

Editorial

Versicherte sind in den Augen mancher Gesundheitspolitiker wundersame Wesen: Einige sind nachlässig mit ihrer Gesundheit, andere gehen zu oft zum Arzt. Alle aber sollen sich in rational planende und scharf kalkulierende Geschäftsleute verwandeln, wenn die Krankenkasse mit ein bisschen Geld lockt oder höhere Zuzahlungen zu Arztbesuchen und Medikamenten verlangt.

Doch weder positive noch negative Anreize entfalten ihre volle Wirkung, wenn sie von einem unrealistischen Menschenbild ausgehen bzw. einheitlich auf verschiedene Menschen in sehr unterschiedlichen Lebenslagen angewendet werden. Denn niemand schaut auf sich selbst nur mit dem abwägenden Blick eines Kaufmanns. Und selbst wenn dies so wäre, müsste es der Gesundheit noch lange nicht förderlich sein.

Die zu wirtschaftlichem Handeln verpflichteten Anbieter im Gesundheitswesen – Ärzte etwa – werden durch finanzielle Anreize ebenfalls nicht immer sinnvoll angesprochen. Obwohl sie es sind, die de facto über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entscheiden, traut der Gesetzgeber sich kaum, ihnen nachgewiesen wirksame und kosteneffektive Versorgungsleistungen vorzuschreiben und so dem Problem der anbieterinduzierten Nachfrage zu begegnen. Ebenso wenig wird die Vergütung an die Behandlungsqualität gebunden.

Dahinter steckt ein idealistisches Bild vom ärztlichen Handeln – eines wonach jeder Arzt stets nur die eine, von seiner hohen Ethik und den Regeln seiner Wissenschaft verlangte Diagnostik und Therapie anwendet und diese auch immer optimal erbringt. Wo doch alle wissen, dass man jeden Job besser und schlechter machen kann – auch den ärztlichen.

Andere Länder sind da weiter. Wir haben Beispiele aus aller Welt zusammengestellt, wie sich Ärzte und Krankenhäuser mit wirtschaftlichen Anreizen zu mehr Prävention und qualitativ besserer Behandlung führen lassen. Beginnen werden wir allerdings mit einem Blick auf Deutschland und den Anreizen, die sich an die Nutzer des Gesundheitswesens wenden.

Anreize im Gesundheitswesen: Haben sie die gewünschten Effekte?

von Robert Amhof

Mit der letzten Gesundheitsreform – eingeleitet durch das GKV-Modernisierungsgesetz – hat der Gesetzgeber einige neue Anreize in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt, mit denen das Verhalten von Versicherten und Ärzten im Sinne der Gesundheitspolitik beeinflusst werden soll. Ein zentrales Anliegen ist es dabei, das Gesundheits- und Kostenbewusstsein in der Bevölkerung zu erhöhen und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern.

Gelingen soll dies beispielsweise dadurch, dass die Versicherten Leistungen des Gesundheitssystems bewusster in Anspruch nehmen und mit der eigenen Gesundheit verantwortlicher umgehen (etwa durch Gesundheitsvorsorge, die Selbstbehandlung von Bagatell-erkrankungen sowie geänderte Zuzahlungen bei Medikamenten und medizinischen Dienstleistungen). Darüber hinaus sollen die Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung erhöht und die Koordination zwischen den Leistungserbringern verbessert werden (z.B. durch Disease-Management-Programme, Hausarztmodelle).

Grundsätzlich lassen sich monetäre und nicht-monetäre Anreize unterscheiden, die jeweils sowohl in positiver Form (das heißt die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen fördernd) als auch negativer Form (die Inanspruchnahme hemmend) gesetzt werden können. Die *monetären Anreize* im hiesigen Gesundheitssystem umfassen vor allem:

- die Praxisgebühr beim Erstkontakt zur ambulanten Versorgung,
- die finanzielle Beteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten in Form von Zuzahlungen (etwa zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausaufenthalten, stationärer Rehabilitation, häuslicher Krankenpflege)
- die vollständige Bezahlung von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten sowie Lifestyle-Präparaten durch die Versicherten,
- Bonusregelungen für die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und gesundheitsbezogenen Kursangeboten,
- Ermäßigungen bei Zuzahlungen oder der Praxisgebühr für die →

Einschreibung in Hausarztmodelle oder strukturierte Behandlungsprogramme,

- die Möglichkeit der Kostenerstattung (teilweise verbunden mit Selbsthalten),
- die teilweise Rückzahlung von Krankenversicherungsbeiträgen bei Nicht-Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung sowie
- die Gestaltung der Vergütung für ärztliche und sonstige Leistungserbringer.

