



Leitfaden für ärztliche Gutachter



ÄRZTEKAMMER MECKLENBURG-VORPOMMERN

Körperschaft des öffentlichen Rechts

INHALTSVERZEICHNIS

TEIL A

1. PRÜFUNG DES GUTACHTENAUFTRAGS	3
2. ERSTELLEN DES GUTACHTES	4
2.1. DEN MEDIZINISCHEN SACHVERHALT KLÄREN	4
2.3. BEURTEILEN, OB DER FEHLER ZU EINEM GESUNDHEITSSCHADEN DES PATIENTEN FÜHRT	5
2.4. DAS GUTACHTEN MIT EINER ZUSAMMENFASSUNG ABSCHLIESSEN	5

TEIL B

WICHTIGE BEGRIFFE FÜR ÄRZTLICHE GUTACHTEN	6
SACHVERHALTSDARSTELLUNG	6
DOKUMENTATION	7
BEFANGENHEIT	7
ERFORDERLICHE SORGFALT	8
MEDIZINISCHER STANDARD - DIE ART UND WEISE DER BEHANDLUNG	8
LEITLINIEN	9
BEHANDLUNGSFEHLER	9
GROBER BEHANDLUNGSFEHLER	10
DIAGNOSEIRRTUM UND DIAGNOSEFEHLER	10
MANGELHAFTE BEFUNDERHEBUNG — BEFUNDERHEBUNGSFEHLER	11
GESUNDHEITSSCHADEN	12
KOMPLIKATION	12
KAUSALITÄT	13
AUFKLÄRUNG	13

Mit freundlicher Genehmigung der
Ärztekammer Westfalen-Lippe

Teil A

1. Prüfung des Gutachtauftrags

Ein ärztlicher Gutachter sollte sachkompetent, unabhängig und unvoreingenommen sein.

Entscheiden Sie bitte zeitnah nach Erhalt des Gutachtauftrags, ob Sie den Gutachtauftrag annehmen. Bitte überlegen Sie:

- Steht das Fachgebiet, in dem Sie weitergebildet und tätig sind, im Mittelpunkt des Gutachtauftrags? Ist Ihnen der in Frage stehende Sachverhalt aus Wissenschaft und Praxis geläufig?
- Haben Sie genügend Zeit, das Gutachten in der Regel innerhalb von drei Monaten fertig zu stellen?
- Können Sie in diesem Verfahren unvoreingenommen und neutral sein oder gibt es Gründe, weshalb Verfahrensbeteiligte be-

sorgt sein könnten, dass Sie befangen sind?

Nehmen Sie den Gutachtauftrag an, dann prüfen Sie bitte so bald wie möglich, ob die Unterlagen für die Begutachtung vollständig sind. Wenn etwas fehlen sollte, kontaktieren Sie uns bitte, damit wir diese besorgen und nachsenden können. Unser Verfahren findet grundsätzlich schriftlich statt. Ihr Gutachten stützt sich auf die Behandlungsdokumentation und auf die Tatsachen, die in der Akte von den Parteien vorgetragen werden.

Wenn Sie den Gutachtauftrag nicht annehmen möchten, teilen Sie es uns bitte umgehend mit und senden uns gleichzeitig die Akte zurück, damit wir keine Zeit verlieren.



2. Erstellen des Gutachtes

Ihre Begutachtung muss drei Aufgaben erfüllen: den medizinischen Sachverhalt klären, die in Frage stehende ärztliche Behandlung bewerten und - falls Sie einen Behandlungsfehler feststellen - beurteilen, ob der Fehler zu einem Gesundheitsschaden des Patienten geführt hat (Kausalität).

2.1. Den medizinischen Sachverhalt klären

Bitte geben Sie aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu Beginn Ihres Gutachtens an, auf welche Grundlagen sich Ihre Sachverhaltsdarstellung stützt. Stellen Sie dann ohne Wertung in knapper Form den medizinischen Sachverhalt dar.

