

Thema: Die Schadenssummen geltend gemachter Ersatzansprüche gegen Ärzte und Krankenhausträger steigen seit Jahren stetig an – und damit zeitverzögert auch die von den Ärztinnen und Ärzten zu leistenden Versicherungsbeiträge. Das Gleichgewicht zwischen Erwartungshaltung der Patienten und dem Haftungsrisiko von Ärztinnen und Ärzten, der juristischen Bewertung sowie der Festsetzung von Schmerzensgeld- und Schadenersatzsummen scheint aus der Balance zu geraten.

von Jürgen Brenn und Bülent Erdogan-Griese

Arzthaftpflicht in der Krise



Wird die ärztliche Berufsausübung von der Justiz erdrückt? Machen Schadenersatzansprüche, die immer höhere Summen erreichen, die Arzthaftpflicht-Versicherungen unbezahlbar? Was folgt daraus für den ärztlichen Berufsstand? Dies waren Fragen, über die kürzlich mehr als 300 Ärztinnen und Ärzte, Juristen und Wissenschaftler auf dem 3. Medizinrechtstag des Instituts für Medizinrecht der Universität zu Köln diskutierten. Es ist keine Seltenheit mehr, dass Gerichte in Deutschland Patienten, die an den Folgen eines schweren Behandlungsfehlers ihr Leben lang leiden, bis zu 500.000 Euro Schmerzensgeld zusprechen. Zwar werden solche hohen Summen zumeist dann zugesprochen, wenn in Folge eines Fehlers schwerstgeschädigte Kinder geboren werden, wie Vera von Pentz sagte, Richterin am VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes. Dennoch: „Bei den Schmerzensgeldern ist eine steigende Tendenz erkennbar.“ Hinzu kommen Schadenersatzansprüche, die bei Neugeborenen insgesamt zu Schadenssummen von mehreren Millionen Euro führen können.

Die zugesprochenen Schmerzensgeld- und Schadenersatzsummen steigen, während die Zahl der geltend gemachten Ersatzansprüche auf hohem Niveau eher stagniert. Das lässt sich beispielsweise bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern ablesen. 2007 gingen 10.430 Anträge bei diesen Einrichtungen ein. 2009 waren es bereits knapp 11.000, wie Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, sagte. Die Zahl der

erledigten Anträge inklusive Fällen aus den Vorjahren stieg im gleichen Zeitraum von 10.120 auf über 11.000 an, so Hoppe.

Alle sieben Jahre ein Behandlungsfehlervorwurf

Statistisch gesehen muss ein Arzt alle sieben Jahre mit einem Behandlungsfehlervorwurf rechnen, sagte Dr. jur. H. Dieter Laum, Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler (GAK) bei der Ärztekammer Nordrhein. Im vergangenen Jahr sind knapp 2.000 Behandlungsfehlervorwürfe bei der nordrheinischen GAK eingegangen. Etwa die Hälfte der eingereichten Anträge konnte im vergangenen Geschäftsjahr innerhalb von zwölf Monaten abgearbeitet werden. Vier von fünf Anträgen konnten die Gutachter innerhalb von 18 Monaten nach deren Posteingang abschließend bearbeiten, nach 24 Monaten betrug die Quote rund 93 Prozent.

Bundesweit gehen Experten jährlich inzwischen von rund 40.000 Behandlungsfehlervorwürfen aus, die bei Gutachterkommissionen, Krankenkassen, Gerichten oder Haftpflichtversicherern eingehen. Etwa jeder dritte Vorwurf ist berechtigt. In Nordrhein betrage das Verhältnis von festgestellten Behandlungsfehlern zur Zahl der stationären und ambulanten Behandlungen sechs zu einer Million, so Laum. „Wir bemühen uns um Äquidistanz zwischen Arzt und Patient“, betonte der ehemalige Richter die Neutralität der Kommission. In neun von zehn Fällen gelingt eine außergerichtliche Einigung, so Laum.

