

„**MEDIKAMENTENMANAGEMENT**“ IN DER ARZTPRAXIS

eine neue Form der „Hausapotheke für alle Ärzte“

Beweggründe zur Entwicklung des Konzeptes „Medikamentenmanagements“

Wahlärzte sind gewohnt, kundenorientiert und damit patientenorientiert zu denken und zu handeln, da sie nur so erfolgreich sein können. Wahlarztordinationen sind häufig zu Zeiten geöffnet, wo das übliche Geschäftsleben noch oder bereits stillsteht (Frühordinationen, Abendordinationen), da immer mehr Patienten bestrebt sind, ihren Wahlarzt außerhalb der Arbeitszeit aufzusuchen. Dies führt in der Praxis dazu, dass Patienten für verschriebene Medikamente oft weite Wege zurücklegen müssen, da außerhalb der „normalen“ Geschäftszeiten lediglich eine „diensthabende“ Apotheke geöffnet ist.

Ziele

Im Vordergrund des Modells stehen die Bedürfnisse der Patienten. Nachdem Ärzte die Kompetenz haben, Medikamente zu verordnen, ist es für mich logisch, die Abgabekompetenz beim verschreibenden Arzt zu vereinen und dem Patienten Wege zu ersparen. Die bestehenden Hausapotheken bestätigen die Funktionsfähigkeit dieses Systems. Schwachstellen des derzeit bestehenden Hausapothekensystems – wie der direkte Profit durch Verschreibung eines Medikaments – werden bei dem neuen Denkmodell beseitigt. Tierärzte haben bereits jetzt das Recht der Medikamentenabgabe.

Situationsbeschreibung

Die Medikamentendistribution ist in Österreich derzeit wie folgt geregelt: Der Patient hat freien Zugang zum Arzt und zwar in der Form, dass er sowohl zum Allgemeinmediziner als auch direkt zum Facharzt oder in die Spitalsambulanz gehen kann. In einigen Bundesländern ist der direkte Zugang zum Facharzt eingeschränkt, in der Praxis ist diese Einschränkung kaum relevant. Allgemeinmediziner und Fachärzte verschreiben Medikamente, die der Patient in der öffentlichen Apotheke abholt. Einzelne Allgemeinmediziner verfügen über eine Hausapotheke.

Im Krankenhaus wird der Patient mit einer Empfehlung bzw. Verschreibung der Erstmedikation ausgestattet. Er erhält KEINE Medikamente, nur ein Rezept für die kleinste verschreibbare Packungsgröße von dringenden Medikamenten unter Berücksichtigung der Richtlinien des Erstattungskodex. Danach geht er zum niedergelassenen Arzt zur Weiterbehandlung und

DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident

Weiterverschreibung seiner benötigten Medikamente. Die Verschreibegewohnheiten bei der Behandlung im intramuralen Bereich sind in keinsten Weise an den Erstattungskodex der Sozialversicherungen gebunden.

Der niedergelassene Arzt verschreibt hierbei EXAKT das auszuhändigende Medikament unter Berücksichtigung des Erstattungskodex, der Patient sucht eine öffentliche Apotheke seiner Wahl auf und bekommt dort EXAKT das Medikament ausgehändigt. EXAKT bedeutet in diesem Zusammenhang, dass genau das verschriebene Präparat in genau der verschriebenen Packungsgröße ausgehändigt wird. Die Verantwortung für die Verschreibung wird AUSSCHLIESSLICH vom Arzt getragen.

Je nach Status von Medikament und Patient ist unter Umständen ein Selbstbehalt zu leisten. „Private“ Medikamente sind vom Patienten zu bezahlen. Diese Versorgung wird von etwa 1.000 öffentlichen Apotheken in Österreich übernommen, zusätzlich sind knapp weniger als 1.000 Hausapotheker für die Versorgung der Patienten in den Gegenden tätig, deren Infrastruktur keine öffentliche Apotheke rechtfertigt.

„Wertschöpfungskette“ Medikation

Bis das Medikament zum Patienten/Verbraucher kommt, legt es einen langen Weg zurück: Es wird entwickelt, wobei im Durchschnitt nur etwa zwei Prozent aller Medikamente im Entwicklungsstadium den Weg zum Patienten finden. Selbstverständlich müssen diese zwei Prozent die Entwicklungskosten der restlichen 98 Prozent mittragen. Es besteht kein Zweifel am marktwirtschaftlichen System der Medikamentenentwicklung, welches maßgeblich für die Entwicklung von Spitzenprodukten verantwortlich ist.

