

DR. KOCH

Rechtsanwalt

MANDANTENINFORMATION

Gesundheitswesen/2013
Das neue Krebsfrüherkennungsgesetz

DATENSCHUTZ IM GESUNDHEITSWESEN - EINFÜHRUNG EINES KLINISCHEN BUNDESEINHEITLICHEN KREBSREGISTERS

Am 22.08.2012 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (KFRG) veröffentlicht, der am 01.03.2013 auch nahezu unverändert den Bundesrat passiert hat. Zielrichtung ist es dabei in allen Bundesländern klinische Register nach einheitlichen Standards und letztlich ein einheitliches Krebsregister einzuführen, um die Krankheit besser bekämpfen zu können. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung wird dabei die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung als zentrales Handlungsfeld definiert.

I. EINLEITUNG

Der Suchdienstanbieter Google oder das soziale Netzwerk Facebook sind gerade in Deutschland in regelmäßigen Abständen Inhalt öffentlich geführter Diskussionen über den Umfang des Informationsbedürfnisses über Nutzer dieser Anbieter. Nur selten formuliert das eigene Informationsinteresse jemand so deutlich, wie die Nachrichtenseite „*Sueddeutsche.de*“ gegenüber ihren Lesern, indem sie klarstellt: „*Anonymisierte Daten – mit Hilfe von Cookies analysieren wir die Klicks auf unserer Seite; Werbekunden nutzen diese Technik, um personalisierte Anzeigen aufzuspielen.*“ Sicher ist dies Ihnen bereits aufgefallen, dass wenn Sie Nachrichtenseiten oder Suchdienste nutzen, nachdem Sie z. B. sich über aktuelle Angebote von Kochherden im Internet informiert haben, Ihnen bei der Nutzung von Nachrichtenseiten oder Suchdiensten kontinuierlich entsprechende Angebote unterschiedlicher Onlineanbieter als Banner eingeblendet werden. Gegen solche Einblendungen kann sich der jeweilige Nutzer des Internets insoweit schützen, als er selbst oder mit entsprechenden Hilfsprogrammen die Verwendung entsprechender „*Cookies*“ sperrt oder diese regelmäßig löscht. Dies hat dann allerdings zur Folge, dass ggf. Internetseiten nur beschränkt oder gar nicht mehr genutzt werden können.

Nun stellen Sie sich einmal vor, dass Sie nach Erreichung eines bestimmten Alters von verschiedenen (angeblich) entsprechend spezialisierten Tumorzentren oder aber sogar nur von einem bestimmten, angeblich besonders guten Tumorzentrum zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung oder zur Darmkrebsfrüherkennung eingeladen werden. Weiter stellen Sie sich bitte vor, dass nachdem man Ihnen eröffnet hat, dass bei der Untersuchung bedauerlicherweise bereits metastasierter Krebs im Endstadium festgestellt worden sei und man deshalb davon ausgehe, dass Sie noch etwa sechs

Monate zu leben hätten, nach etwa einem weiteren Monat Sie entsprechende Werbebroschüren besonders qualifizierter Pflegedienste für den letzten Zeitabschnitt Ihres Lebens oder aber besondere Angebote für Ihre Beerdigung vom hochqualifizierten Beerdigungsinstitut in Ihrer Nähe, beides in Hochglanzbroschüren erhalten. Sofern Sie nicht zu dem Teil der Bevölkerung zählen, wie der Verfasser, der solche Broschüren grundsätzlich ohne nähere Einsichtnahme in den dafür vorgesehenen Abfallkreislauf gibt, wären Sie vermutlich zunächst überrascht, ggf. auch nachdenklich, wieso Sie solche Informationen erhalten.

