

# STELLUNGNAHME

4. Juni 2019

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) und**  
**des Verbands der Pneumologischen Kliniken e.V. (VPK)**  
**zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen –**  
**MDK-Reformgesetz des Bundesministeriums für Gesundheit**

## VORWORT:

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) hat den Verband der Pneumologischen Kliniken e.V. (VPK) gebeten, für die gemeinsame Angelegenheit „Sicherung der stationären Krankenhausversorgung“ eine Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums, „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfung – MDK Reformgesetz“, auszuarbeiten und ggfs. bei der Anhörung der Verbände die DGP zu vertreten. Gerne kommen die Unterzeichner dieses Entwurfs der Bitte nach. Herr Tretter erklärt hiermit die Bereitschaft, an der Anhörung am 11.06.2019 in Bonn, die dann abgestimmte Stellungnahme entsprechend zu vertreten.

## EINFÜHRUNG:

Der Gesetzgeber hat erkannt, dass das Gleichgewicht der Kräfte im deutschen Gesundheitswesen, zwischen den Leistungserbringern auf der einen und den Kostenträgern auf der anderen Seite in eine massive Schiefelage zu Lasten der Leistungserbringer geraten ist. Dieses Ungleichgewicht der Kräfte führt zu einer nicht mehr zu rechtfertigenden finanziellen Belastung der Leistungserbringer mit der Konsequenz, dass die sach- und fachgerechte Versorgung von Patienten nicht mehr gewährleistet ist. Die nachgewiesene und fachlich hohe Qualität der Patientenversorgung, die nach erfolgter Behandlung durch die Kostenträger nicht vergütet oder durch den MDK strittig gestellt wird, ist durch drohende Insolvenzen und massive Liquiditätsprobleme der Leistungserbringer in akuter Gefahr. Dieses Wissen hat den Gesetzgeber dazu bewegt, den Referentenentwurf „Gesetz für eine bessere und unabhängige Prüfung, -MDK Reformgesetz“ – in die öffentliche und fachliche Diskussion zu bringen. Was in diesem Entwurf bedauerlicherweise fehlt, ist die Klarstellung der Unterscheidung zwischen Falschabrechnungen und der Notwendigkeit bestimmte Versorgungsformen im Krankenhaus weiterhin durchzuführen, weil es im Interesse der angemessenen Patientenversorgung notwendig ist. Wenn es im Patienteninteresse ist, muss

### ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie  
und Beatmungsmedizin e.V.  
Robert-Koch-Platz 9  
10115 Berlin

### GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND

Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Präsident  
Prof. Dr. med. T. T. Bauer, Stellv. Präsident  
Prof. Dr. med. W. J. Randerath, Generalsekretär  
PD Dr. med. T. Köhnlein, Schatzmeister  
Prof. Dr. med. K. F. Rabe, Pastpräsident

### VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.  
Vereinsregister des Amtsgerichts  
Marburg: VR 622

### STEUERNUMMER & GLÄUBIGER-ID

Steuernummer: 031 250 56643  
Gläubiger-ID: DE26ZZ00000492746

# STELLUNGNAHME

der behandelnde Arzt oder die Klinik auch von der Regel „ambulant vor stationär“ abweichen können, ohne Gefahr zu laufen, die erbrachten stationären Leistungen nicht durch die Kostenträger vergütet zu bekommen. Eine primäre Fehlbelegung sollte nicht festgestellt werden, ohne medizinische, ethische und moralische Aspekte zu berücksichtigen. Auch durch den Fachkräftemangel verursachte Versorgungslücken im System „ambulant – stationär – Reha- und Nachsorgeversorgung“ gehen zu Lasten der stationären Krankenversorgung, ohne dass die Kliniken gesicherte Möglichkeiten haben, die erbrachten Leistungen ordnungsgemäß abzurechnen. Es ist dabei nicht hilfreich, wenn in öffentlichen Äußerungen der Eindruck erweckt wird, jede zweite Abrechnung sei bewusst falsch oder es werde Abrechnungsbetrug durch die Leistungserbringer begangen.

