung kann durchaus täuschen.

Viele Patienten in der Altersgruppe zwischen 55 und 65 Jahren

Die gerade in dieser Altersgruppe auftretenden Multimorbiditäten (sog. metabolisches Syndrom, wie Diabetes, Hypertonie, Apoplex, Hyperlipidämie), macht sie besonders kostenintensiv, was in den meisten Richtgrößenbestimmungen, die lediglich nach Rentnern und Versicherten differenzieren, nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Behandeln Sie in Ihrer Praxis vornehmlich Patienten dieser Altersgruppe und können Sie dies nicht mit jüngeren oder gesünderen Patienten ausgleichen, könnte in diesem Umstand eine Praxisbesonderheit begründet liegen.

Einen besonders hohen Anteil weiblicher Patienten

Dem Arzneiverordnungsreport zufolge haben Frauen einen höheren Arzneimittelbedarf als ihre männlichen Altersgenossen. Bei einem großen Frauenanteil steigen also die Verordnungskosten. Die vereinbarten Richtgrößen differenzieren aber nicht nach dem Geschlecht der Patienten, gehen also nicht auf diesem Umstand ein.

Betreuen Sie in Ihrer Praxis überwiegend Frauen, obwohl Ihre Fachkollegen eine wesentlich homogener zusammengesetzte Patientenstruktur behandeln, könnte in diesem erhöhten Frauenanteil eine Praxisbesonderheit liegen.

Überdurchschnittlich hoher Überweisungsempfang

Durch die Vorselektion des Patientengutes durch die überweisenden Kollegen, kann sich eine Besonderheit im Patientenspektrum herausbilden. Haben Sie überdurchschnittlich viele Überweisungen aus fachärztlicher oder stationärer Behandlung mit bestehenden „Therapieanweisungen“, die Sie nicht von heute auf morgen umstellen können, kann auch dies eine Praxisbesonderheit darstellen.

Hoher Anteil chronisch Kranker/ wenig „Verdünner“

In vielen Praxen werden überdurchschnittlich viele chronisch kranke Patienten betreut, die nicht mit ausreichend jüngeren und billigeren Patienten (Verdünnern) aufgewogen werden können. Auch hier ist es wieder schwierig, an Vergleichszahlen zu kommen. In den Praxen Ihrer Kollegen werden auch chronisch kranke Patienten behandelt. Ab wann von einem überdurchschnittlichen Prozentsatz chronisch Kranker auszugehen ist, lässt sich nur schwer in Zahlen fassen.

Niedrige Fallzahlen/ Kleinpraxen/ wenig Verdünner

Das Richtgrößenvolumen fällt bei niedrigen Fallzahlen entsprechend kleiner aus. Gleichzeitig vermindert sich aber auch die Möglichkeit des internen Ausgleiches, so dass besonders teure Fälle hier kaum kompensiert werden können. Beachten Sie aber: Ihr Einwand kann nicht sein, nur z.B. 35 Patienten zu haben. Vielmehr müssen Sie argumentieren, nur 35 Patienten zu haben, wovon die Fälle Pa, Pi und Po besonders kostenintensiv sind, weil diese die Krankheit xy haben, die allein n% Ihres Verordnungsvolumens ausmachen, was intern nicht durch Ihre anderen Patienten ausgeglichen werden kann.

Das Betreiben einer Anlauf- bzw. Anfängerpraxis / hohe Fluktuation

Der neu niedergelassene Arzt untersteht zwar ohne Einschränkungen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, sein Anfängerstatus kann sich aber darin niederschlagen, durch das Einfinden neuer Patienten einen erhöhten Diagnose- und Behandlungsbedarf zu haben, der sich in einer Erhöhung der relativen Fallkosten niederschlägt.

Ähnlich wie bei der Anfängerpraxis führt auch bei einer hohen Fluktuation, beispielsweise bei Praxen in touristischen Gebieten, die von Reisenden aufgesucht werden, der hohe Anteil an Erstuntersuchungen in der Regel zu einem erhöhten Aufwand pro Einzelfall.

Der erhöhte Aufwand schlägt sich jedoch in beiden Fällen eher in der Behandlungsweise als in einem erhöhten Verordnungsbedarf nieder. Insofern müssen weitere Argumente angeführt werden, die auch das erhöhte Verordnungsvolumen rechtfertigen können. Bei der Anfängerpraxis kommt als solches das der niedrigen Fallzahl gepaart mit einigen schweren Fällen (siehe oben) in Betracht.