Das Spektrum *nicht-finanzieller Anreize* ist ähnlich breit und reicht von

- Qualitätsvergleichen der Leistungserbringer (verbunden mit der Veröffentlichung der Ergebnisse) über
- Zertifikate für das Anwenden von Qualitätsmanagement-Systemen oder die Teilnahme an Weiterbildungen bis hin zu
- Feedbacksystemen (wie Peer reviews, kollegiale Zweitmeinungen, Coaching) und
- Möglichkeiten der verbesserten Information, Kommunikation und Transparenz (Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik, 2006)

Zum letzten Punkt zählen zum Beispiel die Leistungs- und Kostenübersicht für Patienten (sog. Patientenquittung) sowie die elektronische Gesundheitskarte bzw. Patientenakte, von der sich die meisten Beteiligten im Gesundheitswesen einen schnelleren Zugriff auf alle behandlungsrelevanten Daten und deren Dokumentation erwarten.

Anteil von Befragten, die Arztbesuche vermieden, aufgeschoben oder zusätzlich gemacht haben

Herbst 2005	25	42	33
Frühjahr 2005	27	40	33
Herbst 2004	28	43	29
Frühjahr 2004	35	27	38

Angaben in Prozent

vermieden

aufgeschoben

zusätzlich gemacht

Bevölkerungsbefragung Herbst 2005, nur GKV-Mitglieder

Abbildung 1

BertelsmannStiftung

Versichertenperspektive im Fokus

Hier sollen nun einige dieser Anreize insbesondere aus der Sicht der Versicherten und Patienten beleuchtet werden. Dabei geht es um die Frage, wie die verschiedenen Maßnahmen in der Bevölkerung ankommen, wie intensiv sie genutzt werden und welche Wirkungen sie bisher im System entfalten.

Die statistischen Analysen im Newsletter beruhen auf den Versicherten- und Ärztebefragungen, die die Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Gesundheitsmonitors regelmäßig durchführt. Ausgewertet wurde diesmal die aktuelle neunte Erhebungswelle der Versichertenbefragung (n=1.537, Erhebungszeitraum Okt./Nov. 2005). Fragebögen und ausführliche Methodenberichte sind unter www.gesundheitsmonitor.de abrufbar.

Reaktion auf Praxisgebühr

Um die Inanspruchnahme von niedergelassenen Haus- und Fachärzten zu senken, wurde Anfang 2004 die Praxisgebühr eingeführt. Seitdem müssen gesetzlich Krankenversicherte über 18 Jahren bei jedem ersten Arztbesuch im Quartal 10 Euro bezahlen. Bereits im September 2005 hat die Bertelsmann Stiftung darauf hingewiesen, dass die Praxisgebühr zwar prinzipiell wirkt, aber auch unerwünschte Nebeneffekte mit sich bringt (Bertelsmann Stiftung, 2005). So sank die Zahl der durchschnittlichen

Arztkontakte von 2003 zu 2005 um acht Prozent, was positiv zu bewerten ist. Allerdings sind im gleichen Zeitraum vor allem Personen mit schlechtem Gesundheitszustand seltener zum Arzt gegangen, was die Gefahr birgt, dass Patienten auch auf notwendige Arztbesuche verzichten und damit einer Verschlechterung bzw. Chronifizierung von Beschwerden Vorschub leisten. Das kann letztendlich sogar höhere Kosten im Gesundheitswesen verursachen.

Auf die Frage „Haben Sie einen Arztbesuch wegen der seit Jahresbeginn 2004 eingeführten Praxisgebühr aufgeschoben, vermieden oder zusätzlich gemacht?“ zeigen die Daten des Gesundheitsmonitors folgende Resultate: Im Herbst 2005 gaben 42 Prozent der Befragten an, dass sie Arztbesuche aufgeschoben, also zum Beispiel das nahe Ende eines Quartals abgewartet haben. 33 Prozent berichteten, dass sie zusätzliche Arztbesuche gemacht haben, etwa um die Überweisung zu einem Facharzt zu erhalten. 25 Prozent der Befragten haben Arztbesuche hingegen ganz vermieden und sich stattdessen ohne ärztliche Hilfe auskuriiert.

