



MPF Medicalprodukte GmbH



Kauslundhof 6 | 24943 Flensburg
Tel. +49 (0)461- 674236-0 | Fax +49 (0) 461-674236-19

MPF GmbH

Der kompetente Partner der Praxis

Praxisbroschüre

Praxisleitfaden

Fragen und Antworten zur Rezeptierung von
Hilfsmitteln für die ableitende Versorgung

Der Leitgedanke unseres Handelns ist die **optimale Versorgung des Patienten**.

Die kompetente Beratung unserer Kunden durch qualifiziertes Fachpersonal und die zeitnahe und zuverlässige Lieferung hochwertiger Hilfsmittel sind die tragenden Säulen unseres Konzeptes.

Es ist unser Anspruch, diesem hohen Qualitätsanspruch auch unter dem chronisch wachsenden Druck sinkender Preise im Gesundheitssystem gerecht zu werden.

Unser speziell für unsere individuellen betrieblichen Bedürfnisse entwickeltes IT-System ermöglicht es uns, unsere Verwaltungsstruktur ungewöhnlich schlank zu halten.

Onlinezugänge für Mitarbeiter und Kooperationspartner ermöglichen eine sehr effiziente Arbeitsweise.

Die IT-Plattform bildet einerseits das Kernstück der innerbetrieblichen Organisation.

Andererseits ermöglicht die offene Struktur der Plattform eine bedarfsgerechte Anpassung, z.B. an die Wünsche unserer Netzwerkpartner.

Neben einer schlanken Verwaltungsstruktur bemühen wir uns mit Erfolg, die Kosten des Warenbezugs den sich stetig reduzierenden Kassen-Abrechnungspreisen anzupassen.

Um dies mit den hohen qualitativen Anforderungen an unsere Kernprodukte in Einklang zu bringen, arbeiten wir eng mit dem Schwesterunternehmen GHC GmbH zusammen, deren Firmenphilosophie mit der unseren in vollem Einklang steht. Durch kontinuierliche Verbesserungen und qualitativer Überwachung der von der MPF GmbH eingesetzten Medizinprodukte ist es uns möglich, unseren Kunden stets bestmöglich zu versorgen.

Durch die langjährige Zusammenarbeit mit einem kompetenten Abrechnungszentrum, den Krankenkassen und anderen zuständigen Stellen ist eine schnelle und zuverlässige Abrechnung der ärztlich verordneten Hilfsmittel gewährleistet.

Das Unternehmen betreut (Stand 2012) z.Zt. ca. 600 Pflegeheime, ca. 5000 Patienten und zahlreiche Arztpraxen. In Zusammenarbeit mit der MPF GmbH werden z. Zt. 30.000 Katheterwechsel p.a. durchgeführt.

Unser Angebot gliedert sich in folgende Geschäftsbereiche:

MPF Mobil: Durchführung ärztlich verordneter Katheterwechsel

MPF Service: Bedarfsgerechte Versorgung der Patienten in Heim und Häuslichkeit, Praxisbedarf in der Urologie

Unsere zentralen Geschäftsbereiche im Überblick...



Professionelle vor Ort Betreuung Ihrer Patienten:

- Turnusmäßige Besuche durch persönliche Ansprechpartner
- Patientenbezogene Beratung durch ein Team erfahrener Pflegefachkräfte und Medizinprodukteberater
- Ermittlung des aktuellen Hilfsmittelbedarfs und die lfd. Anpassung an sich ändernde pflegerische Bedarfe der Patienten
- Intensive Zusammenarbeit mit dem Patienten, ggf. mit dessen Angehörigen und Pflegekräften
- Individuelle Erstversorgung, sowie eine kontinuierliche und verlässliche Weiterversorgung
- Im Bedarfsfall, z.B. Erstversorgung oder akut veränderter Pflegesituation, steht Ihnen unser Beratungsteam selbstverständlich zeitnah zur Verfügung

