



Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Erweiterung der Verordnungsbefugnisse für PPs und KJPs – Chancen und mögliche Fallstricke –

12. Oktober 2017

Dr. Sibylle Steiner, MBA
Dezernentin
Geschäftsbereich Ärztliche und veranlasste Leistungen
Kassenärztliche Bundesvereinigung

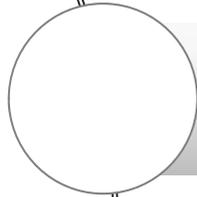
Erweiterung Verordnungsbefugnisse Mehr Behandlungsspielraum für PP und KJP

- › mit GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (§ 73 Abs. 2 SGB V):
 - › Soziotherapie
 - › medizinische Rehabilitation
 - › Krankenhausbehandlung
 - › Krankenförderung
- › **Verordnungsvoraussetzungen** hat der G-BA in Richtlinien konkretisiert
- › **Verordnung von Krankenhausbehandlung** und **Krankenförderung** seit Mai bzw. Juni 2017
- › **Verordnung von medizinischer Rehabilitation** und der **Soziotherapie** nach Abschluss der Vergütungsverhandlungen im Bewertungsausschuss (voraussichtlich ab 1. Quartal 2018)

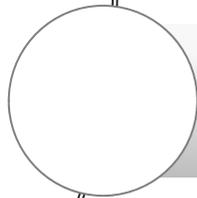
Richtlinien des G-BA



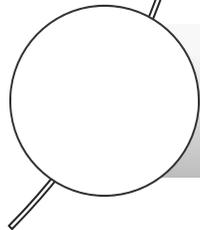
Soziotherapie



Medizinische Rehabilitation



Krankenhausbehandlung



Krankenförderung

Soziotherapie ⁽¹⁾

Ziele, Maßnahmen und Patientenkreis



- › zur Unterstützung von Patienten ab 18 Jahren, **ambulante ärztliche und psychotherapeutische Behandlung** oder **verordnete Leistungen** in Anspruch zu nehmen
 - › im sozialen Umfeld des Patienten (Hausbesuche und Begleitung zu Therapien)
 - › für Patienten mit **schwerwiegenden psychischen Erkrankungen**
 - › schizophrener Formenkreis
 - › affektive Störungen mit psychotischen Symptomen
- und mit schweren Fähigkeitsstörungen (GAF max. 50)**

- › **in Einzelfällen:** Patienten mit Erkrankungen des ICD-10-Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ **und starker Einschränkung der Fähigkeiten (GAF \leq 40) sowie weiteren Co-Morbiditäten**

WERTEBEREICH	BESCHREIBUNG
100–91	Optimale Funktion in allen Bereichen
90–81	Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
80–71	Höchstens leichte Beeinträchtigungen
60–51	Mäßig ausgeprägte Störung
50–41	Ernsthafte Beeinträchtigung
40–31	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30–21	Leistungsunfähigkeit in allen Bereichen
20–11	Selbst- und Fremdgefährlichkeit
10–1	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

Soziotherapie (2)

Auslegung des Leistungsanspruchs in RL



1. § 37a SGB V definiert den Leistungsanspruch auf Soziotherapie:

„Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, **ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen** selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie,, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Seite 2 von 2

nie als vertretbar anzusehen sein, nach der Soziotherapie auch zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen verordnet werden kann. Eine Unterscheidung danach, ob psychotherapeutische Leistungen durch Vertragsärzte oder durch Psychotherapeuten erbracht werden, erscheint nicht sachgerecht. Gleiches gilt für von Psychotherapeuten verordnete Leistungen, die nach § 73 Absatz 2 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung gehören.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Ulrich Orłowski

>

Soziotherapie ⁽³⁾

Wer darf verordnen?