Bitte beschränken Sie sich dabei auf die für das Verständnis des Sachverhaltes und die spätere medizinische Beurteilung wesentlichen Teile der Krankengeschichte, um das Gutachten nachvollziehbar und auch für medizinische Laien verständlich zu halten.

Formale Eigenschaften eines ärztlichen Gutachtens:

Die erste Seite enthält

- Ihren Namen
- Ihr Fachgebiet
- Ihre jetzige oder frühere ärztliche Funktion
- das Aktenzeichen der Gutachterkommission
- die Namen von Antragsteller und Antragsgegner

Alle Seiten des Gutachtens sind fortlaufend zu nummerieren und tragen das Aktenzeichen zur Identifikation.

2.2. Die Frage stehende ärztliche Behandlung bewerten

Nehmen Sie bitte eine so genannte Sicht „ex ante“ ein.

Das heißt: Umstände, die zum Zeitpunkt der in Frage stehenden Behandlung noch nicht bekannt waren, müssen bei der Bewertung außer Acht bleiben. In der Retrospektive ist vielleicht einiges

ganz offensichtlich, was sich dem Behandelnden zum Zeitpunkt der Entscheidung nicht sofort erschließen konnte.

Kommen Sie so zu einer begründeten Bewertung des Sachverhaltes und damit zu der Kernfrage Ihres Gutachtens: Ist der Patient mit der erforderlichen Sorgfalt behandelt worden oder liegt ein Behandlungsfehler vor?

Sorgfalt bedeutet in diesem Zusammenhang die Beachtung der medizinischen Standards Ihres Fachgebietes. Bei der Bewertung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, kommt es darauf an, was von einem gewissenhaften Arzt nach den von ihm objektiv zu erwartenden medizinischen Kenntnissen und Fähigkeiten zu verlangen war.

Sicht „ex ante“ – denn: Hinterher ist man natürlich klüger.

BITTE

Beschreiben Sie in Ihrem Gutachten zunächst den objektiven Standard – ggf. unter Angabe von Quellen. Anschließend bewerten Sie, ob dieser Standard bei der in Frage stehenden Behandlung eingehalten wurde.

2.3. Beurteilen, ob der Fehler zu einem Gesundheitsschaden des Patienten führt

Nur für den Fall, dass Sie einen Behandlungsfehler festgestellt haben, prüfen Sie bitte, ob der Patient einen Gesundheitsschaden erlitten hat, der kausal auf diesen Fehler zurückzuführen ist. Ein Gesundheitsschaden im arzt haftungsrechtlichen Sinne ist ein gesundheitlicher Nachteil, der zusätzlich zu den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen eines Patienten durch ärztliche Behandlung eintritt. Ein Gesundheitsschaden kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

2.4. Das Gutachten mit einer Zusammenfassung abschließen

Bitte schließen Sie Ihr Gutachten mit einer Zusammenfassung ab, aus der Antworten auf die folgenden Fragen laienverständlich hervorgehen:

- Weshalb wurde der Patient behandelt?
- Welche Behandlung wurde durchgeführt?



- War diese Behandlung fehlerhaft oder lege artis?
- Wenn die Behandlung fehlerhaft war, worin konkret liegt der
- Behandlungsfehler?
- Trat infolge dieses Fehlers ein Gesundheitsschaden ein?
- Wenn ja, welcher Schaden?

BITTE

- fassen Sie das Gutachten so ab, dass es auch ein medizinischer Laie verstehen kann.
- behandeln Sie als ärztlicher Gutachter immer nur medizinische und keine juristischen Aspekte.
- bewerten Sie nicht das Vorgehen der Ärzte, die nicht am Verfahren beteiligt sind (zum Beispiel das Vorgehen der vor- und nachbehandelnden Ärzte).