Dies alles vorausgeschickt, ist es sehr begrüßenswert, dass der Gesetzgeber endlich auf die massive Fehlentwicklung im deutschen Gesundheitswesen reagiert.

## **STELLUNGNAHME IM EINZELNEN:**

### **A: Einführung eines Aufrechnungsverbotes der Krankenkassen**

Das SGB V wird im § 109 durch einen neuen Absatz 6 ergänzt, wonach Krankenkassen gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderungen unstrittig geleisteter Vergütung mehr reagieren können, indem diese einfach und ohne Zustimmung der Krankenhausträger aufrechnen.

### **Einschätzung:**

Ein längst überfälliger Schritt in die richtige Richtung, um den Interessenausgleich zu verbessern.

### **B: Neuregelung des MDK-Prüfverfahrens**

Die Änderung bzw. Neuregelung des MDK Prüfverfahrens trifft den Regelungsbereich des SGB V und das KHG.

Im SGB V. wird der § 275 Abs. 1 c aufgehoben. Inhaltlich übernimmt der neue § 275c SGB V "Durchführung und Umfang von Prüfung bei Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst" diesen Regelungskreis im Wesentlichen. Neu geregelt ist die Bindung der

# STELLUNGNAHME

Krankenkassen an das Prüfergebnis des MD sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen, dass Klagen und Widersprüche gegen das Prüfergebnis ausschließlich gegen die Kostenträger zu richten sind. Seite 3 | 11

## **Einschätzung:**

Es soll die Unabhängigkeit des MD von den Kostenträgern dargestellt werden. Wenn diese Unabhängigkeit dadurch erreicht wird, ist diese Änderung sehr begrüßenswert.

## **C: Einführung einer Prüfquote**

Im Gesetz ist vorgesehen, dass im Jahr 2020 eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenkasse von bis zu 10 % der bei ihr je Quartal eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses geprüft werden darf.

## **Einschätzung:**

Die eingeräumte Prüfquote ist sehr hoch. Man sollte sich auf eine Begrenzung bei 7% je Krankenkasse, pro Krankenhaus festlegen. Der damit einhergehend bürokratische Aufwand würde sich so in vernünftigen Grenzen halten.

Für das Jahr 2021 ist eine quartalsbezogene Prüfquote je Klinik in Abhängigkeit vom Anteil der korrekten Abrechnungen der jeweiligen Klinik vorgesehen. Im Entwurf sind folgende Vorgaben enthalten:

*Korrekte Abrechnungen* > 60 % oder mehr Prüfquote bis zu 5 %

*Korrekte Abrechnungen* > 40 % bis 60 %, Prüfquote bis zu 10 %

*Korrekte Abrechnungen* < 40 % Prüfquote bis zu 15 %

## **Einschätzung:**

Der Vorschlag geht in die richtige Richtung, aber die entsprechenden Zahlenkorridore sind zu hoch angesetzt. Außerdem fehlt die konkrete Unterteilung, ob es sich bei diesen Werten um die Klinik gesamt handelt oder sich die Werte auch auf einzelne Fachrichtungen beziehen können.

## **Vorschlag:**

*Korrekte Abrechnungen* > 70 % oder mehr Prüfquote bis zu 5 %

*Korrekte Abrechnungen* > 40 % bis 70 %, Prüfquote bis zu 8 %

*Korrekte Abrechnungen* < 40 % Prüfquote bis zu 10 %

# STELLUNGNAHME

Der Änderungsvorschlag bezieht sich auf die Klinik inklusive aller Fachabteilungen, das heißt die Prüfquote ist als absolute Zahl festgelegt.