- › Genehmigung der KV („Antrag auf Abrechnungsgenehmigung“) unter folgenden Voraussetzungen
 - ✓ FachärztInnen für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie*
 - ✓ Psychologische PsychotherapeutInnen / Kinder- u. JugendlichenpsychotherapeutInnen*
 - ✓ Psychiatrische Institutsambulanzen
 - ✓ Kooperation mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund (oder ähnliche Versorgungsstruktur)
- › VertragsärztInnen ohne Verordnungsgenehmigung können Patienten zur Indikationsstellung und Verordnung überweisen (auch mit Hinzuziehen eines Soziotherapeuten für max. 5 Therapieeinheiten)

* in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab 18. LJ bis zur Vollendung 21. LJ

› **Wir arbeiten für Ihr Leben gern.** << www.ihre-aerzte.de

Soziotherapie (4) Verordnungsformulare

- › Vordruck 26: Verordnung von Soziotherapie
- › Vordruck 27: Betreuungsplan
- › Vordruck 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie
- › zum 1. Oktober 2017 neu gestaltet
- › Vordruckerläuterungen geben praxisrelevante Hinweise zum Ausfüllen der Formulare



Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V 26

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten 28

MUSTER

Erklärung des Arztes
Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu:

Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers
Folgende Leistungen wurden erbracht:

Bemerkungen zur Abrechnung
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto:

IBAN: _____
BIC: _____
Geldinstitut: _____

Datum: _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Richtlinien des G-BA



Medizinische Rehabilitation ⁽¹⁾

Indikation, Ziel, Maßnahmen, Patientenkreis



- › Kurative Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung reichen nicht aus
- › Ziel: Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern
- › Richtlinie regelt die Verordnung von Rehabilitation zu Lasten der GKV (insbes. Altersrentner)
- › Voraussetzungen für die Verordnung:
 - › Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose
 - › Rehabilitationsziel kann nicht mit den Leistungen der kurativen Versorgung oder der medizinischen Vorsorge erreicht werden
- › Ambulant, ambulant-mobil, stationär
- › Indikationsspezifisch, geriatrisch, Sonderformen

Medizinische Rehabilitation ⁽²⁾

Wer darf verordnen?



- › Grundsätzlich: Jeder Vertragsarzt/-psychotherapeut
- › Spezielle Kenntnisse in der **Anwendung der ICF**
 - Fortbildungsangebot der KVen
 - Online-Fortbildung der KBV: über KV-Portal oder <http://portal.kv-safenet.de> (nur für Nutzer)
 - Praxisleitfaden der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation www.bar-frankfurt.de

Medizinische Rehabilitation (3)

Besonderheiten für PP und KJP



- › Verordnung zulässig für Patienten mit Diagnosen aus dem **Indikationsspektrum des § 26 der Psychotherapie-Richtlinie** oder **neuropsychologische Therapie** (Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung)
 - › Beispiele: depressive Episoden, Angststörungen oder nichtorganische Schlafstörungen sowie organisches amnestisches Syndrom oder organische emotional labile Störung
- › Verordnung für Patienten mit anderen Indikationen aus **Kapitel V des ICD-10 „Psychische und Verhaltensstörungen“** dann zulässig, wenn eine **Abstimmung mit dem behandelnden Arzt** erfolgt
 - › Beispiel: Demenz

Medizinische Rehabilitation ⁽³⁾

Besonderheiten für PP und KJP



- › Hinzuziehung von **ärztlich erhobenen Informationen** für die Verordnung :
 - ggf. vorliegende weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen
 - zuvor erfolgte ärztliche Maßnahmen
 - Risikofaktoren
 - andere ärztlich bereits veranlasste Leistungen (einschließlich Arzneimitteltherapie)
- › Informationen aus **Fremdbefunden** auf der Verordnung vermerken

Medizinische Rehabilitation (4)

Verordnungsformulare

Vordruck 61 Teil A

- › **Beratung** des Patienten durch seine Krankenkasse initiieren
- › Bei Bedarf **leistungsrechtliche Zuständigkeit** (z.B. Kranken- oder Rentenversicherung) klären

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 25.11.2015** **61 Teil A**

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrenten, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter), ist eine erhebliche Günstigung oder Minderung der Erwerbstätigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
 Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine Beratung der/des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichzeitiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) ist angezeigt.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt
 Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Verbindliches Muster

Stampel / Unterschrift des Arztes

Stampel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil A (4.2016)

Medizinische Rehabilitation (5)

Verordnungsformulare

Vordruck 61 Teil B-D

- › **Verordnung** der Rehabilitationsmaßnahme
- › Hilfestellung beim Ausfüllen bieten die Vordruckerläuterungen

Freigabe 25.11.2015

Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit (z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
6. _____			

* Seitenkollatzion
 B = rechts
 L = links
 B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung zur Eintragung sind die folgenden Ursachen zuzufügen