Praxisgerechte Produktpalette

- Erstklassiges Sortiment bewährter Produkte, zugeschnitten auf die Bedürfnisse und Anforderungen unserer Kunden
- Hohes Qualitätsniveau durch **eigene** Inkontinenz-Produktserie (GHC)
- Zahlreiche hochwertige Spezialartikel verschiedener Hersteller ab Lager verfügbar. Kurzfristige Beschaffung kundenseitig gewünschter Produkte

Unser Service – Ihr Gewinn

- Massiver Zeitgewinn für die MitarbeiterInnen Ihrer Praxis durch die Nutzung unserer innovativen IT-Plattform für: Hausbesuchsorganisation, Rezeptmanagement, Bestellwesen für Praxisbedarf
- Entlastung des Pflegepersonals von zeitraubenden administrativen Aufgaben durch MPF Service
- Fortbildungen und Praxisanleitung für PraxismitarbeiterInnen und Pflegepersonal zu den Themen Katheterismus, Expertenstandard Kontinenz, Nutzung der IT-Plattform



Übernahme sämtlicher Dauerkatheterwechsel

Erfahrene, examinierte Pflegefachkräfte führen auf Wunsch sämtliche laufende Dauerkatheterwechsel durch. Kompetent, zuverlässig und freundlich. Sowohl in der Häuslichkeit, als auch in der stationären Pflegeeinrichtung.

Hilfsmittelrezept

Für eine problemlose Bearbeitung ist es zwingend erforderlich, dass die grau hinterlegten Angaben korrekt und vollständig ausgefüllt werden, da sonst eine sofortige Rücksendung durch die Krankenkasse erfolgt.

Bitte an dieser Stelle nur max. 3 Positionen pro Rezept

Dieses Datum ist das Versorgungsdatum des Patienten

Zahlungspflicht des Patienten:

Der Leistungserbringer muss die Zuzahlung vom Versicherten einziehen. Die KK kürzen den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers um den Zuzahlungsbetrag. Nicht selten kommt es vor, dass auf der Verordnung das Feld „Zuzahlungsbefreit“ fälschlicherweise angekreuzt ist. Um Ihnen, und uns erhebliche Mehrarbeit zu ersparen, empfehlen wir Ihnen sich den Befreiungsausweis vorlegen zu lassen.

Wir bitten ausdrücklich um eine zeitnahe Ausstellung der Verordnung, **da Rezepte, die nicht innerhalb von 28 Tagen nach der Belieferung an den Patienten der Krankenkasse im Original vorliegen, verfallen.**

Arzneimittel ähnliche Medizinprodukte und Verbandmittelrezept

Hierzu gehören z.B. die Kochsalzlösung, die Verbandstoffe usw. Für eine problemlose Bearbeitung ist es zwingend erforderlich, dass die grau hinterlegten Angaben korrekt und vollständig ausgefüllt werden, da sonst eine sofortige Rücksendung durch die Krankenkasse erfolgt.

Dieses Datum ist das Versorgungsdatum des Patienten

Zuzahlungspflicht des Patienten:

Der Leistungserbringer muss die Zuzahlung vom Versicherten einziehen. Die KK kürzen den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers um den Zuzahlungsbetrag. Nicht selten kommt es vor, dass auf der Verordnung das Feld „Zuzahlungsbefreit“ fälschlicherweise angekreuzt ist. Um Ihnen und uns erhebliche Mehrarbeit zu ersparen, empfehlen wir Ihnen, sich den Befreiungsausweis vorlegen zu lassen.

Wir bitten ausdrücklich um eine zeitnahe Ausstellung der Verordnung, **da Rezepte, die nicht innerhalb von 28 Tagen nach der Belieferung an den Patienten der Krankenkasse im Original vorliegen, verfallen.**

Suprapubische Katheter

Für eine problemlose Bearbeitung ist es zwingend erforderlich, dass die grau hinterlegten Angaben korrekt und vollständig ausgefüllt werden, da sonst eine sofortige Rücksendung durch die Krankenkasse erfolgt.