Seite 4 | 11

## **D: Sanktionsregelung**

Im Vorschlag der Neufassung des § 275c Abs.3 SGBV ist eine Sanktionsregel gegen die Kliniken neu in das Gesetz aufgenommen worden. Diese besagt,

<i>&gt; 60 % oder mehr Korrekte Abrechnungen</i>	<i>kein Aufschlag (0%)</i>
<i>&gt; 40 % bis 60 %, Korrekte Abrechnungen</i>	<i>Aufschlag 25%</i>
<i>&lt; 40 %, Prüfquote Korrekte Abrechnungen</i>	<i>Aufschlag 40%</i>

## **Einschätzung:**

Der Vorschlag geht in die falsche Richtung, da die entsprechenden Zahlenkorridore zu hoch angesetzt sind. Außerdem fehlt die konkrete Unterteilung, ob es sich bei diesen Werten um die Klinik gesamt handelt oder sich die Werte auch auf einzelne Fachrichtungen beziehen können. Außerdem ist nicht klar geregelt, ob es sich auch auf strittige Fälle oder nur auf letztendlich entschiedene Fälle von Falschabrechnung bezieht. Auch ist der Zeitkorridor nicht klar geregelt.

## **Vorschlag:**

- > 70 % oder mehr korrekte Abrechnungen, kein Aufschlag (0%)*
- > 40 % bis 70 %, Korrekte Abrechnungen, Aufschlag 10% des Differenzbetrages*
- < 40 % Prüfquote Korrekte Abrechnungen, Aufschlag 25% des Differenzbetrages*

## **E: Quartalsbezogene, bundeseinheitliche Auswertungen**

Im Vorschlag der Neufassung des § 275c Abs.3 SGBV ist eine öffentliche Berichtspflicht aufgenommen worden, die die Verantwortung für die Datenerhebung und korrekte und transparente Veröffentlichung dem GKV Spitzenverband überträgt. Wesentliche Inhalte dieser Veröffentlichung sollen sein:

- Die realisierte Prüfquote pro Quartal
- Der Anteil der korrekten Abrechnungen
- Die zulässige Prüfquote
- Die Höhe der ggfs. zu zahlenden Aufschlägen

# STELLUNGNAHME

- Eine krankenhausbefugte Gliederung der Werte der realisierten Prüfquote

Seite 5 | 11

## **Einschätzung:**

Der Vorschlag geht in die richtige Richtung, da Transparenz, Zuverlässigkeit und korrekte Datendarstellung im Interesse der Selbstverwaltungspartner liegen.

## **F: Ausschluss der Einzelfallprüfung bei einer Prüfung von Strukturmerkmalen**

Im Vorschlag der Neufassung des § 275c Abs.6 Nr. 2 SGB V ist das Verbot von Einzelfallprüfungen in das Gesetz aufgenommen worden.

## **Einschätzung:**

Der Vorschlag geht in die richtige Richtung, da eine Verknüpfung von gesamtheitlicher Prüfungshandlung und Einzelfallprüfung hier keinen Sinn macht.

## **G: Verbot von Vereinbarungen**

Im Vorschlag der Neufassung des § 275c Abs.7 SGB V ist das Verbot von Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Kliniken über die Vereinbarungen von pauschalen Abschlägen auf Abrechnungen zur Abbedingung von Einzelfallprüfungen enthalten.

## **Einschätzung:**

Der Vorschlag des Gesetzgebers ist in diesem Einzelfall absolut zu unterstützen.

## **H: Regelung der Prüfung von Strukturmerkmalen, § 275d SGB V**

Im Vorschlag der Neufassung des § 275c Abs.1 SGB V ist erstmalig die Prüfung von Strukturmerkmalen gesetzlich normiert. Bevor Krankenhäuser entsprechend mit OPS- Codes versehene Leistungen erbringen und den Kostenträgern in Rechnung stellen dürfen, müssen sie die Strukturmerkmale dieser Leistungen durch den MD oder einen anderen zugelassenen Prüfdienst begutachten lassen. Nur dann, wenn die entsprechenden Strukturmerkmale durch den MD oder einen anderen zugelassenen Prüfdienst schriftlich bescheinigt worden sind, müssen die Krankenhäuser gemäß §275d Abs.3 Satz 2 SGB V den Vertragsparteien nach § 18 Abs.2 Nr. 1 und 2 KHG anlässlich der Budget- und Pflegesatzverhandlungen die entsprechende Bescheinigung übermitteln. Erfüllen Krankenhäuser ab