1 = Arbeitsunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirkung Drogen (z. B. Umsturz)

4 = Folgen von Akut-, Zeit- oder Wundheilungs-
 5 = Missbrauch
 6 = andere

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Fähreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Verbindliches Muster

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

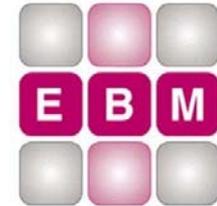
nein ja, welche? _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfungsangeboten)

Ausfertigung für die Krankenkasse Muster 61 Teil B (4.2016)

Verordnungsbefugnisse

Reha/Soziotherapie: Inkrafttreten erst nach Beschluss des Bewertungsausschusses



- › Verordnungsbefugnis für Maßnahmen der Rehabilitation und Soziotherapie **gilt erst** mit der Anpassung der Vergütung und dem **Inkrafttreten des entsprechenden Beschlusses** des Bewertungsausschusses (voraussichtlich zum 1. Quartal 2018).
- › Eine Leistung wird grundsätzlich erst dann Bestandteil des **GKV-Leistungskataloges**, wenn hierfür auch eine **abrechenbare Gebührenordnungsposition** besteht.
- › Eine Abrechnung über die **GOÄ** ist ausnahmsweise dann statthaft, wenn ein **Systemversagen** eintritt. Gemäß § 87 Abs. 5b 2 SGB V hat der Bewertungsausschuss 6 Monate Zeit, Richtlinienbeschlüsse des G-BA umzusetzen. Erst nach Ablauf dieser Frist kommt ein Systemversagen mit der Möglichkeit einer Abrechnung über die GOÄ (§ 13 Abs. 3 SGB V) in Betracht.

Richtlinien des G-BA





Krankenhausbehandlung ⁽¹⁾

Eckpunkte der G-BA-Richtlinie

- › Muss die Weiterbehandlung aus medizinischen Gründen mit den Mitteln eines Krankenhauses erfolgen, ist stationäre Krankenhausbehandlung notwendig
- › Grundsatz „ambulant vor stationär“ beachten!
 - › vor Verordnung Ausschöpfung sämtlicher ambulanten Behandlungsalternativen
- › **Vollstationäre Behandlung** in einem zugelassenen Krankenhaus setzt voraus, dass die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häusliche Krankenpflege erreicht werden kann.
 - › Entscheidung zur Aufnahme liegt beim Krankenhausarzt

Krankenhausbehandlung ⁽²⁾

Besonderheiten für PP und KJP

- › Verordnungsmöglichkeit für Patienten mit Diagnosen aus dem Indikationsspektrum des § 26 der Psychotherapie-Richtlinie oder bei Indikationen der neuropsychologischen Therapie
- › Verordnungsmöglichkeit für Patienten mit anderen Indikationen aus Kapitel V des ICD-10 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Krankenhausbehandlung nur nach Abstimmung mit dem behandelnden Arzt

Krankenhausbehandlung ⁽³⁾

Verordnungsformulare

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>					
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall				
geb. am		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leistungen (BYG)				
Kostenträgersendung	Versicherten-Nr.	Nächstreichbare, geeignete Krankenhäuser					
Status	Betriebsstätten-Nr.	Vertragstempel / Unterschrift des Arztes					
	Arzt-Nr.						
	Datum						
Diagnose							
<p><i>Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!</i></p> <p>Untersuchungsergebnisse</p> <p>Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)</p> <p>Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)</p> <p>Mitgegebene Befunde</p>							
				<p>Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!</p>			
				Muster 2b (10.2014)			

Vordruck 2

- › Angaben auf der Verordnung:
 - Krankenhausbehandlung begründende Diagnose
 - nächst erreichbare Krankenhäuser
 - Befunddaten
- › Hilfestellung beim Ausfüllen bieten die Vordruckerläuterungen.