Suprapubischer Katheter sind grundsätzlich zuzahlungsfrei!

Dieses Datum ist das Versorgungsdatum des Patienten

Erklärung

Suprapubische Katheter müssen separat rezeptiert werden, da sie kein klassisches Hilfsmittel sind, sondern über die Sachkosten mit der jeweiligen KV abgerechnet werden. Je nach KV werden supra. Kath. über Sprechstundenbedarf oder patientenbezogen abgerechnet. Durch eine vom Arzt ausgestellte Abtretungserklärung an die MPF GmbH ist es uns möglich, Sie von diesem Arbeitsaufwand zu entlasten.

Bei Fragen sprechen Sie uns zu dem Abrechnungsprozedere ihrer KV gerne an.

Sprechstundenbedarf

Krankenkasse bzw. Kostenträger
KK / Versicherung

Name, Vorname des Versicherten
Sprechstundenbedarf

Kassen-Nr. 1234567 Versicherten-Nr. 12345678910 Status 5000/1

Betriebsstätten-Nr. 1234 Arzt-Nr. 56789 Datum

Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)
z.B. 10x supra. Katheter

Arztstempel mit Unterschrift

Abgabestadium in der Apotheke

0156148004

Ziffer „9“

Erklärung

Sprechstundenbedarfsrezepte dienen in einigen Bundesländern zur Abrechnung der gelieferten Katheter mit der Krankenkasse und sind gesondert auszustellen. Dieses Abrechnungsverfahren ist länderspezifisch.

Bitte sprechen Sie uns an, wir informieren Sie gerne über die Regularien in Ihrem Bundesland.

Zur Regelung der Verordnung von Hilfsmitteln (sächliche medizinische Leistungen) formuliert der „GBU“ in einer verbindlichen Richtlinie (2004; Teil II Abschnitt b):

„Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.“

Der behandelnde Arzt (Vertragsarzt der Krankenkassen) sollte somit die medizinische Notwendigkeit feststellen und durch eine geeignete Diagnose diese auf dem Rezept deutlich hervorheben

Formerfordernisse an eine Verordnung

Ist durch den behandelnden Arzt die medizinische Notwendigkeit festgestellt worden, kann er die Versorgung mit geeigneten Hilfsmitteln verordnen. Dazu muss eine Verordnung bzw. ein Rezept ausgefüllt werden. Um einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse vorzubeugen, sollte unbedingt auf die Einhaltung der Formanforderungen geachtet werden. Diese wurden in den „Hilfsmittelrichtlinien“ verbindlich festgelegt. Neben der Sorgfalt und der Leserlichkeit müssen folgende Aussagen zu den verordneten Hilfsmitteln angegeben sein

- ✗ Anzahl
- ✗ Bezeichnung (nach dem Hilfsmittelverzeichnis)
- ✗ Versorgungszeitraum (bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln)
- ✗ Diagnose

Eventuelle Änderungen und Ergänzungen auf dem Rezept müssen durch eine erneute Unterschrift des Arztes bestätigt werden.

Auf der Rückseite des Rezepts befindet sich die „Empfangsbestätigung“, welche durch die Unterschrift des Patienten bzw. einer beauftragten Person erfolgt.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) u.a. das ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten) heraus. Das ICD dient der Verschlüsselung von Diagnosen; die folgende Übersicht enthält Diagnosebeispiele, die eine künstliche Harnableitung begründen können (kein Anspruch auf Vollständigkeit sowie aktuelle Gültigkeit; deutschsprach. Ausgabe ICD-10-GM zur Verschlüsselung):

Hinweis: Das Erstellen von Diagnosen obliegt ausschließlich dem Arzt.