Schaut man sich die Reaktionen auf die Praxisgebühr von Frühjahr 2004 bis Herbst 2005 an, sank die Anzahl der „Vermeider“ von Arztbesuchen kontinuierlich (siehe Abbildung 1). Die von der Gesundheitspolitik gewünschte Wirkung,

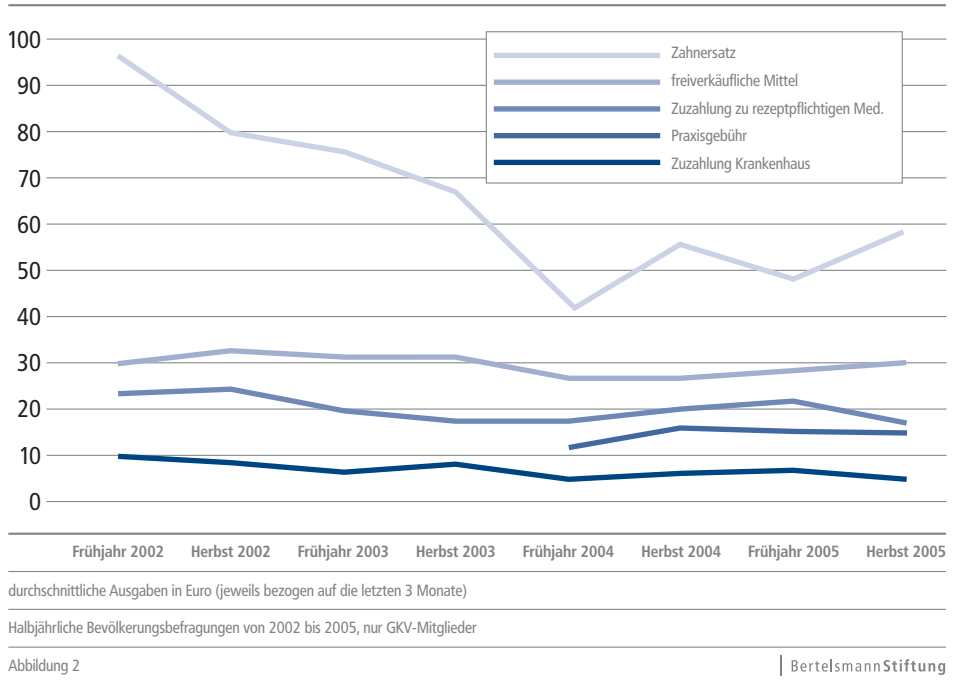
die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung zu steuern, wird offenbar immer weniger erreicht. Es ist damit zu rechnen, dass sich die Nutzung des Gesundheitssystems knapp zwei Jahre nach Einführung der neuen Regelungen inzwischen auf einem gewissen Niveau eingependelt hat. Unklar ist bei den „Arztvermeidern“ jedoch, ob sie nur unwichtige Konsultationen (etwa bei leichten Erkrankungen wie Erkältungen) oder auch medizinisch notwendige unterlassen.

Im Zeitverlauf deutlich zugenommen hat der Anteil derjenigen, die Arztbesuche hinausschieben, sich also zum Beispiel in das nächste Quartal retten. Zu einem besonders starken Anstieg kam es hier vom ersten zum zweiten Halbjahr 2004 (plus 16 Prozentpunkte). Seitdem liegt dieser Anteil konstant bei etwa 42 Prozent der Befragten. Verglichen mit dem Frühjahr 2004 hat die Gruppe derjenigen abgenommen, die seit Einführung der Praxisgebühr – und der damit verbundenen Regelung für die Direktkonsultation von Fachärzten – über zusätzliche Arztbesuche berichten (minus 5 Prozentpunkte).