Richtlinien des G-BA



Krankenförderung ⁽¹⁾

Eckpunkte der Richtlinie



- › Krankentransport-Richtlinie regelt die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten
- › Fahrten müssen im Zusammenhang mit einer (psychotherapeutischen) Leistung der Krankenkasse **zwingend notwendig** sein
- › Keine Genehmigungserfordernis: Fahrten zur **stationären** (psychotherapeutischen) Behandlung
- › Vorab Genehmigungspflichtig: Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung :
 - › insbes. Dialysebehandlung, Strahlentherapie, parenterale onkologische Therapie
 - › für Patienten, die einen **Schwerbehindertenausweis** mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorlegen oder einen **Pflegebescheid** mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 und dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Krankenförderung (2)

Verordnungsformular



Verordnung einer Krankenförderung 4

Mitteilung von Krankheiten und drohenden Gesundheitsschäden gemäß § 20a SGB V

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

B) ambulante Operation

C) ambulante Behandlung

2. Beförderungsmittel

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:

Von Nach

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Genehmigung der Krankenkasse

Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt

Die Fahrt wird wie folgt genehmigt:

Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird nicht genehmigt.

Begründung

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Datum

Fahrtstrecke

Arbeits- / Rückfahrt

Unterschrift des Versicherten

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Gültiger Zahlungsbelegungsweis vom

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers

Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

- › Vordruck 4
- › Ausstellung grundsätzlich vor der Beförderung
- › Grund für die Fahrt, das Beförderungsmittel sowie Wegdauer angeben
- › Fahrten zur stationären Behandlung muss sich der Patient nicht von der Krankenkasse genehmigen lassen. Anders ist das bei Fahrten zur ambulanten Behandlung.
- › Fahrten zur ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme sind nicht ordnungsfähig. Hier ist der Patient an die Krankenkasse zu verweisen.

Verordnungsbefugnisse

Zum Schluss ein Überblick



Soziotherapie



Medizinische Rehabilitation



Krankenhausbehandlung



Krankenförderung

Verordnungsbefugnisse ⁽¹⁾

Gemeinsamkeiten und Unterschiede für Ärzte und PP/KJP

= gleiche Vorgaben

= gleiche Verordnungsformulare

≠ unterschiedliches Indikationsspektrum

- PP/KJP: Verordnungsmöglichkeit aufgrund psychischer Erkrankungen oder Störungen

Verordnungsbefugnisse ⁽²⁾

Regeln und Grundlagen der Verordnung

- › **WANZ:** wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig
(Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 SGB V)
- › **Genehmigungsvorbehalt:** Soziotherapie, Rehabilitation, Krankenhausbehandlung und Krankenförderung unterliegen zum Teil vor Leistungserbringung einem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse
- › **Wirtschaftlichkeitsprüfung:** Krankenkassen können Verordnungen im Zuge von Einzelfallprüfungen überprüfen
- › **Zuzahlung:** Patienten beteiligen sich grundsätzlich mit einem Eigenanteil an den verordneten Leistungen, sofern sie das 18. Lebensjahr vollendet haben

Verordnungsbefugnisse (3)

Weiterführende Informationen

- › KBV-Themenseite Soziotherapie: www.kbv.de/510361
- › KBV-Themenseite Rehabilitation: www.kbv.de/991147
- › KBV-Themenseite Krankenhausbehandlung: www.kbv.de/459165
- › KBV-Themenseite Krankenförderung: www.kbv.de/901078
- › Vordruckmustersammlungen: <http://www.kbv.de/290052>
- › Vordruckerläuterungen: <http://www.kbv.de/273247>

Verordnungsbefugnisse (4)

Reihe PraxisWissen der KBV



„VERORDNUNGEN – Hinweise speziell für Vertragspsychotherapeuten“
wird die Reihe PraxisWissen in Kürze ergänzen.

» Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de

Verordnungsbefugnisse (5)

Ihre Ansprechpartner

Dr. Sibylle Steiner, MBA

Dezernentin
Geschäftsbereich Ärztliche und
veranlasste Leistungen

E-Mail: SSteiner@kbv.de
Telefon: 030 4005 – 1401

Julius Lehmann

Leiter der Abteilung
Veranlasste Leistungen

E-Mail: JLehmann@kbv.de
Telefon: 030 4005 – 1436

»Ich finde die
richtigen
Diagnosen.
Und die
passenden
Worte.«


Dr. Joachim Stengel,
PSYCHOTHERAPEUT

Das persönliche Gespräch bleibt für uns niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten die Grundlage einer zuverlässigen psychotherapeutischen und medizinischen Versorgung. Warum der gemeinsame Aufbau von Vertrauen der erste Schritt zur Lösung Ihrer gesundheitlichen Probleme ist, lesen Sie auf www.ihre-aerzte.de

**Die Haus- und
Fachärzte**

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

»Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de