Dauerkatheter (Harnröhren- oder Bauchdeckenkatheter), Urinbeutel, Einmalkatheter zur ISK (Intermittierenden Selbstkatheterisierung) und das Zubehör (Katheterventile, Halterungen und Blockspritzen) sind z.B. in Verbindung mit folgenden Diagnosen verordnungsfähig:

- C 61 Prostatakarzinom (Bösartige Neubildung der Prostata)
- C 67.9 Blasenkarzinom (Bösartige Neubildung der Harnblase)
- N 21.0 Harnblasenstein
- N 21.8 Stein in sonstigen unteren Harnwegen
- N 30.9 Harnblaseninfektion (Zystitis, nicht näher bezeichnet)
- N 31.1 Neurogene Reflexblase
- N 31.9 Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet
- N 32.9 Krankheit der Harnblase, nicht näher bezeichnet
- N 34.2 Harnröhreninfektion (Sonstige Urethritis)
- N 35.8 Harnröhrenstriktur (Sonstige Harnröhrenstriktur)
- N 39.1 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
- N 39.41 Überlaufinkontinenz
- N 39.9 Krankheit des Harnsystems, nicht näher bezeichnet
- N 40 Prostatahyperplasie
- R 33 Harnverhalt
- R 39.1 Blasenentleerungsstörung (Sonstige Miktionsstörungen)

Saugende Inkontinenzhilfen oder Urinalkondome (+ Urinbeutel) sind z.B. in Verbindung mit folgenden Diagnosen verordnungsfähig:

- N 39.3 Stressinkontinenz
- N 39.40 Reflexinkontinenz
- N 39.41 Überlaufinkontinenz
- N 39.42 Dranginkontinenz

Nierenkatheter, Ureterkatheter, Ureterschienen und Zubehör (Adapter, Verbinder) sind z.B. in Verbindung mit folgenden Diagnosen verordnungsfähig:

- C 64 Nierenkarzinom (Bösartige Neubildung der Niere)
- C 66 Harnleiterkarzinom (Bösartige Neubildung des Ureters)
- N 13.0 Nierenabflussstörung (Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion)
- N 13.5 Harnleiterstriktur (Abknickung und Striktur des Ureters)
- N 17.9 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet
- N 18.9 Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet
- N 20.0 Nierenstein
- N 20.1 Harnleiterstein
- N 39.9 Krankheit des Harnsystems, nicht näher bezeichnet

Verordnungszeiträume

Ist durch den behandelnden Arzt ein Bedarf an „Inkontinenzhilfen“ als medizinisch notwendig erkannt, ist meist eine dauerhafte Versorgung notwendig. Dazu ist es erforderlich, dass der behandelnde Arzt die benötigte Anzahl für einen bestimmten Versorgungszeitraum (VZ) auf dem Rezept festhält. Hierbei sind die in den „Hilfsmittelrichtlinien“ und anderen Regelwerken (z.B. Bundesmantelvertrag Ärzte) verbindlich festgelegten Vorgaben einzuhalten. Ohne ein ordnungsmäßig ausgefülltes Rezept, das vor der Versorgung ausgestellt wurde, ist die Krankenkasse per Gesetz nicht leistungspflichtig und muss nicht zahlen.

Daher ist es dringend erforderlich, dass das Ausstellungsdatum des Rezeptes vor dem VZ liegt. Bitte achten Sie unbedingt darauf, dass es bei der Festlegung der Versorgungszeiträume auf keinen Fall zu Überschneidungen kommt (Folgeversorgung). Eine kurzzeitige „Lücke“ ist dagegen unproblematisch.

Für den Fall, dass der Versorgungszeitraum nicht mit dem Rezeptdatum beginnt, muss das Rezept für eine „Monatsversorgung“ spätestens am 5. Kalendertag des Monats oder für eine „Quartalsversorgung“ spätestens am 15. Kalendertag des Quartals ausgestellt werden, um eine Kostenerstattung zu sichern.