Die steigende Tendenz der vorgebrachten Behandlungsfehlervorwürfe werde sich vermutlich auch in den kommenden Jahren fortsetzen. Dies stehe mit verschiedenen Faktoren in Zusammenhang, wie Hoppe ver-



Ärztepräsident **Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe** appelliert beim Umgang mit Fehlern für Offenheit ohne Schuldzuweisungen, damit die Fehlervermeidungskultur innerhalb der Ärzteschaft weiter gestärkt wird.
Foto: Erdmenger/ÄkNo

deutlichte. 2008 kam es in den Praxen der bundesweit rund 140.000 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu 450 bis 500 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten, zudem zählten die Statistiker 17,5 Millionen Krankenhaufälle. Diese Zahlen werden vermutlich weiter zunehmen, da sich in der Bevölkerung der Anteil der über 60-Jährigen von derzeit rund 26 Prozent bis ins Jahr 2050 auf knapp 39 Prozent erhöhen werde, so Hoppe. Damit werden auch altersbedingte Krankheiten wie beispielsweise Demenz, Glaukom oder die Oberschenkelhalsfraktur stark zunehmen. Das Kieler Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung rechnet mit einer Zunahme der Demenzerkrankten um 144 Prozent pro 100.000 Einwohner bis ins Jahr 2050, bei der Oberschenkelhalsfraktur mit einem Plus von 125 Prozent und beim Glaukom von 72 Prozent.

Heimliche Rationierung gefährdet die Behandlungsqualität

Aus der demografischen Entwicklung resultierten zwangsläufig höhere Ausgaben im Gesundheitssystem, wobei es derzeit in Deutschland nicht danach aussehe, dass diese durch Mehreinnahmen kompensiert werden, sagte Hoppe. Der Anteil der GKV-Leistungen am Bruttoinlandsprodukt liege seit Jahren konstant bei rund sechs Prozent. Beim Ausgabenwachstum pro Kopf ist Deutschland mit 1,7 Prozent nach einer OECD-Studie des vergangenen Jahres sogar Schlusslicht. Hoppe: „Wir sind im Sparen Weltmeister.“ Dies belegte der Ärztepräsident mit einer weiteren Vergleichszahl. Betrachtet man die gesamten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, sowohl des öffentlichen als auch des privaten Sektors, so belegt Deutschland lediglich Platz zehn hinter Ländern wie Österreich, Frankreich oder den Niederlanden. Als Konsequenz hätten die Akteure im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren Rationalisierungsmöglichkeiten und Effizienzreserven ausgeschöpft. „Diese Reserven sind nun ausgereizt“, stellte Hoppe fest. Weitere Einsparungen gingen nur noch auf Kosten der Versorgungsqualität. Damit begeben sich auf das Feld der Rationierung, die Hoppe als Vorenthalten medizinisch notwendiger Leistungen definierte. Vor allem die heimliche Rationierung manifestiere sich immer mehr in Personalmangel und -überlastung, in gestreckten Wartungsintervallen von Geräten oder auch bei der Hygiene in Krankenhäusern. Manche Kliniken überließen das Thema Hygiene externen Dienstleistern, mit denen Pauschalverträge abgeschlossen werden und deren Personal unter einem enormen Zeitdruck bei der Reinigung der Klinikräume stehe, so Hoppe.

Diese Faktoren trügen dazu bei, dass in manchen Häusern die Voraussetzungen nicht mehr so günstig seien und sich Infekte leichter verbreiten könnten, allen Hygienemaßnahmen zum Trotz, erklärte Hoppe. Auch im niedergelassenen Bereich finde Rationierung etwa bei der Arzneimittelversorgung statt. Der Ärztepräsident forderte nach dem Vorbild Schwedens



Statistisch gesehen muss ein Arzt alle sieben Jahre mit einem Behandlungsfehler vorwurf rechnen:

Dr. jur. H. Dieter Laum,
Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und
Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Foto: Erdmenger/ÄkNo

eine offene Diskussion in der Gesellschaft über die Festlegung einer Vorrangigkeit und Nachrangigkeit von Kranken- und Krankheitsgruppen, von Methoden und Verfahren der Medizin, von Patientengruppen oder auch von Versorgungszielen. Damit könne, so zeigte sich der Ärztepräsident überzeugt, Entscheidungen leichter nachvollzogen und von den Betroffenen leichter akzeptiert werden. Heute laufe Priorisierung in den Sprechzimmern direkt zwischen Ärzten und Patienten auf der Mikroebene ab, wo sie das Vertrauensverhältnis belastete, zu Misstrauen führe und letztlich auch manche Arzthaftungsstreitigkeit auslösen könne. Deshalb, so forderte Hoppe in Köln, gehöre diese Diskussion in die Öffentlichkeit.