# STELLUNGNAHME

2021 diese Strukturmerkmale nicht bzw. ist dies nicht bescheinigt, dürfen keine solchen Leistungen vereinbart oder abgerechnet werden, §275d Abs. 4 SGB V. Diese Regelung entspricht der Neuregelung in § 8 Abs. 4 KHEntgG bzw. §8 Absatz 3 BPflV wonach keine Entgelte berechnet werden dürfen, wenn die erforderlichen Strukturanforderungen nicht im Wege einer Prüfung nach §275d SGB V nachgewiesen werden können.

## **Einschätzung:**

Erstmals sind die Krankenhäuser nicht mehr allein in der Lage, ihr operatives Leistungsspektrum allein zu entscheiden. Der MD oder eine andere zugelassene Prüforganisation hat das Recht, auf Grund von Prüfungsgeschehen das Portfolio eines Krankenhauses zwingend mit zu entscheiden. Ob sich der daraus resultierende, erhoffte Qualitätssprung realisieren lässt, bleibt abzuwarten. Ein weiteres, sehr scharfes Regulierungsschwert erhält damit Einzug in die Patientenversorgung. Leider enthält der Entwurf keine verbindlichen Ausführungsbestimmungen, so dass immer noch die Chance bleibt, dieses Schwert zum Wohle der Patientenversorgung und der Krankenhäuser zu bearbeiten.

## **Vorschlag:**

Es muss sichergestellt sein, dass die entsprechenden Ausführungsbestimmungen vor in Krafttreten des Gesetzes im Sinne der Patienten und der Krankenhäuser diskutiert und festgeschrieben werden. Überlässt man dieses Feld den Kostenträgern und dem MD, dann sind die Risiken für die Patientenversorgung und die Krankenhäuser vollumfänglich in der Hand der Kostenträger, um ihre wirtschaftlichen Interessen durchzusetzen. Das kann nicht gewollt sein. Als ersten Vorschlag für die Diskussion der Ausführungsbestimmungen gilt es eine verbindliche Gültigkeitsdauer für die dann auszustellenden Bescheinigungen festzuschreiben. Die Empfehlung der Verfasser dieser Stellungnahme beträgt 24 Kalendermonate (bundeseinheitlich) nach Erhalt der Bescheinigung vom MD oder einer anderen zugelassenen Prüfungsorganisation. Die Gültigkeitsdauer sollte im § 275d SGB V festgeschrieben werden. Die Strukturprüfung sollte mit einem Vorlauf von acht (8) Kalenderwochen durch schriftliche Ankündigung, durch den MD oder eine andere zugelassene Prüfungsorganisation erfolgen. Die Prüfung sollte durch eine sogenannte „Inhouse“ Prüfung erfolgen, um der Datenschutzgrundverordnung zu entsprechen. Es darf nicht verlangt werden, personal- oder patientensensible Daten aus dem Krankenhaus heraus zu versenden. Eine entsprechende Checkliste ist durch die Spitzenverbände der Kostenträger und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu konzidieren, schriftlich festzulegen und zu veröffentlichen. Die Fristen machen Sinn, um den bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten

# STELLUNGNAHME

im Rahmen zu halten. Die Krankenhäuser haben ein verbindliches Anrecht, die Durchführung der Prüfungen zeitadäquat zu verlangen. Sollte die Prüfung auf Antrag der Krankenhäuser nicht zeitadäquat erfolgen, darf daraus den Krankenhäusern kein wirtschaftlicher Nachteil erwachsen. Können die Parteien sich nicht auf einen Prüfungszeitpunkt einigen, entscheidet die jeweilige Aufsichtsbehörde über den Zeitpunkt und die Durchführung der Prüfung.

## **I: Änderungen des § 17 c KHG**

Mit der Einführung und dem Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes ist auch das KHG entsprechend anzupassen.