Zuzahlungen und persönliche Gesundheitsausgaben

An der Änderung der Zuzahlungsregelungen haben die Menschen die letzte Gesundheitsreform wohl am deutlichsten gespürt. Aufschlussreich ist der Blick darauf, wie sich die finanzielle Eigenbeteiligung im Zeitverlauf entwickelt hat. Die Frage im Gesundheitsmonitor dazu lautete: „Denken Sie bitte an alle Ausgaben, die Sie persönlich zur Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung Ihrer Gesundheit bzw. zur Behandlung von Krankheiten in den letzten 3 Monaten ausgegeben haben“.

Entwicklung der persönlichen Gesundheitsausgaben



Bei Betrachtung der in Abbildung 2 dargestellten Ergebnisse zeigen sich zunächst keine großen Veränderungen in den Zuzahlungen – mit Ausnahme des Zahnersatzes. Schaut man genauer hin, hat die Bevölkerung unmittelbar nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform (d.h. im Frühjahr 2004) im Durchschnitt etwas weniger Zuzahlungen geleistet als vorher. Dies wird oft mit Vorzieheffekten aus dem Quartal vor der Reform begründet und kann mit den Daten des Gesundheitsmonitors anhand sinkender Kurvenverläufe vom Herbst 2003 zum Frühjahr 2004 in den Ausgabebereichen Zahnersatz, Krankenhaus und freiverkäufliche Mittel und Medikamente nachvollzogen werden.

Die individuellen Ausgaben für verschreibungspflichtige sowie freiverkäufliche Arzneimittel haben ein halbes bzw. ein Jahr nach Beginn der Gesundheitsre-

form jedoch wieder leicht zugenommen. Erstaunlich ist allerdings, dass ab Frühjahr 2005 die Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Medikamente wieder sinken und sogar unter das Niveau von 2002 fallen. Möglicherweise schlägt sich hier nieder, dass verstärkt preiswertere Generika verordnet werden, wodurch bei gleichem Medikamentenkonsum geringere Zuzahlungen anfallen. Durchgehend zeigt sich, dass die Versicherten für freiverkäufliche Arzneimittel mehr Geld ausgeben als sie für rezeptpflichtige Medikamente zuzahlen.

Die durchschnittlichen Ausgaben für die Praxisgebühr sind vom Frühjahr zum Herbst 2004 gestiegen und liegen aktuell bei etwa 15 Euro pro Versicherten und Quartal. Die geleisteten Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte haben seit 2002 abgenommen. Ein Grund dafür kann die 2004 begonnene Umstellung der Kran-

kenhausfinanzierung auf diagnosis related groups (DRGs) sein, wodurch ein Anreiz für eine kürzere Verweildauer der Patienten besteht.

Teurer Zahnersatz

Die durchschnittlichen Ausgaben für Zahnersatz haben sich vom Frühjahr 2002 zum Frühjahr 2004 mehr als halbiert (von 97 auf 41 Euro). Der erneute Anstieg im Herbst 2004 hängt wahrscheinlich mit der neuen Festzuschuss-Regelung zusammen. So wurden zum 1.1.2005 die prozentualen Anteile der Krankenkassen an den Zahnersatzkosten durch befundbezogene Festzuschüsse ersetzt. Zahnärzte rechnen seither die Mehrleistungen privat mit den Patienten ab, was laut einer kürzlich veröffentlichten Studie der Spitzenverbände der Krankenkassen zu deutlich höheren Ausgaben für die Versicherten geführt hat (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2006). Insofern ist die stärkere Inanspruchnahme der zahnärztlichen Versorgung vor Eintreten dieser neuen Regelung verständlich. Außerdem beschreibt die Studie, dass das Versorgungsniveau im Jahr 2005 gesunken ist, Patienten also auf die Versorgung mit Zahnersatz stärker als sonst verzichtet haben.

Neue Versorgungsformen

Erwartungsgemäß ist die Bekanntheit neuer Versorgungsformen in der Bevölkerung größer als deren tatsächliche Nutzung (siehe Abbildung 3). 44 Prozent der Befragten kennen *Hausarztmodelle*, in denen sich Versicherte für mindestens ein Jahr fest an einen Hausarzt binden und gleichzeitig verpflichten, bei gesundheitlichen Problemen nicht direkt einen Facharzt aufzusuchen. 13 Prozent der Befragten gehören bereits zu den Nutzern von Hausarztmodellen, hauptsächlich