Dass die herrschenden Sparzwänge ganz konkrete Berührungspunkte zum Haftungsrecht aufweisen, zeigte Hoppe an einem anderen Beispiel auf. Da das Haftungsrecht von jeder Ärztin und von jedem Arzt eine Behandlung auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft auf Facharztniveau fordere, müsse dieser Standard in allen Bereichen sichergestellt werden. Im ambulanten Sektor werden lediglich Fachärzte zugelassen. In den Krankenhäusern müssen die medizinischen Prozeduren auf Facharztniveau ablaufen, auch wenn ein Nicht-Facharzt wie zum Beispiel ein Arzt in Weiterbildung tätig wird. Allerdings arbeiten viele Ärzte aus dem Ausland in deutschen Kliniken, die mit Sprachschwierigkeiten zu kämpfen haben. Damit werde eine Kommunikation zwischen dem Klinikpersonal oder mit den Patienten schwierig. „Wir leben unter Bedingungen, unter denen es schwierig ist, Facharztstandard zu zelebrieren“, sagte Hoppe.

Dienstleistungs- statt Werkvertrag

Dazu trete die in der Bevölkerung weit verbreitete, aber doch irriige Annahme, dass es in der Medizin eine Erfolgsgarantie geben könne. „Wir befinden uns im Bereich der Biologie und nicht im Handwerk“, stellte Hoppe klar. Ärztinnen und Ärzte schließen mit den Patienten einen Dienstleistungsvertrag, der die Ärzte auf die Einhaltung der Sorgfaltspflicht bei ihrer medizinischen Kunst verpflichtet, aber keine Erfolgsgarantie geben könne. Dies trifft auf ein Empfinden der Patienten, dass garantiert ein Behandlungsziel erreicht wird. Wenn dies nicht gelingt, vermuten Patienten häufig ein Fehlverhalten des Arztes. „Hier

müssen wir in der Gesellschaft einen Gesinnungswandel herbeiführen.“

Trotz aller ökonomischen Zwänge arbeite die Ärzteschaft kontinuierlich daran, Fehlerquellen zu erkennen, Fehler zu vermeiden, aus Fehlern sowie aus Beinahe-Fehlern zu lernen. Dazu haben sich im Gesundheitswesen verschiedene Instrumente entwickelt wie etwa die Qualitätssicherung oder das Medical Error Reporting System (MERS), das CIRS medical (critical incidence reporting system), das Aktionsbündnis Patientensicherheit und nicht zuletzt die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern. So bietet die Ärztekammer Nordrhein in Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen an oder illustriert in den periodisch erscheinenden Fallberichten der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission“ im *Rheinischen Ärzteblatt* vermeintliche oder tatsächliche Behandlungsfehler.

Hoppe forderte einen neuen Umgang mit Fehlern unter den Leistungserbringern. „Wir müssen weg von Schuldzuweisungen der ‚Culture of Blame‘ hin zu einer proaktiven Sicherheit, einer ‚Culture of Safety‘“, sagte Hoppe. Falls eine Neujustierung der Fehlerkultur nicht gelinge und das Arzt-Patienten-Verhältnis von Misstrauen geprägt werde, drohe die Gefahr einer Defensivmedizin und die Erfüllung der Sorgfaltspflicht lediglich auf Mindestniveau, oder die Ärzte gingen aus Furcht vor drohenden Haftungsstreitigkeiten besonders bei risikoträchtigen Behandlungen keinen Behandlungsvertrag mehr ein, warnte Hoppe.