Letztendlich gehen im Schnitt etwa 45 bis 50 Prozent des Verkaufspreises an die Pharmafirma, die die Medikamente entwickelt, serienreif macht, produziert und „verreibt“. Knappe zehn Prozent verbleiben dem Großhandel, der für die Verteilung der Medikamente in den Apotheken sorgt und diese bis zu dreimal täglich beliefert. Etwas mehr als 15 Prozent vom Bruttoverkaufspreis kassiert der Staat durch die Umsatzsteuer von 20 Prozent.

Die öffentlichen Apotheken, die den gleichen Beitrag zur Wertschöpfungskette Medikation beitragen wie der Großhandel, erhalten den stolzen Anteil von 20 bis 25 Prozent des Umsatzvolumens. Ärzte sind auch in dieses Distributionssystem eingebunden: Sie klären den

DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident

Patienten auf, stellen den Patienten ein, überprüfen Neben- und Wechselwirkungen und haften für die medizinisch sinnvolle und ökonomische (das heißt für die Krankenkassen günstige) Verschreibung. Aus derzeitiger Sicht jedoch unentlohnt.

Kritikpunkte am derzeitigen System

Honorierung

Das derzeitige System hat einige Schwachpunkte: Zunächst entspricht die Honorierung der einzelnen Tätigkeiten und Aufgaben im Rahmen der Medikamentendispensierung wie oben beschrieben in keiner Weise dem Umfang der Tätigkeit und der Verantwortung, die von den Akteuren im jeweiligen Vertriebssteil geleistet werden. Der Vertriebssteil mit dem geringsten Beitrag zum Ganzen wird derzeit am großzügigsten entlohnt.

Wahlärzte sind im derzeitigen System deutlich schlechter gestellt. Sie müssen laut Ärztesgesetz Notfallmedikamente in der Ordination vorrätig haben, müssen diese jedoch auf eigene Kosten einkaufen. Eine Verschreibung „pro ordinatione“ ist nicht möglich. Laufen die Medikamente ab müssen sie wieder auf eigene Kosten erneuert werden.

Spanne

Das System der „Spanne“ beim Verkauf löst berechtigte Bedenken aus. Daher kommt auch oft die Forderung, dass die Medikamentenabgabe nicht mit Einfluss auf die Finanzen des Abgebers gekoppelt sein dürfte. Diese Argument wird berechtigterweise immer im Konnex mit Hausapotheken verwendet wird, da hier Interessenskonflikte im Zusammenhang der Verschreibungsgewohnheiten mit allfälligen Rabatten oder Handelsspannen nicht auszuschließen sind.

Der Patient läuft

Hauptkritikpunkt ist jedoch der Umweg des Patienten nach dem Arztbesuch in eine oft weit entfernte Apotheke. Geradezu tragisch wird die Situation, wenn es sich um immobile Patienten oder Gegenden mit schlechter Infrastruktur handelt. Hier müssen die Patienten zur Abholung von Injektabilia oder Infusionen vom Arzt mit einem Rezept zum Apotheker und dann wieder zurück zum Arzt geschickt werden müssen, um Infusion, Impfung oder Injektion erhalten zu können.

Die offen diskutierte Praxis einzelner illegaler Hausapotheken zeigt uns ganz deutlich auf, welcher Vertriebsweg im Sinne des Patienten optimal ist. Ganz abgesehen davon, dass gerade kleinere

DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident

Landapotheken lagermäßig oft genug schlecht bestückt sind, der Patient also entweder zur nächsten Apotheke geschickt werden muss oder ohnehin bis zum nächsten Tag warten muss.

Generika

Die Generika Flut von bis zu 60 Medikamenten des gleichen Wirkstoffs oder mehr macht bisweilen auch den Apothekern die rechtlich einwandfreie Medikamentenabgabe schwer. Unter vorgehaltener Hand wird von Pharmainsidern geschätzt, dass bis zu 30 Prozent aller Verschreibungen vom Apotheker nach derzeitiger Rechtslage illegalerweise substituiert werden. Eine Entwicklung, deren Duldung sich mittlerweile eingeschlichen hat, wie erfolglose Versuche von Ärzten zeigen, gegen diese rechtswidrige Praxis anzukämpfen.