II. DERZEITIGE RECHTSLAGE

Derzeit existieren in verschiedenen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland unterschiedliche sogenannte bevölkerungsbezogene Krebsregister. Wird als Bsp. das Bayerische Krebsregistergesetz (BayKRG) herangezogen, ist festzustellen, dass dieses die einheitliche Erhebung personenbezogener Daten über das Auftreten bösartiger Neubildungen einschließlich ihrer Frühstadien zur Verbesserung der Datengrundlage für die Krebs epidemiologie regelt. Zielsetzung ist es dabei Trendentwicklungen aller Form von Krebserkrankungen zu beobachten und vor allem statistisch epidemiologisch auszuwerten. Das Krebsregister selbst besteht dabei gem. Art. 2 BayKRG aus einer sogenannten Vertrauensstelle und einer Registerstelle, die organisatorisch und räumlich getrennt in Nürnberg bzw. in Erlangen eingerichtet sind. Der Datensatz selbst besteht aus zwei unterschiedlichen Bereich, nämlich den sogenannten Identitätsdaten, die eine Identifizierung des Patienten ermöglichen, sowie den epidemiologischen Daten, zu denen z. B. die Tumordiagnose, die Lokalisation des Tumors usw. gehören.

Der Datenverarbeitungsprozess selbst erfolgt in der Form, dass die Ärzte oder Zahnärzte, die in Art. 4 BayKRG genannten Datensätze an die Klinikregister übermitteln, die ihrerseits diese der jeweiligen Vertrauensstelle übermitteln. Die Aufgabe der Vertrauensstelle besteht darin, die gemeldeten Daten auf Schlüssigkeit und Vollständigkeit zu überprüfen. Anschließend werden Identitätsdaten und epidemiologische Daten (Befunddaten) auf getrennte Datenträger übernommen. Der ganz entscheidende Schritt dieser Datenverarbeitung wird aber in Art. 10 Abs. 2 BayKRG festgehalten, nämlich dass Berichtigungen, Ergänzungen sowie Abgleiche nur anhand von Kontrollnummern erfolgen dürfen und eine Wiedergewinnung von Identitätsdaten ausgeschlossen ist. Anders formuliert, entsprechend Art. 8 Abs.

2 BayKRG werden die Daten an die Registerstelle nur anonymisiert übermittelt.

Das Gesetz gibt inhaltlich detailliert vor, welche Daten über den betroffenen Patienten zu erfassen sind, bzw. erfasst werden dürfen. Nicht reglementiert wird hingegen über welches Datenerfassungstool der jeweiligen Leistungserbringer diese Daten zu erfassen hat. Warum sollte dies auch reglementiert werden? Sehr wohl geregelt wird aber die strikte Trennung von Identitäts- und Befunddaten, also die Anonymisierung, denn wozu bedarf es zu epidemiologischen Auswertung der Identität des betroffenen Patienten?

Anonymisierung bedeutet datenschutzrechtlich dabei, dass personenbezogene Daten derart verändert werden, dass diese Daten nicht mehr einer bestimmten Person zugeordnet werden können. Von dem Begriff und dem Vorgang der Anonymisierung zu unterscheiden ist die Pseudonymisierung, bei der der Name eines Patienten durch ein anderes Identifikationsmerkmal oder Pseudonym ersetzt wird, welches die Identifikation allerdings lediglich wesentlich erschwert. Bei der Pseudonymisierung bleiben die Bezüge der verschiedenen Datensätze grundsätzlich aber erhalten, die betroffene Person kann bestimmt werden.

Pseudonymisiert werden z. B. die Patientendaten im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen, zu denen Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung z. B. nach § 135a SGB V, § 136 SGB V oder § 137 SGB V verpflichtet sind. Allerdings sind diese Qualitätssicherungsmaßnahmen im Regelfall gem. § 299 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf Stichproben betroffener Patienten beschränkt und die Pseudonymisierung der Daten erfolgt durch die Leistungserbringer bzw. bei Vollerhebungen durch eine Vertrauensstelle, die getrennt von den Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den jeweiligen Verbänden sein soll. Nur wer Zugriff auf die Datensätze der Leistungserbringer hätte, könnte den betroffenen Patienten bestimmen. Hierdurch soll letztlich sichergestellt werden, dass keine der vorgenannten Institutionen die faktische oder auch nur theoretische Möglichkeit hat, die vergebenen Pseudonyme zu re-pseudonymisieren. Datenvollerhebungen sind dabei nach § 299 SGB V nur bei gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen-methodischen Gründen notwendig. Es soll als das Prinzip der Datensparsamkeit gelten und die Patienten sind im Vorfeld solcher Stichprobenverfahren so zu informieren, dass sie über Umfang, Zweck und Berechtigte in Kenntnis gesetzt werden und damit eine klare Vorstellung über den Grad des erfolgreichen Eingriffes in ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung haben.