Offener Dialog kann Streit vor Gericht verhindern

Für den konkreten Fall, dass sich Ärzte einem Behandlungsfehlervorwurf ausgesetzt sehen, empfiehlt der Vorsitzende der nordrheinischen Gutachterkommission, Dr. H. Dieter Laum, einen offenen Umgang mit dem Patienten. Der Arzt sollte persönlich mit dem Patienten sprechen und nicht einen Kollegen vorschicken. „Der Patient fühlt sich dadurch zurückgesetzt und nicht ernst genommen. Das muss unter allen Umständen vermieden werden.“ Der Versicherungsschutz sei auch bei einem Sorgfaltsverstoß nicht gefährdet, solange der Arzt gegenüber dem Patienten keine Ansprüche im rechtlichen Sinne anerkennt. Ist eine weitere Behandlung zur Abwehr weiterer Schädigungen notwendig, müsse der Arzt einen Fehler gar zwingend offenbaren. „Da wird manch eine Chance vertan, Streit im Keim zu ersticken“, sagte Laum. In rund 25 Prozent der Behandlungsfehlerfälle habe der Patient nach Einräumung eines Fehlers nämlich gar keinen Anspruch geltend gemacht.

Auch wenn die Beiträge zur Arzthaftpflicht steigen und eine Tendenz zu höheren Schmerzensgeldsummen erkennbar sei, so habe die Rechtssprechung ihr Instrumentarium, das bei Behandlungsfehlerverfahren

vor Gericht zur Anwendung kommt, im Laufe der Jahre nicht verschärft, sagte die Richterin am Bundesgerichtshof (BGH), Vera von Pentz. Bezüglich der Höhe der festgesetzten Schmerzensgelder greife der BGH nur selten ein, da dies Sache des zuständigen Tatrichters sei. Die Schmerzensgeldhöhe bei Geburtschäden solle ein Ausgleich „für die teilweise oder bei schweren irreversiblen cerebralen Schädigungen eines Neugeborenen für die gänzliche Auslöschung seiner eigenen Persönlichkeit“ darstellen, sagte von Pentz. Deshalb werden die Spitzenwerte in der Geburtshilfe erreicht, was auch Gernot Schlösser von der Deutschen Ärzteversicherung bestätigte.

Grundsätzlich stehe bei der Bewertung von Behandlungsfehlervorwürfen an oberster Stelle, dass die Therapiewahl Sache des Arztes sei und ihm dabei ein weiter Spielraum eingeräumt werde. Die Behandlung müsse allerdings dem ärztlichen Standard entsprechen, wobei dieser letztlich von den Ärzten selbst vorgegeben werde, so von Pentz. Zwar sieht auch sie ein Spannungsfeld zwischen medizinischem Standard und dem Wirtschaftlichkeitsgebot, unter dem die Ärztinnen und Ärzte stehen, allerdings hat der BGH noch keinen Anlass gehabt, sich mit dieser Frage auseinanderzusetzen. Da die Richter keine Mediziner sind, können sie zum Teil nicht nachvollziehen, ob sich der medizinische Standard ändert und ob dabei Wirtschaftlichkeitsgründe eine Rolle spielen. Richter müssen sich in solchen Verfahren „in aller Regel auf ein medizinisches Sachverständigengutachten“ stützen. Die Beurteilung ist oft entscheidend für den Ausgang eines Prozesses, so die Richterin am VI. Zivilsenat des BGH. Die Richter müssten dabei allerdings beachten, so von Pentz, „dass Sachverständige gelegentlich Behandlungsfehler nur zurückhaltend ansprechen und deren Äußerungen deshalb kritisch hinterfragen“. Grundsätzlich gelte, je risikoreicher eine Methode

Schwerer Geburtsschaden

Schadenshöhen im Vergleich (Euro)	2008	1998
Schmerzensgeld	500.000	75.000
vermehrte Bedürfnisse		
Kosten für Pflege, kapitalisiert	430.000	70.000
zusätzlicher Mehraufwand Elternpflege, kapitalisiert	470.000	80.000
sonstige Kosten (therapeutische Übungen etc.)	100.000	10.000
Kosten Hausumbau	150.000	75.000
zusätzliche Mehrkosten für Heimpflege, kapitalisiert	480.000	–
Rentenbeiträge der Pflegeperson (Pflegekasse)	50.000	–
Kosten Heilbehandlung	125.000	20.000
Verdienstschaden des Kindes	500.000	–
Anwaltskosten, Sachverständige	50.000	10.000
Gesamtkosten	2.885.000	340.000