Teil B

Wichtige Begriffe für ärztliche Gutachten

SACHVERHALTSDARSTELLUNG

In der Sachverhaltsdarstellung legt der ärztliche Gutachter die medizinischen Zusammenhänge dar, die sich aus der Behandlungsdokumentation ergeben. Liegt eine korrekte und vollständige Dokumentation vor, können die in der Behandlungsdokumentation niedergelegten Umstände und Vorgänge im Allgemeinen als richtig zugrunde gelegt werden. Wenn ein bestimmter Befund oder eine bestimmte Maßnahme dokumentiert wurde, als noch niemand wissen konnte, dass es darauf einmal entscheidend ankommen könnte, ist dies ein Indiz für die Richtigkeit der Dokumentation. Damit können dieser Befund bzw. diese Maß-

nahme als erfolgt angesehen werden. Dokumentationspflichtige, aber nicht dokumentierte Maßnahmen können vom Sachverständigen als nicht erfolgt angesehen werden.

DOKUMENTATION

Die Behandlungsdokumentation enthält „sämtliche, aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen“ (§ 630f Abs. 2 BGB).

Stichwortartige Aufzeichnungen sind ausreichend, wenn sie für den Fachmann verständlich sind. Routinemaßnahmen sind nicht dokumentationspflichtig.

Hat ein Arzt „eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis [...] nicht in der Patientenakte aufgezeichnet [...], wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat“

(§ 630h Abs. 3 BGB). Bei Vorliegen einer ordnungsgemäßen Dokumentation können die in der Behandlungsdokumentation niedergelegten Umstände und Vorgänge im Allgemeinen als richtig zugrunde gelegt werden. Sind wichtige dokumentationspflichtige Maßnahmen nicht dokumentiert, kann vermutet werden, dass sie nicht durchgeführt wurden.

BEFANGENHEIT

Von einer Befangenheit ist auszugehen, wenn ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit eines Gutachters zu rechtfertigen. Hierunter fallen objektive Gründe, die aus Sicht einer besonnen und vernünftig denkenden Partei Anlass geben, an der Unvoreingenommenheit und Objektivität des Gutachters zu zweifeln.

Beispiele

- selbst in die Behandlung involviert
- Duzfreundschaft
- für den gleichen Krankenhausträger tätig oder tätig gewesen.



ERFORDERLICHE SORGFALT

Der ärztliche Beruf ist mit der gebotenen Sorgfalt auszuüben. Dies erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des zum Zeitpunkt der Behandlung anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse

MEDIZINISCHER STANDARD - DIE ART UND WEISE DER BEHANDLUNG

Standards eines Fachgebietes sind keine festen Größen. Gemeint ist vielmehr die Art und Weise der Behandlung, die - angepasst an die individuellen Anforderungen des einzelnen Behandlungsfalles - nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ärztlicher Erfahrung zum Zeitpunkt der Behandlung angezeigt ist. Maßgeblich sind insbesondere auch Leitlinien (siehe Seite 12) der Fachgesellschaften, die den Standard zwar nicht bestimmend begründen, jedoch beschreibend wiedergeben können.

Medizinischer Standard hängt weiter von den situativen Möglichkeiten des Arztes ab. So ist der zu erwartende Standard auch an der Versor-

gungsstufe festzumachen. Er kann z. B. in einem kleinen oder mittleren Krankenhaus der Allgemeinversorgung auch dann gewahrt sein, wenn in einer Universitätsklinik oder einer Spezialklinik überlegene Möglichkeiten bestehen würden.

Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, die erst in wenigen Spezialkliniken erprobt und durchgeführt werden, sind für den allgemeinen Qualitätsstandard nur insoweit zu berücksichtigen, als es um die Frage geht, ob der Patient wegen eines speziellen Leidens in die Spezialklinik hätte überwiesen werden müssen.

Haftungsrechtlich ist der Arzt nicht auf sein Fachgebiet festgelegt. Er muss aber, wenn er sich auf ein anderes Fachgebiet begibt, dessen Standard garantieren.

Medizinischer Standard ist die Art und Weise der Behandlung, die nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ärztlicher Erfahrung zum Zeitpunkt der Behandlung angezeigt ist.