Medikamentensicherheit

Die letzten beiden Punkte führen zum Thema Medikamentensicherheit. Derzeit wird im Bundesland Salzburg am „Medikamentensicherheitsgurt“ gebastelt. Dieser sieht vor, dass die Apotheke für den Patienten überprüft, ob es bei seinen Medikationen zu Interaktionen unterschiedlicher Schwere kommen kann. Die Prüfung wird durch ein geeignetes EDV-Programm vorgenommen, welches jede Angestellte bedienen kann. Voraussetzung ist, dass Informationen über die verschiedenen Medikationen sinnvoll gebündelt werden. Dies ist über die E-card einfach zu bewerkstelligen.

Das Problem dabei ist, dass der Apotheker weder fachlich noch rechtlich in der Lage ist, die vom EDV-Programm aufgedeckten Medikationsprobleme zu lösen. Verschärft wird dieses Problem durch die Tatsache, dass die meisten bestehenden Wechselwirkungen den Verschreibern bekannt sind und aus therapeutischen Zwecken bewusst von ihnen in Kauf genommen und vor allem in letzter Konsequenz VERANTWORTET werden. Führende Softwarelösungen für Ärzte verfügen über eine Interaktionsprüfung. Hauptproblem ist die derzeit noch mangelhafte Information über von anderen Ärzten verschriebene Medikamente, dieses Problem ließe sich über die E-Card leicht lösen. Ein weiteres Problem ist die Tatsache, dass auch rezeptfreie Medikamente schwerwiegende Interaktionen verursachen können. Aspirin ist hierfür ein typisches Beispiel, jedoch erfolgt auf dem bisherigen Vertriebsweg weder eine Beratung noch eine Interaktionskontrolle bei Verkauf. Die Apotheke ist daher sicher die falsche Instanz für eine ex post Verschreibungskontrolle.

Fehler im System können natürlich passieren, so wie in allen Bereichen des täglichen Lebens. Da der Apotheker die Verschreibung nicht beeinflussen kann und EXAKT das aushändigen muss, was der Arzt verschrieben hat, ist durch Medikamentenabgabe in öffentlichen Apotheken keine

DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident

Verbesserung der Medikamentenkontrolle gegeben. Durch Fehlermöglichkeiten innerhalb der öffentlichen Apotheke entsteht sogar ein zusätzliches Fehlerpotenzial zum Nachteil des Patienten.

Eine wichtige Kontrollstelle im System ist derzeit noch überhaupt nicht installiert. Niemand kann nachprüfen, ob der Patient wirklich das verschriebene Medikament erhält. Zahlreiche Ärzte klagen über Vermutungen, dass die Medikationen von der Apotheke eigenmächtig und somit illegal verändert werden. Dies wird oft bei Hausbesuchen festgestellt, wo man die tatsächlich ausgehändigten Packungen als Arzt zu Gesicht bekommt. Dies hat unter Umständen jedoch juristische Folgen für den Arzt, da er alleine die Verantwortung für den Patienten trägt und durch nicht existente Kontrolle der Medikamentenausgabe im Zweifelsfall Beweisprobleme haben wird.

Alternative „Medikamentenmanagement“

Eine Lösung, die alle angesprochenen Probleme auf einfache Weise beseitigen kann, ist eine neue Form der Hausapotheke, also ein Dispensierrecht für alle Ärzte. Jedoch nicht auf die derzeit in Hausapotheken und öffentlichen Apotheken angewendete Weise, dass der Unternehmer Arzt oder Apotheker die Medikamente einkauft und mit Handelsspanne an die jeweilige Sozialversicherung verkauft und damit berechnete finanzielle Interessen am Verkauf hat. Vielmehr sollte angedacht werden, dass den niedergelassenen Ärzten (und zwar sowohl Wahlärzten und Kassenärzten, wie Fachärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin) die Erbringung der ärztlichen Dienstleistung „Medikamentenmanagement“ ermöglicht wird. Ausgenommen vom Medikamentenmanagement sind die „technischen“ Fächer wie Radiologie oder Labormedizin.