Quelle: Deutsche Ärzteversicherung



Die Richterin am Bundesgerichtshof **Vera von Pentz** sieht keine Ausweitung der haftungsrechtlichen Vorgaben der Gerichte gegenüber den Ärzten.
Foto: bre

oder ein Eingriff ist oder je neuer die Methoden sind, so dass sie möglicherweise nicht zum medizinischen Standard gehören, desto höhere Anforderungen sind an die Risikoaufklärung der Patienten und an die Sorgfaltspflichten des Arztes zu stellen, sagte von Pentz.

Auch in Bezug auf die Regelungen der Beweislastumkehr waren sich die Juristen auf dem Medizinrechtstag in Köln einig. Wie Vera von Pentz und Dr. jur. H. Dieter Laum sprach sich der Kölner Arzthaftungsrechtler Professor Dr. jur. Christian Katzenmeier gegen eine generelle Beweislastumkehr zulasten von Ärzten aus. Bislang muss der Patient beweisen, dass dem Arzt ein Behandlungsfehler in Diagnostik oder Therapie unterlaufen ist und dass dieser Sorgfaltsmangel ursächlich für den geltend gemachten Gesundheitsschaden ist. Im Ergebnis könne eine Umkehr der Beweislast zu einer „Zufallshaftung“ auch für schicksalhafte Krankheitsverläufe führen. Eine „Erfolgseinstandspflicht“ des Arztes werde aber allgemein abgelehnt, so Katzenmeier. Unvereinbar mit geltendem Recht sei auch eine Beweismaßreduktion für den Patienten. Es bestünde dann die Gefahr einer Haftungsausuferung. Außerdem wandte sich der Jurist gegen Entscheidungen nach dem Grundsatz der „überwiegenden Wahrscheinlichkeit“, wie von manchen Patientenvertretern angeregt. Bereits dem Grundgedanken nach unpassend sei zudem die sogenannte Gefährdungshaftung. Hierbei gehe es um die „Verteilung von Unglücksschäden, nicht um den Ausgleich von Unrechtsschäden“, verdeutlichte Katzenmeier.

Verschuldensunabhängige Haftung kein Modell für Deutschland

Klare Position bezog der Jurist auch zum Vorschlag, eine verschuldensunabhängige Heilbehandlungsrisikoversicherung einzuführen. Danach ist nicht das Haftungsrisiko des Arztes, sondern das Behandlungsrisiko des Patienten versichert. Der Patient macht in diesem Modell Ansprüche gegen den Versicherer geltend, nicht mehr gegen den behandelnden Arzt. Befürworter einer solchen Lösung sehen darin eine Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses sowie eine Entlastung des Patienten bei der Beweisführung. „Problematisch erscheint bereits die Absicherung der versicherten Risiken“, sagte Katzenmeier. So sei die Differenzierung von iatrogen verursachten Schäden

vom allgemeinen Krankheits- und Behandlungsrisikos äußerst schwierig. Zudem hätten Schmerzensgeldansprüche in einem solchen System keinen Platz. Bisher sei auch nicht beantwortet, ob eine Sonderbehandlung von Medizinunfallschäden überhaupt legitimierbar ist. Es drohe ein Verlust der Einheit der Privatrechtsordnung. Auch Ärztepräsident Hoppe ist von diesem Modell nicht überzeugt. Er warnte davor, dass die verschuldensunabhängige Haftung zu unangebrachter Sorglosigkeit bei der Behandlung führen könnte.