sind dies Mitglieder der Barmer Ersatzkasse, der AOK und der DAK. Dabei steigt mit zunehmendem Alter auch die Teilnahmerate: sie liegt derzeit in der Altersgruppe 18-39 Jahre bei 6 Prozent und in der Gruppe der 40-59-Jährigen bei 10 Prozent. Von den über 60-Jährigen nehmen rund 20 Prozent an der hausarztzentrierten Versorgung teil. Ein Geschlechtsunterschied lässt sich hingegen nicht feststellen. Etwa drei Viertel derjenigen, die noch nicht in ein Hausarztmodell eingeschrieben sind, können sich vorstellen, in Zukunft an einem solchen Programm teilzunehmen. Wichtige Voraussetzungen wären dabei zum Beispiel, dass die Versicherten bei ihrem bisherigen Hausarzt bleiben können, dass sie ihre Fachärzte weiterhin selbst wählen und dass sie einen finanziellen Vorteil davon haben.

Neben den Hausarztmodellen spielen in Deutschland vor allem indikationsbezogene *Disease-Management-Programme (DMPs)* als neue medizinische Versorgungsform eine Rolle. Mit der Reform des Risikostrukturausgleichs 2003 in die GKV eingeführt, ist ihr erklärtes Ziel, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Erreicht werden soll dies durch die Behandlung nach dem aktuellen Stand der Medizin unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien, durch Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten sowie durch verbesserte Dokumentation und andere Qualitätssicherungsmaßnahmen (SGB V, § 137f).

Gut ein Viertel aller Befragten hat schon von DMPs gehört. Allerdings nehmen nur fünf Prozent der Befragten sie bereits in Anspruch. Freilich sagen diese Zahlen allein nicht viel aus, weil sich DMPs nur an jene Menschen richten, die an einer bestimmten chronischen Erkrän-

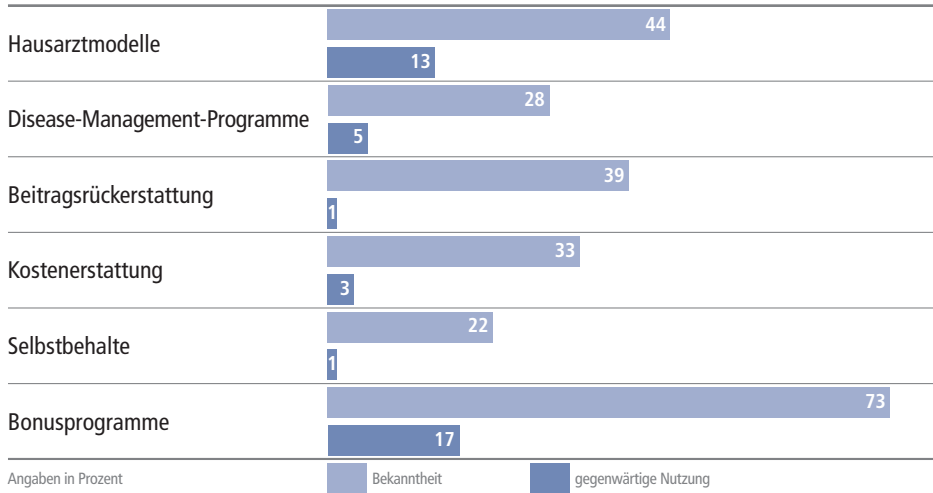
kung leiden (etwa Diabetes, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit). Eine differenzierte Betrachtung des Verhältnisses von Bekanntheit und Nutzung ist deshalb nur möglich, wenn man sich auf Bevölkerungsgruppen konzentriert, die an derartigen Programmen überhaupt teilnehmen können und sollen (d.h. GKV-Versicherte mit bestimmten Krankheitsbildern). Am Beispiel der Diabetiker stellt sich die Lage so dar: Rund 74 Prozent der im Herbst 2005 befragten Diabetiker haben bereits von DMPs gehört, 37 Prozent waren eingeschrieben. Von den noch nicht eingeschriebenen Zuckerkranken kann sich etwa jeder Fünfte vorstellen, in Zukunft an einem DMP teilzunehmen.