Bei der Kategorie der „weiteren Praxisbesonderheiten“ ist ein erheblich höherer Begründungsaufwand erforderlich, um darzulegen, dass diese Umstände eine Überschreitung der Richtgrößensumme rechtfertigen. Legen Sie dabei Ihr Hauptaugenmerk auf die Frage, inwiefern Ihre Praxis eine überdurchschnittliche Multimorbidität oder ein besonders gehäuftes Auftreten kostenintensiver Patienten in bestimmten Altersgruppen aufweist. Die aussichtsreichsten Verteidigungschancen bestehen für die Darlegung einer besonderen Häufung bestimmter Krankheitsbilder (Indikationsschwerpunkt) bzw. das Aufführen verschiedener besonders teurer Krankheitsbilder (Kostenschwerpunkt). Sie müssen plausibel machen, außergewöhnlich viele für die Fachgruppe untypische Erkrankungen bzw. besonders viele überdurchschnittlich teure Fälle behandelt zu haben. Nur die so entstandenen Mehrkosten können als Praxisbesonderheit anerkannt werden. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit liegt hier allein im Ermessen der Prüfungsgremien.

Wie sollten Sie vorgehen bei der Darlegung dieser „weiteren“ Praxisbesonderheiten?

Grundsätzlich gilt: Die Geltendmachung besonders vieler Praxisbesonderheiten spricht für eine Durchschnittspraxis. Auch Ihre Kollegen haben den ein oder anderen „teuren Fall“ zu versorgen. Überfordern Sie den Ausschuss bei der Darlegung Ihrer Praxisbesonderheiten nicht mit seitenlangen Pamphleten über die Ausrichtung Ihrer Praxis oder angewandte Behandlungsmethoden. Ratsamer ist es, Ihre Verordnungsdaten zu ordnen, übersichtlich zu gestalten und beispielsweise in tabellarischer Form darzulegen. Dies könnte beispielsweise wie folgt aussehen:

1. Name des Patienten
2. Krankenkasse
3. Diagnose oder Praxisbesonderheit aus der Anlage der Prüfvereinbarung
4. verordnete Arzneimittel
5. Begründung für konkrete Verordnung dieser Präparate bei vorgenannter Indikation
6. Kosten für Arzneimittelverordnung (z.B) Herzinsuffizienz mit KHK Präparat X Bessere Verträglichkeit als Präparat Y; Besonders nebenwirkungsarm;.....€/ Quartal

Grundsätzlich sollten Sie Einlassungen dahingehend, besser oder gründlicher zu behandeln als Ihre Kollegen, vermeiden. Eine solche Argumentation hat bislang noch kein Prüfungsgremium überzeugt, sondern vielmehr den Eindruck vermittelt, über keine besseren Argumente zu verfügen.

Auswahl von Krankheitsbildern

Finden Sie zunächst heraus, ob Sie bestimmte Krankheitsbilder schwerpunktmäßig behandeln (Indikationsschwerpunkt) oder ob besonders teure Krankheitsbilder bestehen (Kostenschwerpunkt), die eine Richtgrößenüberschreitung auslösen könnten. Eine Häufung besonderer Krankheitsbilder (Indikationsschwerpunkt) bzw. verschiedene besonders teure Krankheitsbilder (Kostenschwerpunkt) stellen nämlich die aussichtsreichste Verteidigung dar. Analysieren Sie Ihre Patientenstruktur und wählen Sie die Krankheitsbilder aus Ihrer Praxis aus, mit denen Sie glauben, eine Überschreitung der Richtgrössensumme rechtfertigen zu können.

Mit Hilfe eines Praxis-EDV-Systems lassen sich die Ursachen für Richtgrößenüberschreitungen am einfachsten herausfinden und begründen. Ein Statistikprogramm hilft dabei, durch Sammlung der einzelnen Daten zu den Patienten, umfassend die Patientenstruktur zu erfassen und zu analysieren und Praxisbesonderheiten herauszufiltern. Das setzt allerdings eine sorgfältige Statistikpflege voraus. Am besten speisen Sie Patientendaten möglichst schnell nach dem Praxisbesuch in die Statistik ein. Legen Sie in dieser Datensammlung insbesondere eine Tabelle an, in der diejenigen Patienten geführt werden, die besondere Kosten verursachen, um einen Nachweis der erzeugten

Mehrkosten zu erleichtern. Um den Datenaufnahmeaufwand zu reduzieren, genügt es, wenn Sie eine vertiefte Datenaufnahme nur bei den Patienten vornehmen, die für Ihre Facharztgruppe untypische Indikationen mit hohem Kostenaufwand aufweisen. Fokussieren Sie sich dabei auf solche Krankheitsbilder, bei denen Sie davon ausgehen, dass sie gegenüber Ihrer Vergleichsgruppe eine „Besonderheit“ darstellen und besonders kostenintensiv sind. Eine solche Darstellung erleichtert die Anerkennung der Krankheitsbilder als Praxisbesonderheit.