LEITLINIEN

Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften können den geltenden medizinischen Standard beschreiben, sie bestimmen ihn jedoch nicht. Es ist Aufgabe des Sachverständigen, den im Einzelfall gebotenen Standard zu ermitteln - auch unter Würdigung von Leitlinien. Dabei sollte der Gutachter Leitlinien auch auf Einschlägigkeit für den speziellen Einzelfall, Aktualität zum Behandlungszeitraum und Rang bewerten.

Wurde bei einer Behandlung von der Leitlinie abgewichen, bedeutet dies nicht in jedem Fall, dass darin ein Fehler liegt. Umgekehrt befreit auch der Umstand, dass die Leitlinie bei der Behandlung beachtet wurde, nicht immer von der Haftung. Die Behandlung ist den besonderen Anforderungen des Einzelfalls anzupassen. Dabei sollte immer beachtet werden, ob die jeweilige Leitlinie auch für die Versorgungsebene / das jeweilige Fach geschrieben wurde.

Leitlinien, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgegeben werden, stellen einen Handlungskorridor dar, der in begründeten Fällen verlassen werden kann.

BEHANDLUNGSFEHLER

Ein Arzt muss einen Patienten mit der erforderlichen Sorgfalt behandeln. Maßstab ist dabei das, was von einem ordentlichen, pflichtgetreuen Arzt der in Rede stehenden Fachrichtung in der konkreten Situation erwartet werden konnte, also die Einhaltung des medizinischen Standards.

Der Gutachter nimmt bei der Bewertung eine Sicht „ex ante“ ein: Umstände, die zum Zeitpunkt der in Frage stehenden Behandlung noch nicht bekannt waren, bleiben außer Acht.

Ein Behandlungsfehler kann zum einen darin bestehen, dass etwas nicht Indiziertes oder Falsches getan wird oder zum anderen darin, dass etwas Notwendiges unterlassen wird. Sowohl ein einfacher als auch ein grober Behandlungsfehler kann zur Haftung führen. Die Unterscheidung hat für die juristische Bewertung der Beweislastverteilung¹ Bedeutung. Eine objektive Standardunterschreitung des entsprechenden Fachgebietes ist grundsätzlich ein Behandlungsfehler.

¹ Zu Beginn des Arzthaftungsprozesses treffen Feststellungs- und Beweisführungslast regelmäßig den Patienten. Im Arzthaftungsrecht kommt es zur Beweislastumkehr bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers.



GROBER BEHANDLUNGSFEHLER

Wenn ein Arzt eindeutig gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse oder bewährte ärztliche Behandlungsregeln verstoßen hat und der Fehler dem Gutachter aus objektiver Sicht „völlig unverständlich und unverantwortlich“ erscheint, wird dieser Fehler in der Rechtsprechung als „grober“ Behandlungsfehler eingestuft.

Liegt ein „grober“ Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, den infrage stehenden Gesundheitsschaden herbeizuführen, wird bei der Entscheidung der Haftungsfrage auch angenommen, dass der Behandlungsfehler für diesen Schaden ursächlich war; es sei denn in diesem Einzelfall ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Fehler und Schaden „gänzlich unwahrscheinlich“. Der Schadensumfang sagt nichts darüber aus, ob ein grober oder ein einfacher Behandlungsfehler vorliegt.

Ein grober Behandlungsfehler erscheint dem Gutachter als „völlig unverständlich und unverantwortlich“.

DIAGNOSEIRRTUM UND DIAGNOSEFEHLER

Ein Diagnoseirrtum liegt vor bei zwar objektiv falscher, aber in der gegebenen Situation vertretbarer Fehlinterpretation erhobener oder sonst vorliegender Befunde. Ein Diagnosefehler liegt vor, wenn Befunde in einer nicht mehr vertretbaren Weise fehlerhaft beurteilt wurden. Dies gilt besonders, wenn typische und kennzeichnende Befunde bei der Diagnosestellung fehlerhaft interpretiert oder übersehen werden.