Versorgungszeiträume können sehr unterschiedlich dargestellt werden, sind jedoch stets plausibel: Hier ein paar Beispiele:

Angaben auf dem Rezept	Bedeutung
VZ: 4 Wochen ab Datum	VZ gilt für 4 Wochen ab dem Ausstellungsdatum der Verordnung
VZ: 12 Wochen ab Datum	VZ gilt für 12 Wochen ab dem Ausstellungsdatum der Verordnung
VZ: März 2012	VZ gilt vom 1.3. bis 31.3.2012 (Monatsversorgung) Hinweis: korrektes Rezeptdatum
VZ: Okt, Nov, Dez 2012	VZ gilt vom 1.10 bis 31.12.2013 (Quartalsversorgung)
VZ: IV. Quartal 2012	VZ gilt vom 1.10. bis 31.12.2012 (Quartalsversorgung)
VZ: bis 24.12.2012	VZ gilt ab Ausstellungsdatum bis 24.12.2012 gilt für (verordnete Menge geteilt durch drei) x Tage ab Ausstellungsdatum der Verordnung

Die von uns verwendeten Produkte dienen der Harnableitung und zeichnen sich durch ihre hohe Qualität aus. Dennoch beeinflusst der Zustand des abgeleiteten Urins die Nutzungsdauer und Funktion unserer Produkte. Durch Entzündungen und Infektionen der Harnwege, eine ungenügende Flüssigkeitsaufnahme und/ oder starke Medikamentengabe wird der Urin stärker belastet. Es können Ablagerungen entstehen, welche zu einer schnellen Verstopfung und damit einer verkürzten Nutzungsdauer unserer Produkte führen können.

Im Gutachten „Versorgung mit Inkontinenzhilfen Abschätzung des medizinisch begründbaren monatlichen Bedarfs“ der „Arbeitsgruppe SEG 5 Hilfsmittel und Medizinprodukte“ des „MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ werden Empfehlungen für Bedarfsmengen pro Versorgungszeitraum für bestimmte Produkte ausgesprochen. Abweichungen von diesen Mengen, sowohl nach unten als auch nach oben, sind medizinisch begründet (Indikation) möglich.

Begründung von Mehrbedarf

Auf der Grundlage von verschiedenen MDK-Gutachten und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsangebot des Sozialgesetzbuches (SGB V) haben die Krankenkassen in den letzten Jahren sogenannte „Regelversorgungen“ eingeführt. Diese legt für einen bestimmten Zeitraum eine festgelegte Menge an „Inkontinenzhilfen“ als medizinisch „ausreichend“ fest. Dabei orientiert sich diese Regelung an Patienten mit „normalen“ Krankheitsbild; hierbei wird z.B. eine Regelverweildauer eines Silikon-Ballonkatheters von 4 Wochen als ausreichend angesehen.

Für Patienten mit einem schweren Krankheitsbild ist diese Versorgung jedoch häufig nicht ausreichend. Um den sich ergebenden Mehrbedarf zu decken, ist eine schriftliche „Begründung von Mehrbedarf“ durch den Arzt zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse unabdingbar. Folgende Schwerpunkte dienen zur Begründung der Notwendigkeit des Mehrbedarfs:

Das Hilfsmittel leitet nicht mehr ab – durch sog. Ablagerungen (Inkrustation) verstopfen oder blockieren die Produkte (z.B. Mehrbedarf wegen Katheterverstopfung bei rezidiven Harnwegsinfekt, rez. HWI);

Das Hilfsmittel wird von geistig verwirrten Patienten als Fremdkörper betrachtet und gezogen (z.B. Mehrbedarf wegen Spontanentfernung bei Demenz);

Hochinfektiöse Patienten, die nicht lange mit den kontaminierten Hilfsmitteln in Kontakt bleiben können (z.B. Mehrbedarf wegen schwerer Infektion – MRSA).

Gehen Hilfsmittel in das „Budget“ des Arztes ein?

Nein, wenn die Hilfsmittel korrekt verordnet und korrekt mit Hilfsmittelnummer abgerechnet werden.