### **Einschätzung:**

Die Änderung des KHG ist nur sinnlogisch im Vollzug des MDK-Reformgesetzes, soweit sich die Änderungen ausschließlich auf die Anpassung des KHG im Zuge der Umsetzung / Harmonisierung der Rechtsvorschriften bezieht.

## **J: Neuregelung im Zusammenhang mit der PrüfvV**

Die bis dato auf § 17c Abs.2 KHG beruhende PrüfvV ist dahingehend zu überarbeiten, dass Vorgaben über eine, ab 01. Januar 2021 ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zur sachgerechten Prüfung zwischen den Krankenhäusern und dem MD in den erforderlichen Formaten und Inhalten angepasst werden. In diesem Zuge sollen gemäß § 17c Abs. 2a und Satz 2 KHG gemeinsam konsentierende Umsetzungshinweise zwischen den Spitzenverbänden der Kostenträger und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Dezember 2020 als Bestandteil der dann gültigen PrüfvV, vorliegen.

Eine gerichtliche Prüfung soll gemäß § 17c Abs. 2b KHG in Zukunft nur noch dann zulässig sein, wenn eine einzelfallbezogene Erörterung zur Rechtmäßigkeit der strittigen Abrechnung, zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse vor der Klageerhebung stattgefunden hat. Einzelfallbezogene Vergleiche zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern sind in diesen Fällen ausdrücklich zulässig.

Der GKV-Spitzenverband wird durch § 17c Abs.6 KHG verpflichtet, einmal jährlich eine Statistik zu erheben und diese öffentlich und transparent darzustellen. Inhalt dieser Veröffentlichung sind:

- Die Daten nach §275c Abs. 4 SGB V.

# STELLUNGNAHME

- Anzahl und Ereignisse der Vorverfahren und die durchschnittlichen Rückzahlungsbeiträge
- Prüfungsanlässe nach Art und Zahl der beim MD eingeleiteten Prüfungen
- Ergebnisse der Prüfungen nach § 275c Abs. 1 SGB V, die durchschnittlichen zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge
- Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren
- Anzahl und Gründe der Prüfungen, die über die Prüfquote hinausgehen, weil die Anzahl der korrekten Abrechnungen die Grenze von 20% unterschreitet oder Anhaltspunkte für eine systematische überhöhte Abrechnung vorliegen
- Anzahl und Ergebnisse der abgeschlossenen Strukturprüfungen

## **Einschätzung:**

Die Neuregelungen der PrüfvV sind grundsätzlich zu begrüßen. Ein besonderes Augenmerk muss man aber auf den Wegfall der Korrekturmöglichkeiten der Krankenhäuser, bei einmal elektronisch, an die Kostenträger versandene zahlungsbegründenden Unterlagen haben. Unter strenger Beobachtung sind die dann möglichen, einzelfallbezogenen Vergleiche, mit Hinblick auf die jeweiligen Ergebnisse des Einzelfalles zu nehmen. Ob die Transparenz, die hier absolut wünschenswert ist, durch den GKV-Spitzenverband, durch die Erfüllung seiner gesetzlichen Pflicht erreicht wird, bleibt abzuwarten.

## **Vorschlag:**

Es muss sichergestellt sein, dass die entsprechenden Ausführungsbestimmungen vor Inkrafttreten der Neuregelung der PrüfvV im Sinne der Patienten und der Krankenhäuser diskutiert und festgeschrieben werden. Man sollte darauf dringen, dass ein klarer Katalog von Ausnahmetatbeständen zu Gunsten der Krankenhäuser in den § 17c Abs. 2a KHG aufgenommen wird. Bei den einzelfallbezogenen Vergleichen ist darauf zu achten, dass das Ergebnis des Vergleichs mindestens den Personalkostenanteil der strittigen DRG beinhaltet und dieser zeitnah zur Auszahlung kommt. Für die statistische Erhebung durch den GKV-Spitzenverband sollte versucht werden, eine Differenzierung nach Krankenkassen zu verankern.