Die Beurteilung, ob ein vorwerfbarer Diagnosefehler vorliegt, erfordert eine strenge Sicht „ex ante“. Bei der iterativen Diagnosefindung kann zuerst einmal der Verdacht bestehen, dass eine bestimmte Diagnose mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit richtig sein könnte. Im Nachhinein stellt sich dann heraus, dass diese Verdachtsdiagnose doch unzutreffend war. Einem Arzt wäre in diesen Fällen kein Diagnosefehler vorzuwerfen, wenn er alle vorliegenden Befunde zu dem in Frage stehenden Zeitpunkt sorgfältig und standardgerecht bewertet hat und zu einer vertretbaren Verdachtsdiagnose gekommen ist. Allerdings müssen Verdachtsdiagnosen fortlaufend über-

prüft werden - ggf. auch durch weitere Befunderhebung. Ein grober Diagnosefehler liegt z. B. dann vor, wenn einfache und selbstverständlich gebotene differenzialdiagnostische Überlegungen und Untersuchungen unterlassen worden sind. Hier gelten dieselben Kausalitätserwägungen wie bei einem groben Behandlungsfehler (siehe Seite 13).

MANGELHAFTE BEFUNDERHEBUNG – BEFUNDERHEBUNGSFEHLER

Werden gebotene Befunde nicht oder zu spät erhoben oder erforderliche Untersuchungen nicht oder zu spät durchgeführt, gilt dies als Behandlungsfehler im Sinne der mangelhaften Befunderhebung. Hierbei kann es nicht nur im Falle eines groben, sondern auch im Falle eines einfachen Fehlers zu einer Beweislastumkehr mit den für den „groben“ Behandlungsfehler genannten Kausalitätserwägungen kommen.

Voraussetzung dafür ist, dass

- sich bei korrekter Befunderhebung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (> 50 %) ein reaktionspflichtiger Befund gezeigt hätte und

- das Nichterkennen des Befundes oder die Nichtreaktion auf diesen Befund ein grober Fehler gewesen wäre.

Gutachterlich ist bei einem einfachen (nicht per se schon groben) Befunderhebungsfehler daher stets zu prüfen, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind. Bei der Befunderhebung muss ein Arzt alle ihm zur Verfügung stehenden Erkenntnisquellen nutzen. Reichen die eigenen Möglichkeiten nicht aus, so muss er ggf. einen (Fach)Kollegen hinzuziehen.

Beispiel 1: Im Röntgenbild zeigt sich ein Rundherd in der Lunge. Es wird die Diagnose „Verdacht auf ein Bronchialkarzinom“ gestellt, da Kriterien für diese Diagnose vorliegen. Im Nachhinein stellt sich nach weiterführenden Untersuchungen heraus, dass diese Diagnose ein Irrtum war. Das heißt, es liegt kein vorwerfbarer Diagnosefehler vor.

Beispiel 2: Im Röntgenbild zeigt sich ein Rundherd in der Lunge. Dieser wird bei der Beurteilung des Bildes nicht erkannt, obwohl er hätte erkannt werden müssen. Das heißt, es liegt ein vorwerfbarer Diagnosefehler vor.



Beispiel 3: Im Röntgenbild erkennt ein Arzt einen verdächtigen Rundherd in der Lunge. Weiterführende Untersuchungen werden gleichwohl nicht vorgenommen. Das heißt, es handelt sich um einen Befunderhebungsfehler.

GESUNDHEITSSCHADEN

Ein Gesundheitsschaden im arzt haftungsrechtlichen Sinne ist ein gesundheitlicher Nachteil, der zusätzlich zu den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen eines Patienten durch ärztliche Behandlung eintritt. Der Gesundheitsschaden kann fehlerbedingt und damit vermeidbar oder unvermeidbar sein.