Sofern ein Arzt z.B. im Schwerpunkt Diabetologie praktiziert, fällt es ihm leicht, ein Krankheitsbild als Praxisbesonderheit zu qualifizieren, da er im Regelfall Diabetes mellitus Patienten betreut. Betreibt ein Arzt jedoch eine Allgemeinpraxis, wird es ihm gegenüber einer Schwerpunktpraxis – aufgrund seines umfangreicheren Leistungsspektrums – schwerer fallen, Krankheitsbilder auszuwählen, die eine Überschreitung der Richtgrößensumme rechtfertigen können. Einem solchen Arzt wird empfohlen, gerade solche Krankheitsbilder als Praxisbesonderheiten auszusuchen, die nicht in jeder Allgemeinpraxis vorkommen. Hierzu zählen z.B. Multiple-Sklerose – Patienten.

Erläuterung der Therapieweise

Sobald Sie die Krankheitsbilder ausgewählt haben, gilt es, nun auch die medizinische Arbeit und die veranschlagte Therapie kurz anhand dieser ausgewählten Krankheitsbilder zu erläutern. Diese Darstellung dient der Begründung des Ordnungsverhaltens bezüglich der Praxisbesonderheiten. Zwar sind auch die Prüfungsgremien mit Prüfärzten, die zum Teil aus Ihrer Fachgruppe stammen, besetzt. Doch vielfach können die Prüfärzte trotz ihrer Fachkompetenz nicht erkennen, warum Sie gerade jenes Medikament verordnet haben.

Selbstverständlich können Sie nicht auf alle Therapieformen eingehen. Skizzieren Sie aber zumindest grob, wie Sie die entsprechenden Krankheitsbilder im Regelfall behandeln. Erläutern Sie, nachdem Sie das jeweilige Krankheitsbild kurz beschrieben haben, warum Sie sich für eine bestimmte Medikation in der jeweiligen Quantität entschieden haben. Gehen Sie in diesem Zusammenhang darauf ein, inwiefern die von Ihnen als notwendig erachtete Therapie gerade dem Standard der Medizin zum Behandlungszeitpunkt entspricht. Zitieren Sie dazu die Leitlinien Ihrer Fachgesellschaft bzw. wissenschaftliche Stellungnahmen. Schließlich können Sie nun weitere Beispielfälle zu diesem Krankheitsbild aus Ihrer Praxis aufzählen.

Quantifizierung der Verordnungskosten

In einem letzten Schritt müssen die Verordnungskosten errechnet werden, die Sie als Praxisbesonderheiten geltend machen. Dazu gibt es zwei Möglichkeiten:

Bei entsprechender Datenlage, für die Sie Sorge tragen sollten, ist es dank Ihrer EDV ohne größere Mühe möglich, den durch die Praxisbesonderheit verursachten Mehrbedarf bis auf den Cent genau zu beziffern. Dazu bedarf es einer Datenspeicherung in Form einer Tabelle, in der für jeden Patienten Indikation und Verordnung sowie mittels Preisliste die Verordnungskosten festgehalten werden, so dass es möglich ist, in detail nachzuvollziehen, welche Patienten welche Kosten verursacht haben. Auch aut-idem steht einer solchen Dokumentation nicht entgegen, da der Preis bei aut-idem sich ja im unteren Preisdrittel bewegt und so zumindest geschätzt werden kann. Die Quantifizierung anhand der eigenen Dokumentation erfolgt dann wie folgt: Zunächst müssen Sie anhand dieser Tabelle ermitteln, bei welchen Patienten wesentlich die Richtgröße überschritten

wurde. Die Kosten, die die als Praxisbesonderheit eingestuft Patienten im Einzelnen verursacht haben, können allerdings nicht ohne Bereinigung als abzugsfähig zugrunde gelegt werden. Berechnen Sie zunächst, welche Summe nach Richtgröße für diese Patienten zur Verfügung stand. Ziehen Sie nun diese Summe von den tatsächlich verursachten Kosten dieser Patienten ab. Das Ergebnis stellt den durch die Praxisbesonderheit verursachten Mehrbedarf da und ist, sofern dieser Mehrbedarf wirtschaftlich verordnet wurde, voll abziehbar.