III. DERZEITIGER ABLAUF VON QUALITÄTSSICHERUNGSMAßNAHMEN

Schon jetzt erfolgt über verschiedene Dokumentationsplattformen im Internet auf der Grundlage des § 299 SGB V eine fachbereichsübergreifende struk-

turierte Dokumentation verschiedener Erkrankungen über modulare Onlineanwendungen, wobei die Daten im Browser erfasst, zentral gesammelt und allen beteiligten Behandlern, z. B. Kliniken, einzelnen Fachabteilungen, umliegenden Praxen sowie regionalen Qualitätsnetzwerken und Kompetenzzentren zur Verfügung gestellt werden, um von der Zielsetzung her Patienten bestmöglich und transparent zu versorgen. Entscheidend ist dabei, dass sich jedenfalls teilweise lediglich um pseudonymisierte Verlaufsdokumentationen handelt, selbst wenn onkologische Erkrankungen, wie z. B. das Prostatakarzinom oder das Urothelkarzinom dokumentiert werden. Andere Anbieter der Dokumentationstools achten hingegen auf eine strikte Trennung der Identitäts- und Befunddaten. Den Unterschied erkennen Sie daran, ob der Anbieter auf seiner Seite eine Pseudonymisierung oder Anonymisierung angibt. Diese Dokumentation sind dabei auch Voraussetzung, um z. B. als zertifizierte Zentren für Krebserkrankungen anerkannt zu werden, da die Dokumentation der Qualität der Behandlung und die Teilnahme an klinischen Studien – beides wird über solche medizinischen Dokumentationsplattformen abgebildet – zu erlangen. Die Verwendung nur eines in bestimmter Reihung aufgebauten Datensatzes, der zudem den Patientenstammdaten zugeordnet und die Identifikation eines Patienten erlaubt (vgl. die Benutzerhinweise zum ADT-Basisdatensatz S. 1 f.), dürfte zur epidemiologischen Bewertung von onkologischen Erkrankungen kaum erforderlich sein, zumal auch der allgemeine Leistungszustand des Patienten erfasst wird (Benutzerhinweise a. a. O., S. 11). Im ursprünglichen Entwurf war sogar ein einheitliches Softwaresystem vorgegeben, auf Intervention des ADT e. V. ist dieser Begriff nunmehr auf Schnittstellen beschränkt (vgl. Stellungnahme des ADT v. 02.07.2012 S. 2), bezieht sich aber damit auch nur auf die Ausstattung des Registers selbst. Entscheidender ist hingegen, dass ausweislich § 65 c Abs. 1 Nr. 1 SGB-V die Erfassung nicht mehr durch den Leistungserbringer, sondern das Register selbst behandlungsortbezogen erfolgen soll (vgl. hierzu auch Anregung des ADT v. 02.07.2012 a. a. O.), so dass auch der Identitätsdatensatz schon vom Erfassungsort nicht beim Leistungserbringer verbleiben kann. Bedeutend ist dabei weiter die lediglich erfolgende Pseudonymisierung, obwohl auch hier Krebserkrankungen dokumentiert werden, mit der Konsequenz, dass z. B. das Gesetz über bevölkerungsbezogene Krebsregister in Bayern, welches, wie oben dargestellt, zwingend eine Anonymisierung der Daten vorsieht, durch eine solche Qualitätsdokumentation nicht eingehalten wird. Anhaltspunkte dafür, dass ein Benchmarking oder ein Qualitätsmanagement der Behandlung des Patienten bei lediglich pseudonymisierten Daten ausschließlich möglich wäre, liegen nicht vor. Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund problematisch, als die nur von bestimmten Onlinemodulen abgebildete Kooperation mit klinischen Registern, nebst der Verwendung des Datensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, der diese Personenbeziehbarkeit vorsieht, Voraussetzung für die Anerkennung als Prostatazentrum ist. Im Freistaat Bayern gem. Art. 6 Abs. 1 BayKRG

wird aber den klinischen Registern auferlegt, dass die Nutzung von Identitätsdaten der Patienten nur bei ausdrücklicher Einwilligung des Betroffenen zulässig ist. Ein unüberbrückbarer Widerspruch.