Die Dienstleistung „Medikamentenmanagement“ umfasst hierbei die gesamte Abwicklung der Medikamentenabgabe. Dies gilt jedoch nur für die selbst verschriebenen Medikamente.

Ich möchte ausdrücklich festhalten, dass ich unabhängig von den folgenden Gedanken durchaus noch weitere Optimierungsvorschläge habe.

Umsetzbarkeit

Bedingungen

Dieses „Medikamentenmanagement“ ist an einige Bedingungen geknüpft. Der Arzt erhält eine Pauschalhonorierung in Höhe von 12,80 Euro pro Quartal pro Schein. Der Betrag ist wertgesichert, und an die Erhöhung der Rezeptgebühr gekoppelt. Unabhängig davon, ob überhaupt Medikamente verschrieben werden und wie viele oder welche Medikamente verschrieben werden.

DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident

Diese ärztliche Leistung wird bei Kassenärzten als neue Leistung im Leistungskatalog einmal pro Abrechnungszeitraum verrechnet, Wahlärzte werden für diesen Bereich Partner der Sozialversicherungen und legen diesen eine Honorarnote.

Meiner Ansicht nach handelt es sich beim Medikamentenmanagement um eine ärztliche Leistung, die daher nicht umsatzsteuerpflichtig ist. Eine Prüfung ist derzeit im Laufen.

Honorar

Das Honorar von 12,80 Euro wurde unter Zugrundelegung der Infrastruktur der Ordinationen von „typischen“ Ärzten ermittelt. Weiters ist der Zeitaufwand von Arzt und Personal sowie dessen Bewertung mittels durchschnittlicher Stundensätze einkalkuliert. Dieses Honorar stellt keine Verhandlungsgrundlage dar sondern einen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen kalkulierten Tarif.

Sonderfälle

Praxisvertretungen werden genauso gehandhabt wie Vertretungen ohne Medikamentenmanagement. Der Vertreter übernimmt den Status des Vertretenen, dieser wird aber nicht aus seiner Haftung entlassen. Im Falle von „Vertretungsscheinen“ werden zwar Medikamente ausgegeben, die Honorierung des Medikamentenmanagement verbleibt jedoch beim Arzt mit „Originalschein“.

Für Wahlarztpatienten gilt hierbei das „Scheinäquivalent“, also die Anzahl der verschiedenen behandelten Personen pro Quartal. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Sozialversicherung und Wahlarzt.

Für die Patienten der „kleinen Kassen“ mit Monatsabrechnung kommt ein Drittel des Betrages pro Monat zur Verrechnung, wobei hier die Sozialversicherungen auf ihren Selbstbehalt für die Position „Medikamentenmanagement“ verzichten sollten.

Rezeptgebühr

Zu diskutieren wäre in diesem Zusammenhang auch eine völlige Abschaffung der Rezeptgebühr und eine pauschalierte Einhebung dieser Beträge durch eine entsprechende Erhöhung des E-Card Beitrages. Dies würde die Zahl der Zahlungsflüsse (mehr als 150 Millionen Einzelbuchungen pro Jahr) massiv reduzieren und somit die Administration des gesamten Medikamentenmanagements für alle Beteiligten erheblich vereinfachen.

DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident

Chefarzt

In diesem Zusammenhang sollte auch die Position des Chefarztes neu überdacht werden.

Umsetzung

Der Arzt kommt mit dem Zahlungsfluss NICHT in Berührung, alle ausgehändigten Medikamente werden direkt zwischen Sozialversicherung und Großhändler abgerechnet. Der Arzt muss sich hierbei für die rezeptpflichtigen Medikamente für eine definierte Anzahl von Großhändlern entscheiden. In die Verhandlungen dieser beiden Vertragsparteien muss die Annahme aufgenommen werden, dass bei dispensierenden Ärzten ein Lager von einem Monatsumsatz als fixe Richtgröße aufrechterhalten werden muss.