Vor einem Übermaß an arzthaftungsrechtlicher Regulierung warnte schließlich die Ärztin und Medizinethikerin Professor Dr. Christiane Woopen. Bei einer zu engmaschigen Regulierung dieses Rechtsgebietes drohe die Gefahr, den Arzt zum Nachteil der Patienten in seiner Therapiefreiheit einzuschränken und das Arzt-Patienten-Verhältnis durch einen hohen Dokumentationsaufwand zu belasten, sagte die Professorin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universitätsklinik Köln. Schon heute sei dem Arzt durch das Berufsethos vorgegeben, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben, sich fortzubilden, sein Handeln auf das Wohl des Patienten auszurichten sowie die Würde und Selbstbestimmung des Patienten zu achten. Die ethische Selbstbindung des Arztes an diese Grundsätze sei wirksamer als von außen einwirkende rechtliche Vorgaben, sagte Woopen. Die stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrates sprach sich dafür aus, dass die Berufsordnung künftig Aussagen zum Umgang mit ärztlichen Fehlern trifft, sei es mit eigenen oder denen von Kollegen.

Prämien für Arzthaftpflichtpolice schnellen in die Höhe

Größter Versicherer im Arzthaftpflichtsegment in Deutschland ist die Deutsche Ärzteversicherung (DÄV), eine Tochter des französischen Versicherungsriesen AXA. Die DÄV, die die AXA 2006 mit dem Kauf der DBV Winterthur übernahm, versichert derzeit rund 186.000 Ärztinnen und Ärzte. Mit rund 155 Millionen Euro lagen die Schäden im vergangenen Jahr etwa doppelt so hoch wie die Prämieinnahmen, sagte Gernot Schlösser, Aufsichtsratsvorsitzender der Deutschen Ärzteversicherung, auf dem Medizinrechtstag. So habe das Minus 2009 knapp 78 Millionen Euro betragen. Insbesondere Großschäden über 200.000 Euro seien für die negative Entwicklung verantwortlich. Zudem seien in der Vergangenheit zu geringe Rückstellungen getätigt worden. Verbunden seien damit steigende Prämien. So kratzen Allgemeinmediziner inzwischen an der Tausend-Euro-Marke, Chirurgen müssen für den Versicherungsschutz statt rund 4.000 wie vor wenigen Jahren heute über 5.000 Euro im Jahr aufwenden, so Schlösser. Allerdings handle es sich nicht um „epochale Sprünge“. „Ein zentrales Problem“ seien hingegen die Prämien für Gynäkologen in der Geburtshilfe. Sie müssen bereits bis zu 40.000 Euro für ihren Versicherungsschutz aufwenden. Nach den Worten Schlössers hat in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland kein Versicherer mit Arzthaftpflichtpolice Geld verdienen, man habe „höchstens eine schwarze Null“ schreiben können. ble

Gruppenvertrag „MedProtect“

Die Ärztekammer Nordrhein und 13 weitere Ärztekammern haben eine Rahmenvereinbarung zur Berufshaftpflicht mit der Deutschen Ärzteversicherung abgeschlossen. Über „MedProtect“ kann sowohl der Arzt als auch das angestellte Praxispersonal gegen berufliche Haftpflichtschäden abgesichert werden. Der Versicherungsträger hat sich verpflichtet, allen Kammerangehörigen auf Antrag ein Versicherungsangebot zu unterbreiten. Die Deutsche Ärzteversicherung verzichtet bei „MedProtect“ auf ihr besonderes Kündigungsrecht im Schadensfall und fördert die außergerichtliche Schadensregulierung, indem sie dem Arzt im Schadensfall die Möglichkeit bietet, bei einem Verfahren vor der Gutachterkommission Behandlungsfehler einzuräumen, ohne dass er dadurch den Berufshaftpflichtversicherungsschutz verliert. Daneben gewährt der Versicherer bei „MedProtect“ einen Beitragsnachlass von bis zu 15 Prozent gegenüber einem Einzelvertrag. Im ersten Jahr der Niederlassung gewährt die Deutsche Ärzteversicherung zusätzlich einen Niederlassungsrabatt in Höhe von 20 Prozent. Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften können unter bestimmten Voraussetzungen dauerhaft von weiteren 20 Prozent Beitragsnachlass profitieren. Weitere Informationen zu „MedProtect“ unter www.aekno.de in der Rubrik „Arzt“ im Kapitel „Berufshaftpflicht“ oder unter Tel.: 02 21/ 14 82 27 00, E-Mail: service@aerzteversicherung.de

ÄkNo