Der sogenannte einheitliche Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) sieht dabei ausdrücklich die Erfassung personenbezogener Identitätsmerkmale wie Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift vor, wobei bei der Erfassung auch einzugeben ist, ob die Einwilligung des Patienten zur Meldung an das klinische epidemiologische Krebsregister vorliegt, nicht vorliegt oder abgelehnt wurde. Außerdem setzt er die Personenbeziehbarkeit des Datensatzes voraus.

Selbst wenn die entsprechende Verarbeitung im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen eine Grundlage im Rahmen des § 299 SGB V zu haben scheint, dürfte unter Berücksichtigung etwaiger vorhandener landesgesetzlicher Regelungen, sofern diese wie im Freistaat Bayern eine anonymisierte Verarbeitung vorsehen, auch unter weiterer Berücksichtigung, dass die Landesdatenschutzgesetze üblicherweise Forschungen aufgrund entsprechender landesgesetzlicher Regelungen ohnehin nur bei ausdrücklicher Einwilligung des Betroffenen möglich sind (vgl. z. B. § 30 Abs. 1 Berliner Datenschutzgesetz), die Verarbeitung des oben dargestellten Basisdatensatzes problematisch sein.

Dies bedeutet nämlich, dass sofern einzelne Anbieter solcher Qualitätssicherungsmodulen bzw. entsprechender Onlinedokumentationsplattformen lediglich die Pseudonymisierung der Daten vorsehen, für den betroffenen Leistungserbringer dies vor allem auch unter der Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht in § 203 StGB auch strafgesetzlich geregelt ist, jedenfalls dann rechtlich problematisch sein dürfte, wenn der jeweilige Patient in diese Dokumentation und die lediglich erfolgende Pseudonymisierung seiner Daten nicht ausdrücklich eingewilligt hat.

IV. GESETZENTWURF ZUR WEITERENTWICKLUNG DER KREBSFRÜHERKENNUNG UND ZUR QUALITÄTSSICHERUNG DURCH KLINISCHE KREBSREGISTER

Der Gesetzentwurf für ein Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz sieht die Einführung organisierter Früherkennungsprogramme in § 25a SGB V sowie ein bundeseinheitliches klinisches Krebsregister in § 65c SGB V vor. Zum Datenschutz wird in § 25a Abs. 1 ebenso auf § 299 SGB V verwiesen, wie in § 25a Abs. 4 SGB V. Ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf dürfen für die Einladungen der Versicherten zu den Krebsfrüherkennungsprogrammen die Daten der Versichertenkarte, also Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift und Krankenversicherungsnummer verwendet werden und die Datenerhebung und Verarbeitung und Nutzung zur Qualitätssicherung erfolgt nach Maßgabe des § 299 SGB V, es sei denn es liegt ein ausdrücklicher Widerspruch des betroffenen Patien-

ten vor (Seite 19 der Entwurfsbegründung). Darüber hinaus wird die Datenverarbeitung der Qualitätssicherung zentralisiert bei einer Stelle, die vom gemeinsamen Bundesausschuss noch zu bestimmen ist. Dabei heißt es auf Seite 34 der Gesetzesbegründung ausdrücklich:

„Sofern Versicherte weiteren Einladungen zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung nicht in Textform widersprochen haben, ist es zulässig auch ohne Einwilligung der Betroffenen Rückgriff auf die Versichertenstammdaten Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift Krankenversicherungsnummer) der Krankenkasse zu nehmen.“

Dabei soll der gemeinsame Bundesausschuss selbst regeln, wie das Einladungsverfahren im Einzelnen ausgestaltet werden soll und vor allem welchen Stellen die Einladung an sich übertragen wird. Die Richtlinien zur Durchführung der Krebsfrüherkennungsprogramme stellte gleichfalls der gemeinsame Bundesausschuss fest. Ausweislich der Gesetzesbegründung bedeutet dies:

„... auch für Verarbeitungsvorgänge, die der systematischen Erfassung und Überwachung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Krebsfrüherkennungsprogramme dienen, ist in der Richtlinie ein Pseudonymisierungsverfahren festzulegen.“

Weiter heißt es in der Gesetzesbegründung auf Seite 35 f wörtlich:

„Unter der Voraussetzung, dass entsprechende landesrechtliche Befugnisse vorliegen und der Versicherte nicht widersprochen hat, ist es nach Satz 6 zulässig, zusätzliche nach Satz 4 für Zwecke der Einladung erhobene Daten, z. B. Befunddaten oder nach § 299 erhobene Qualitätssicherungsdaten mit den Daten der epidemiologischen oder klinischen Krebsregister zu verknüpfen. ...

Um sicherzustellen, dass nur diejenigen Daten für den Abgleich übermittelt werden, die aus medizinisch-fachlicher Sicht des gemeinsamen Bundesausschusses für eine verlässliche Qualitätsbeurteilung erforderlich sind, hat der gemeinsame Bundesausschuss aus den für die Zwecke der Qualitätssicherung zu ergebenden Daten diejenigen Indikatoren in der Richtlinie zu bestimmen, für die ein derartiger Abgleich durchgeführt werden soll.“

Dementsprechend folgen aus diesen, auch durch die Erläuterung der Gesetzesbegründung bestätigten Rahmenbedingungen folgende Änderungen im Rahmen der Einführung eines einheitlichen Krebsregisters für den Datenschutz:

- Die Daten müssen nicht mehr anonymisiert sondern nur noch pseudonymisiert werden können, könnten also jederzeit wieder einer bestimmten Person zugeordnet werden. Dies sieht

der Basisdatensatz des ADT auch ausdrücklich vor.

- Im Rahmen der Krebsfrüherkennung genutzten und erlangten Daten werden im Rahmen der Qualitätssicherung an einer vom Bundesausschuss zu bestimmende Stelle übermittelt (§ 25a Abs. 1 SGB V).
- Die Verwendung personenbezogener Daten der Krankenkassen bedürfen im Rahmen des Einladungsverfahrens nur dann der Einwilligung des Versicherten, sofern auch weitergehende Daten (z. B. Befunddaten) verwandt werden (§ 25a Abs. 4 SGB V).
- Grundsätzlich ist ein Abgleich der Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung nach § 299 SGB V an die bestimmte Stelle nur dann nicht mehr zulässig, wenn ein Widerspruch des betroffenen Patienten vorliegt.
- Entgegen § 299 SGB V findet keine Stichprobe sondern eine Vollerhebung statt. Aufgrund der in § 25a SGB V beschriebenen Art und Weise der Datenerhebung, insbesondere auch beim Einladungsverfahren, kann die von § 299 Abs. 1 S. 1 SGB V vorgesehene Pseudonymisierung der Daten durch die Leistungserbringer, so dass die Qualitätssichernde Stelle die Daten schon nur in pseudonymisierter Form und daher getrennten Datenbeständen erhält, nicht eingehalten werden.
- Wesentliche Teile der Festlegung zur Datenverarbeitung erfolgen nicht durch den Gesetzgeber sondern zukünftig durch den gemeinsamen Bundesausschuss und wie die Gesetzesbegründung auf Seite 34 eindrucksvoll belegt, kann im Rahmen des Einladungsverfahrens auch auf Stammdaten der Versicherung, also Identitätsdaten zugegriffen werden. Es erscheint mangels wirksamer Datensatztrennung fraglich, ob überhaupt noch eine Pseudonymisierung vorliegt.
- Die Qualitätssicherung wird anders als bisher im Zusammenhang mit onkologischen Therapien nunmehr zentralisiert und monopolisiert, mit der Konsequenz, dass etwaige Behandlungszentren auch gezwungen werden sich zu zertifizieren, da andernfalls Einladungen zu ihren Gunsten nicht verschickt werden können. Stattdessen wird auch hier durch das zu verwendende Dokumentationstool und die Qualitätssicherungsstelle monopolisiert.