Begründung: Jeder Vertragsarzt der Krankenkassen muss in seiner Tätigkeit die „Arzneimittelvereinbarung“ nach § 84 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünf) zur Wahrung des Ausgabenvolumens bei „Arznei- und Verbandmitteln“ beachten.

Das Ausgabenvolumen ist durch Vorgaben sogenannter „Richtgrößen“ beschränkt. Daher spricht man von einem „Budget“. Eine Überschreitung dieser Vorgaben hat für den Arzt bekanntlich Konsequenzen.

Nach § 84 Abs. 8 sind neben den „Arznei- und Verbandmitteln“ auch die Heilmittel von diesen Beschränkungen betroffen.

Die Hilfsmittel fallen nicht unter die Vereinbarung, weil sie in dem Gesetzestext nicht genannt werden und gehen daher nicht in das „Budget“ des Arztes ein.

Wenn also Hilfsmittel eindeutig als Hilfsmittel verordnet werden, besteht keine Verwechslungsgefahr mit den „Arznei- und Verbandmitteln“ oder den Heilmitteln und somit besteht auch keine Gefahr für den Arzt.

Fristen – Verfall des Rezeptes

Seit dem 1.2.2009 haben sich die Anforderungen aus den „Hilfsmittel-Richtlinien“ geändert: **Rezepte, die nicht innerhalb von 28 Tagen der Krankenkasse im Original vorliegen, verfallen.**

Dabei beginnt die Frist mit dem Ausstellungsdatum des Rezeptes. Eine Bestellung muss daher immer mit dem Original-Rezept erfolgen. Nur in abgestimmten Notfällen kann eine Vorablieferung erfolgen.

Ein verfallenes Rezept kann nicht beliefert werden!

Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen. Zu ihnen gehören u.a.:

- Körperersatzstoffe und orthopädische Hilfsmittel
- Hörhilfen, Inkontinenz- und Stomaartikel
- technische Produkte wie Applikationshilfen und Inhalationsgeräte

Wann und für wen besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel?

Versicherte nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben Anspruch auf Hilfsmittel, wenn diese dazu dienen:

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern **oder**
- einen drohenden Behinderung vorzubeugen **oder**
- eine Behinderung auszugleichen

Bei Pflegebedürftigkeit gilt der Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 33 SGB V fort, und zwar unabhängig davon, in welchem Umfang eine Teilnahme am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist.

Der **Sachleistungsanspruch** des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse **beschränkt sich auf die Vertragspreise**. Hierüber muss die Krankenkasse ihre Versicherten informieren, auf Anfrage auch über die wesentlichen Vertragsinhalte. Mengenbeschränkungen durch die Krankenkasse sind bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln unzulässig.

Gesetzliche Zuzahlungsregelung für Hilfsmittel

Versicherte haben nach Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich eine Zuzahlung von 10% des Kostenübernahmebetrags durch die Krankenkasse zu leisten, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €.

Für **zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** gilt eine **Sonderzuzahlungsregelung** von 10 % je Packung, höchstens jedoch 10 € im Kalendermonat für alle zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel.

Der Leistungserbinger (z.B. Apotheker oder Sanitätsfachhändler) muss die Zuzahlung von den Versicherten einziehen. Die Krankenkassen kürzen den Vergütungsanspruch des Leistungserbingers um den Zuzahlungsbetrag.

Beschränkungen der Zuzahlungspflicht (Belastungsgrenze)

Versicherte haben während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen in Höhe von 2% ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten. Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze nur 1% der jährlichen Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze kann bei der Krankenkasse ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt werden.

Über weitere Details informiert jede Krankenkasse!



MPF Medicalproduktevertrieb GmbH

Kauslundhof 6 | 24943 Flensburg
Tel. 0461 - 674236-0 | Fax 0461 - 674236-19
info@mpf-medical.de | www.mpf-medical.de