Verfügen Sie nicht über eine solche genaue Dokumentation, stellt sich die Quantifizierung der Praxisbesonderheiten etwas problematischer dar. Auch wenn Sie nicht die Kosten pro Patient listen, ist aus Ihrer Praxissoftware sicherlich ersichtlich, wie viel Patienten pro Krankheitsbild im jeweiligen Jahr behandelt wurden. Dann empfiehlt es sich, zumindest methodisch auf eine Durchschnittsbildung zurückzugreifen. Dazu müssen Sie die durchschnittlichen Verordnungskosten pro Patient für das jeweilige Krankheitsbild ermitteln. Die abzugsfähige Mehrbedarfssumme ergibt sich aus dem Produkt der Patientenzahlen und der Durchschnittskostensumme für die Indikation, die als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen ist. Steht also zumindest die Indikation fest, so kann anhand einiger auf ihre Wirtschaftlichkeit überprüften Stichproben in repräsentativer Anzahl aus dieser indikationsbezogenen Patientengruppe ein durchschnittlicher Mehrbedarf für diese Indikation auf die Gesamtpatientenzahl dieser Indikation hochgerechnet werden.

Klärungsbedarf hinsichtlich der Quantifizierung des abzugsfähigen Mehrbedarfs herrscht unter Umständen, wenn „schwere“ oder „teure“ Fälle bereits in die Bestimmung der Richtgröße eingeflossen sind. Grundsätzlich gilt, dass Maßstäbe, die bereits bei der Bestimmung der Richtgröße Verwendung gefunden haben, nicht erneut von Ihnen herangezogen werden dürfen. Sind beispielsweise bei der Festsetzung der Richtgröße einer Allgemeinarztpraxis bereits die Mehrkosten berücksichtigt worden, die durch Indikationen wie Schmerzpatienten oder Diabetiker entstehen, können Sie auf diese Umstände eigentlich nicht erneut rekurren. Wenn in Ihrer Praxis eine überdurchschnittlich hohe Zahl dieser Indikationen vorliegt, ist jedoch zu überlegen, ob nicht Grundsätze aus der Prüfung nach Durchschnittswerten zur Quantifizierung herangezogen werden sollten.

Eine exakte Quantifizierung des Mehraufwandes gestaltet sich zudem in den Fällen schwierig, in denen der Mehraufwand durch einen Minderaufwand auf anderen Gebieten kompensiert wurde.

Kausalität

Bei der Prüfung von Praxisbesonderheiten führt natürlich nicht jede Besonderheit zu einer Reduktion der Kennzahl-Überschreitung. Vielmehr muss eine Kausalität gegeben sein, d.h. es muss sich aus der Besonderheit die Überschreitung erklären lassen.

Auch bei den kompensatorischen Einsparungen kommt es auf den Nachweis der Kausalität zwischen Mehrausgabe und Einsparungen an; ein lediglich „zufälliges“ Einsparen von Leistungen in anderen Gebieten bewahrt Sie nicht vor dem Vorwurf unwirtschaftlicher Mehraufwendungen in anderen Gebieten.

Weitere Informationen zum Thema Regresse erhalten Sie auf unserer Website und in unserer monatlichen Ärztinformation „Therapieimpuls“.

Hier geht es zu unserer Website: [www. therapiefreiheit.org](http://www.therapiefreiheit.org)

Außerdem haben wir gemeinsam mit starken Partnern für Ärzte in unserem Netzwerk den Regressschutz Plus entwickelt, der einen umfassenden Schutz vor Regressforderungen bietet und somit Ihre Therapiefreiheit sichert und das Arzt-Patienten-Verhältnis verbessert.

Weitere Informationen zu unserem Regressschutz Plus erhalten Sie hier:

www.therapiefreiheit.org/regressschutz

Therapiefreiheit ●●●● für Ärzte e.V.

Therapiefreiheit für Ärzte e.V.

Mariendorfer Damm 73

12109 Berlin

T.: 030 70 03 15 59

M.: info@therapiefreiheit.org