Der Begriff des Gesundheitsschadens im Arzthaftungsrecht ist dabei weit gefasst. Bleibende Schadensfolgen müssen nicht notwendigerweise vorhanden sein. Es genügt vielmehr grundsätzlich auch eine passagere, nicht völlig unbedeutende gesundheitliche physische und/oder psychische Beeinträchtigung, wie z. B. vorübergehende Schmerzen oder eine erneute Operation oder auch eine Prognoseverschlechterung.

Differenziert werden müssen drei Klassen von Gesundheitsschäden:

- Behandlungsschäden, die vermeidbar sind
- Behandlungsschäden, die nicht vermeidbar sind
- Krankheitsfolgen

Beispiele:

Vermeidbarer Behandlungsschaden:

Gewebescha den durch zu hohe Strahlendosis

Unvermeidbarer Behandlungsschaden:

Gewebescha den als Nebenwirkung einer standardgemä ßen Strahlentherapie

Krankheitsfolge:

Gewebescha den durch Tumorerkrankung

KOMPLIKATION

Komplikationen können erstens krankheitsbedingt (in zufälligem Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung) auftreten oder zweitens Folge einer richtigen ärztlichen Behandlung sein. In beiden Fällen sind sie unvermeidbar. Vermeidbar sind Komplikationen dann, wenn sie, was drittens möglich ist, durch einen Behandlungsfehler verursacht werden. So wenig wie aus dem blo ßen Auftreten einer Komplikation auf einen vorausgegangenen Fehler zu schließen ist, genügt es nicht, sich als Gutachter auf die Aussage zu beschränken, es handele sich um eine Komplikation, die eingriffstypisch und deshalb unvermeidbar sei. Der Gutachter muss in jedem Einzelfall prüfen, ob die Komplikation trotz richtigen ärztlichen Handelns aufgetreten ist (also unvermeidbar war), oder ob die Komplikation als Folge fehlerhaften ärztlichen Handelns anzusehen ist (also vermeidbar war).

Beispiel:

Ein Patient bekommt nach der Gabe eines Arzneimittels einen schweren Hautausschlag. Dies wirft er dem behandelnden Arzt vor. Der betroffene Arzt erwidert, Hautausschlag sei eine typische Nebenwirkung des eingesetzten Medikamentes. Darüber sei der Patient deshalb zuvor aufgeklärt worden.

Ein Gutachter darf in diesem Fall nicht ausschließlich vortragen, hier habe sich ein typisches Risiko des Arzneimittels verwirklicht und deshalb sei nicht von einem Fehler auszugehen. Er muss beurteilen und dazu Stellung nehmen, ob die Arzneimittelgabe richtig oder fehlerhaft war.

KAUSALITÄT

Grundsätzlich trägt der Patient die Beweislast dafür, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und die Ursache für den Gesundheitsschaden war. Für den Nachweis eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Behandlungsfehler und primärem Gesundheitsschaden braucht es keine mathematisch-naturwissenschaftliche Sicherheit oder eine „an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit“. Erforderlich ist aber „ein für das praktische Leben brauchbarer Grad an Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne diese völlig auszuschließen“.

AUFKLÄRUNG

Ein Arzt „ist verpflichtet, über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können“ (§ 630e Abs. 1 BGB).

Nach dem Patientenrechtegesetz ist die Aufklärung zu dokumentieren (§ 630f Abs. 2 BGB).

Rügt ein Patient, er sei nicht ausreichend aufgeklärt worden, klärt der Gutachter die medizinischen Fakten (zum Beispiel typische Risiken, Häufigkeiten für deren Auftreten, Behandlungsalternativen). Ob die Aufklärung ausreichend war, ist eine rechtliche Beurteilung, die von der Schlichtungsstelle vorgenommen wird.

Impressum:
Ärztammer Mecklenburg-Vorpommer (KdÖR)
August-Bebel Str. 9a
18055 Rostock
Tel.: 0381/49280 -0
www.aek-mv.de
Stand: Januar 2021