Ausgehend von diesen Rahmenbedingungen erscheint der derzeit vorliegende Gesetzesentwurf vor allem unter folgenden Aspekten datenschutz-, aber auch ggf. wettbewerbsrechtlich bedenklich:

- Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, wie auch das allgemeine Persönlichkeitsrecht, welches im Grundgesetz verankert ist, darf nur aufgrund eines Gesetzes eingeschränkt werden. Durch den derzeit vorliegenden Ge-

setzentwurf werden jedoch Gesetzgebungskompetenzen auf den gemeinsamen Bundesausschuss verlagert, da nicht alle Tatbestände und Rechtsfolgen vollständig durch das Gesetz geregelt werden. Bereits dies bedingt einen Verfassungsverstoß.

- Durch die Verwendung lediglich pseudonymisierter Daten von betroffenen Patienten oder Versicherten, ist eine Personenbeziehbarkeit jederzeit herstellbar und damit auch, zumindest theoretisch für sachfremde Zwecke nutzbar. Der bisherige bei klinischen Krebsregistern bestehende Datenschutz wird durch die Aufhebung der Anonymisierung ausgehöhlt.
- Für die Führung eines Krebsregisters und epidemiologischer Auswertungen ist es nicht erforderlich lediglich pseudonymisierte Daten vorzuhalten. Auch hieraus könnte sich mangels Erforderlichkeit der entsprechenden Datenverarbeitungsformen folgerichtig ein Verfassungsverstoß ableiten.
- Ein rechtlicher Grund für die Monopolisierung der onkologischen Qualitätssicherungsmaßnahmen ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung nicht. Nicht einmal ansatzweise wird auf S. 40 der Begründung des Referentenentwurfes erläutert, weshalb die Zielsetzungen durch die bisherigen (anonymisierten) klinischen Krebsregister auf Landesebene mit den bisherigen Datensätzen nicht erfüllt werden können.
- Statt des sonst im Bereich des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung geltenden grundsätzlichen Verbots einer Datenverarbeitung mit Erlaubnisvorbehalt, wird diese im Geltungsbereich des Krebsregistergesetzes insoweit abgeändert und modifiziert, dass die entsprechende Datenverarbeitung grundsätzlich zulässig ist, sofern der Betroffene nicht widerspricht. Auch dies scheint kaum mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung vereinbar.
- Für den Rechtsanwender, insbesondere den Leistungserbringer, ergibt sich im Rahmen seiner Dokumentationspflichten folgerichtig damit die Rechtsunsicherheit, ob er vorliegend auf eine entsprechende Erlaubnisnorm und deren Wirksamkeit vertrauen kann oder aber mangels Rechtsgrundlage gegen die ihm obliegende ärztliche Schweigepflicht verstoßen könnte.

Zusammenfassend lässt sich folgerichtig feststellen, dass unabhängig von der Notwendigkeit der Verbesserung der Kommunikation der unterschiedlichen Leistungserbringer bei der Behandlung eines onkologischen Patienten, die sicherlich wünschenswert und zielführend ist, gleichwohl das entsprechende Gesetz noch einer intensiven Überarbeitung zugeführt werden sollte. Nach hiesiger derzeitiger Einschätzung, ist es sowohl wettbewerbsrechtlich aufgrund nicht nachvollziehbarer Eingriffe und datenschutzrechtlich verfassungswidrig.

IHRE ANSPRECHPARTNER

Verantwortlich für die Erstellung und die Bereiche Datenschutzrecht, Arbeitsrecht und Medizinrecht

Dr. Franz-Michael Koch

franz-michael.koch@t-online.de

0172/7353704

Meine weiteren spezialisierten Kooperationspartner

Sanierungsberatung - Stefan Begemann

Begemann Healthcare Management GmbH

Kontakt: Begemann@begemann-healthcare.de

Transferkonzepte - Volker Podzimek

fqq Transfer Gesellschaft

Kontakt: podzimek@fqq-online.de

Krisenkommunikation - Dr. Ingolf Neunübel

Business Network Marketing u. Verlagsgesellschaft mbH

Kontakt: IN@businessnetwork-berlin.com

Datenschutz - Stephan Walder

Haile Management & Beratung

Kontakt: walder@beratung-management.com