## **K: Schlichtungsausschuss auf Bundesebene**

Die bisherigen Aufgaben des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene sind bisher verbindlich nach § 17 c Abs. 3 KHG verordnet. Künftig sind diese in § 18b KHG verordnet. Die

# STELLUNGNAHME

erhebliche Erweiterung der Anrufrechte in § 18b Abs. 3 KHG werden künftig auch einzelne Krankenhäuser, Krankenkassen, der Medizinische Dienst (MD) und die mit der Kodierung von Krankenhausleistung befassten Krankenhausgesellschaften das Bundesgesundheitsministerium (BGM) sowie der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene beschrieben.

Seite 9 | 11

Nach § 18 b Abs. 4 KHG hat der Schlichtungsausschuss innerhalb von 8 Wochen nach seiner Anrufung verbindlich zu entscheiden.

## **L: Neuregelung in der Organisation des MDK zukünftig MD**

In der Neufassung des § 178 Abs. 2 SGB V Artikel 1 Nr. 9 ist die Bestellung des Gutachterwesens des Medizinischen Dienstes geregelt. Grundsätzlich dürfen dann auch Angehörige anderer geeigneter Berufe des Gesundheitswesens als Gutachter eingesetzt werden (zum Beispiel Kodiersassistenten, Orthopädietechniker, Gesundheitsökonominnen etc.).

Es bleibt dabei, dass die Gesamtverantwortung für die jeweilige Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei dem ärztlichen Gutachter verbleiben soll.

### **Ausnahme:**

Bei ausschließlich pflegfachlichen Sachverhalten obliegt die Gesamtverantwortung bei den Pflegefachkräften.

### **Einschätzung:**

Grundsätzlich ist diese Änderung positiv zu bewerten. Wichtig ist, dass in Zukunft ein einfacher Standard gelten soll, so dass nicht die unterschiedlichen medizinischen Fachbereiche durch fachfremde Ärzte geprüft werden.

### **Vorschlag:**

In dem SGB V § 287 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Neufassung) muss ein neuer Satz 3 eingeführt werden: „Dabei sind medizinische Sachverhalte nicht durch fachfremde ärztliche Gutachter zu prüfen.“

# STELLUNGNAHME

## **M: Fixkostendegressionsabschlag**

Seite 10 | 11

In der Neufassung des § 4 Abs. 2a KHEntgG ist definiert, dass bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgische Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerhirnverletzung keine Anwendung findet.

### **Einschätzung:**

Diese Gesetzesänderung ist sehr zu begrüßen, auch wenn dort noch nicht alle Fixkostendegressionsabschlagsleistungen definiert sind.

### **Vorschlag:**

Extrem wünschenswert wäre, wenn dieser Ausnahmetatbestand auch für den Bereich Beatmungsentwöhnungsmedizin (Weaning) Anwendung finden würde.

## **N: Gesamtfazit**

Grundsätzlich ist der umfangreiche Vorschlag für die Reform und Ausgliederung des medizinischen Dienstes der Krankenkasse zu begrüßen. Hier waren die Leistungsträger in den letzten Jahren zunehmend hilflos den Entscheidungen des MD ausgesetzt, was zu erheblichen wirtschaftlichen Problemen vieler Krankenhäuser beigetragen hat. Der Gesetzgeber wird mit diesem Referentenentwurf seiner Verantwortung für eine hochqualifizierte flächendeckende Patientenversorgung gerecht. Wir bitten um die Berücksichtigung der konstruktiven Ergänzungsvorschlägen.

# STELLUNGNAHME

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Seite 11 | 11

Joachim Tretter

Geschäftsführer, Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt GmbH  
rkk-geschaeftsfuehrung@sana.de

Dr. med. Thomas Voshaar

Vorsitzender des VPK

Thomas.Voshaar@bethanienmoers.de

Prof. Dr. med. Martin Hetzel

Geschäftsführer des VPK

Martin.Hetzel@Sana.de

Prof. Dr. med. Michael Pfeifer

Präsident der DGP

Michael.Pfeifer@klinik.uni-regensburg.de

Vom Vorstand der DGP genehmigt am: 4. Juni 2019