Beitragsrückzahlung, Kostenerstattung und Selbstbehalte

Bei den – zumindest für viele gesetzliche Krankenversicherte – relativ neuen Formen der Kostenbeteiligung ergeben die Daten des Gesundheitsmonitors folgendes Bild: Die Möglichkeit einer *Beitragsrückzahlung* bei Nicht-Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ist 39 Prozent der GKV-Versicherten bekannt, aber nur 1 Prozent nutzt sie schon. 29 Prozent halten es für sehr wahrscheinlich oder wahrscheinlich, dass sie in nächster Zeit von Beitragsrückerstattungen Gebrauch machen.

Das Prinzip der *Kostenerstattung* (der Patient erhält vom Arzt eine Rechnung und reicht sie bei seiner Krankenkasse zur Erstattung ein) und die häufig damit verbundenen *Selbstbehalte* (der Patient trägt einen Teil der Behandlungskosten selbst) sind einem Drittel bzw. einem Fünftel der Befragten bekannt; genutzt werden sie nur von weniger als 3 Prozent. Vor der Gesundheitsreform galt das Kostenerstattungsprinzip nur für privat und freiwillig gesetzlich Krankenversicherte (also Selbständige, Beamte sowie abhängig Beschäftigte mit hohem Ein-

Bekanntheit und Nutzung von Anreizen zur Qualitäts- und Kostensteuerung



Angaben in Prozent

Bekanntheit

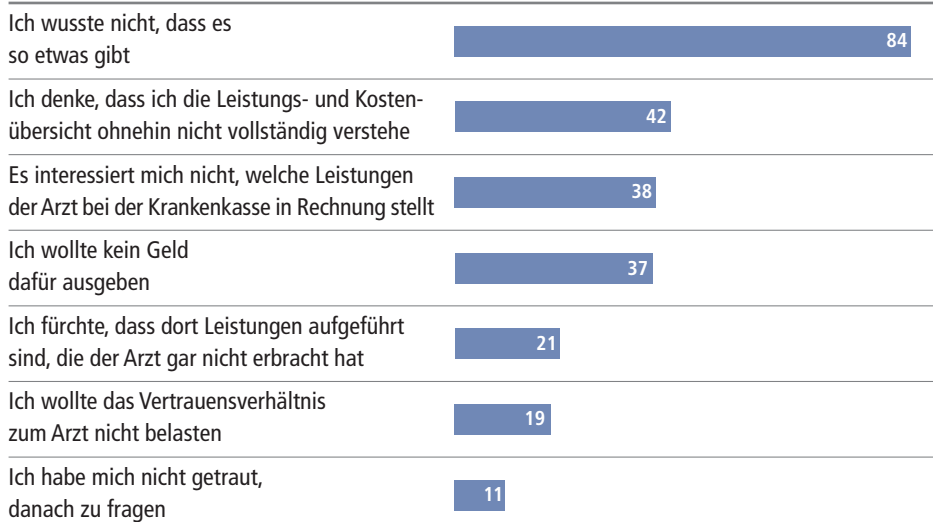
gegenwärtige Nutzung

Bevölkerungsbefragung Herbst 2005, nur GKV-Mitglieder

Abbildung 3

| BertelsmannStiftung

Warum Patienten keine Kosten- und Leistungsinformation (Patientenquittung) verlangen



Angaben in Prozent

Bevölkerungsbefragung Herbst 2005, nur GKV-Mitglieder, Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 4

| BertelsmannStiftung

kommen). Seit dem 1.1.2004 können jedoch auch GKV-Pflichtmitglieder die Kostenerstattung wählen (vgl. www.die-gesundheitsreform.de).

73 Prozent der Versicherten kennen *Bonusprogramme*, in denen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitgliedern für gesundheitsförderliche Aktivitäten – z. B. qualitätsgesicherte Kurse in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung oder die regelmäßige Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen – Bonuspunkte gutschreiben, die dann gegen Prämien eingetauscht werden können. 17 Prozent machen davon bisher Gebrauch. Weitere 44 halten es für sehr wahrscheinlich oder wahrscheinlich, zukünftig an Bonusprogrammen teilzunehmen.

Patientenquittung für mehr Transparenz

Immer wieder wird die mangelnde Transparenz im deutschen Gesundheitswesen beanstandet. Seit Einführung der so genannten Leistungs- und Kosteninformation (kurz Patientenquittung) können Versicherte von ihrem Arzt eine Übersicht erhalten, welche Leistungen dieser im letzten Quartal für sie erbracht hat und welche voraussichtlichen Kosten er dafür bei der Krankenkasse abrechnet.