Die Sozialversicherung rechnet nun ihrerseits die Medikation direkt mit dem Patienten ab. Das bedeutet, dass die Rezeptgebühr per Erlagschein eingezahlt wird (bei Beibehaltung der Rezeptgebühr). Als Option kommt selbstverständlich eine Direktabbuchung über Bankomatkasse in Frage. In diesem Falle müsste die Bankomatkasse samt Betrieb dem Arzt kostenlos vom Hauptverband zur Verfügung gestellt werden. Beim Wahlarzt sollte überlegt werden, ob die Verrechnung nicht sogar als Gegenrechnung zur Rückerstattung des Kassenanteils beim Wahlarzttarif erfolgen kann.

Teilnahme

Die Entscheidung, ob ein Arzt am System „Medikamentenmanagement“ teilnimmt ist freiwillig und wird nur von ihm getroffen. Hierbei wird nicht individuell je Patient, sondern nur individuell je Ordination entschieden. Die Entscheidung wird jeweils für ein Jahr getroffen und ausschließlich im ersten Durchgang wird eine „Kündigungsfrist“ von einem Monat ermöglicht. Wer sich für dieses System entscheidet, muss eine Medikamentenverfügbarkeit innerhalb von 24 Stunden gewährleisten. Dieses System gilt unabhängig von den Öffnungszeiten der Ordination. So kann es vor freien Tagen etwa Sinn machen, die fällige Medikamentenlieferung auf den Nachmittag des Ordinationstags zu legen. Wer sich als Arzt für dieses System entscheidet, verpflichtet sich, ALLEN Patienten sämtliche selbst verschriebenen Medikamente auszuhändigen.

So wird es von den Gegebenheiten vor Ort sowie in den einzelnen Ordinationen abhängen, ob dieses Recht in Anspruch genommen wird. Der Patient wird entscheiden, ob er einen Arzt mit oder ohne Medikamentenmanagement vorzieht. In den Städten wird es eher Ärzte geben die auf das Recht verzichten, da die Versorgung mit Medikamenten gut ist. Auf dem Land ist es sicherlich sowohl für Ärzte wie auch Patienten attraktiv, dieses Modell zu wählen.

DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident

Logistik

Die Distribution wird von Logistikexperten grundsätzlich als problemlos gesehen. So wie im Falle von öffentlichen Apotheken oder Hausapotheken könnte in Zukunft auch eine größere Anzahl Ärzte täglich einmal oder auch mehrmals angefahren werden. Da Ärzte ihre eigenen Verschreibungsmodalitäten kennen, sollte eine Lagerhaltung in der Art möglich sein, dass der Großteil der Medikamente vorhanden ist. Fehlende Medikamente können vom Großhandel rasch nachgeliefert und je nach Individualsituation des Patienten etwa bei Hausbesuchen nachgeliefert werden. Die derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen für Lagerräume in ärztlichen Hausapotheken sollten hierbei neu überdacht und an die zeitgemäßen Erfordernisse angepasst werden.

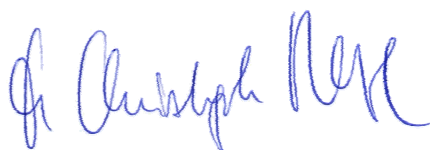
Gesetzesänderungen

Im Rahmen dieses Konzepts würden weitere Änderungen im System durchaus Sinn machen: So leiden öffentliche Apotheken stark unter einer teilweise nicht mehr zu rechtfertigenden Gesetzeslage. Die Apothekengesetzgebung stammt aus dem Jahr 1907 und ist noch auf das ursprüngliche Berufsbild ausgelegt, als Apotheken mit Herstellung von Medikamenten noch das getan haben, wozu sie heute noch ausgebildet werden. Hier sollte auf einen modernen Standard angepasst werden. Dies betrifft jedoch NICHT das existente Substitutionsverbot. Es sollte nach wie vor AUSSCHLIESSLICH derjenige über das verordnete Medikament entscheiden, der dazu ausgebildet ist und auch die ALLEINIGE Verantwortung trägt. Gleichzeitig ist es nicht mehr zeitgemäß und offenbar auch rechtswidrig, den derzeitigen Gebietsschutz öffentlicher Apotheken weiterhin einzufordern. Hier zeigen zahlreiche Beispiele von neu eröffneten Apotheken auf groteske Weise, wie überarbeitungswürdig die Gesetzgebung ist. Wenn etwa Apotheker gezwungen werden, „auf der grünen Wiese“ abseits jeglicher gewachsener Infrastruktur nur aufgrund der Gesetzeslage zu eröffnen. Der Verkauf von apothekenpflichtigen Waren sollte im Rahmen des Medikamentenmanagements in Arztpraxen erlaubt werden.

DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident

Argumente, die für das „Medikamentenmanagement“ sprechen

1. Medikamentenmanagement ist mit großem Abstand die patientenfreundlichste Abgabeform, da sich dieser lange und oft sehr schmerzhaften Wege erspart.
2. Durch Medikamentenmanagement wird die Verschreibungs- und Abgabebetätigkeit vom Umsatz entkoppelt. Das bedeutet, dass keinerlei finanzieller Anreiz unmittelbar durch die Art der Verschreibung entsteht.
3. Durch bezahlte Arztzeit unabhängig von der Verschreibung wird es dem Arzt ermöglicht, etwa Patienten auf Generika umzustellen oder überhaupt einmal medikamentenarme/-freie Therapien zu besprechen und einzuleiten.
4. Durch die Abrechnung direkt zwischen Sozialversicherung und Patient sowie Sozialversicherung und Großhändler ist eine optimale und absolut sichere Kontrolle der Verordnungen möglich.
5. Die Fehlerquote wird reduziert, da eine Vertriebsstufe eingespart wird, die selbst wie jede andere Vertriebsstufe auch fehleranfällig ist.
6. Die Honorierung der einzelnen Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche im Rahmen der Medikation wird entzerrt und wieder an den realistischen Umfang und Verantwortungsbereich geknüpft.
7. Durch die Kombination von Umstieg Spanne auf Honorar sowie Anreize zur preiswerteren Medikation ist nach meinen Berechnungen ein Einsparpotenzial von theoretisch (bei vollkommener Marktdurchsetzung) etwa 70 Millionen Euro pro Jahr für die Sozialversicherungen gegeben.



Dr. Christoph Reisner im November 2006

Dr. Christoph Reisner (www.wahlarzt.at)

Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Oberarzt am Schwerpunktkrankenhaus Wr. Neustadt mit Wahlarztordination in Neunkirchen

Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger

1. Vizepräsident der Ärztekammer für Niederösterreich und Leiter des Wahlarztreferates

Präsident des Vereins „Wahlärzte Österreich“ (www.wahlarzt.net)

Obmann des Vereins „Wahlärzte und Mittelbau Niederösterreich“ (www.wahlarzt.net)

Geschäftsführender Gesellschafter Reisner & Sinzinger Med. Software GmbH (www.wahlarzt.com)

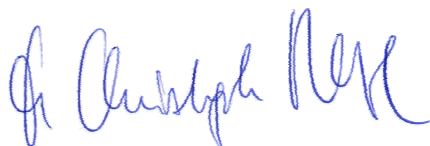
DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident

Weitere Problembereiche im Gesundheitswesen

Bei der Erstellung des Konzeptes Medikamentenmanagement habe ich Informationen und Beurteilungen von zahlreichen Experten aus der Branche sowie erfahrenen Wahl- und Kassenärzten erhalten. Das Hauptproblem bei der Erstellung des Konzeptes waren die Schnittstellen. Beim Überdenken der Details ist mir aufgefallen, dass viele Probleme fast ausschließlich nur auf Grund für mich unbefriedigender „Zustände“ bestehen. So sorgt etwa die Größenordnung der Naturalrabatte in Krankenhäusern von bis zu einem Jahresbedarf (die erstaunlicherweise dort gebilligt und ärztlichen Hausapotheken verboten ist) für enorme Probleme bei der Nachmedikation im extramuralen Bereich.

Die Problembereiche im Einzelnen ohne Anspruch auf Vollständigkeit

- Verschreibungsgewohnheiten in Krankenhäusern werden von Naturalrabatten im oben beschriebenen Ausmaß enorm beeinflusst
- Gesetzeslage betreffend Apotheken und Hausapotheken ist teilweise veraltet
- Rezeptgebühr mit hohem administrativen Aufwand (mehr als 150 Millionen Einzelbuchungen pro Jahr) und ohne Lenkungsfunktion
- verschiedene Abrechnungszeiträume der Krankenkassen
- unterschiedliche Leistungskataloge der verschiedenen Krankenkassen



Dr. Christoph Reisner im November 2006