Davon Gebrauch machen bisher nur sehr wenige. So gaben in der Herbstbefragung 2005 nur zwei Prozent der GKV-Versicherten an, ihren Arzt schon einmal um eine Patientenquittung gebeten zu haben. Aufgrund der geringen Fallzahlen lassen sich bisher keine verlässlichen Aussagen zu Gesundheitszustand und soziodemografischen Merkmalen der Nutzer von Patientenquittungen treffen.

Doch was hält Menschen davon ab, ihren Arzt um eine Leistungs- und Kosteninformation zu bitten? Wichtigster Grund ist die mangelnde Bekanntheit. Die meisten

GKV-Versicherten (84 Prozent), die noch nie nach einer Patientenquittung gefragt haben, wissen schlicht nicht, dass es sie gibt. 42 Prozent fragen deshalb nicht, weil sie annehmen, die Übersicht ohnehin nicht zu verstehen. Etwa gleich viele interessieren sich nicht dafür, welche Leistungen der Arzt bei ihrer Krankenkasse in Rechnung stellt, oder wollen für eine Patientenquittung – sie kosten einen Euro – kein Geld ausgeben. Rund 20 Prozent der Versicherten verzichten auf eine Kosten- und Leistungsinformation, weil sie das Vertrauensverhältnis zum Arzt nicht belasten wollen oder fürchten, dass dort Leistungen aufgeführt sind, die der Mediziner gar nicht erbracht hat (siehe Abbildung 4).

Zusammenfassung und Fazit

Ziel dieses Beitrages war es, wesentliche Anreizsysteme im deutschen Gesundheitswesen aus der Perspektive der Leistungsempfänger darzustellen. Dabei ging es – etwa bei den neuen Versorgungsformen – um deren Bekanntheit und Nutzung und – im Falle der geänderten Zuzahlungsregelungen – um deren Effekte auf die individuellen Gesundheitsausgaben der Bevölkerung.

Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors deuten darauf hin, dass neue Formen der medizinischen Versorgung wie Hausarztmodelle und DMPs noch nicht ausreichend in der Bevölkerung bekannt sind und nur von einem relativ kleinen Teil der Versicherten genutzt werden. So sind bisher nur 13 Prozent der GKV-Mitglieder in Hausarztmodelle eingeschrieben, bei den DMPs sind es 5 Prozent. Die Mehrheit der Befragten kann sich vorstellen, zukünftig an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen – allerdings nur, wenn damit keine Einschränkungen bei der Wahl von Haus- und Fachärzten verbunden sind und finanzielle Vorteile geboten werden.

Bei den monetären Anreizen der Krankenkassen in Form von Kostenerstattung, Selbstbehalten sowie Beitragsrückzahlungen sieht es bezüglich Bekanntheit und Nutzung ähnlich ernüchternd aus. Hier liegt die Inanspruchnahme bei den gesetzlich Krankenversicherten unter 3 Prozent. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die letzten beiden Tarifoptionen bisher nur freiwillig gesetzlich Versicherten offen stehen und somit auf alle Versicherten bezogen keine hohe Nutzungsrate zu erwarten ist.

Die Neuregelung der Zuzahlungen und finanziellen Eigenbeteiligung der Versicherten hat zu spürbaren Veränderungen bei den individuellen Gesundheitsausgaben der Bevölkerung geführt. Besonders deutlich war dieser Effekt beim Zahnersatz und der Praxisgebühr. Bei der Zuzahlung zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sowie den Ausgaben für freiverkäufliche Medikamente haben die durchschnittlichen Ausgaben seit der Gesundheitsreform leicht zugenommen. Generell geben die Versicherten für freiverkäufliche Arzneimittel mehr Geld aus als sie für Medikamente zuzahlen, die der Arzt verschreibt.

Für eine Bewertung der Wirksamkeit der seit 2004 eingeführten neuen Regelungen ist es noch zu früh. Hier sind weitere Untersuchungen sowie das Hinzuziehen anderer Datenquellen abseits von Befragungen nötig. Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung wird auch zukünftig mit Bevölkerungs- und Ärzteerhebungen seinen Beitrag dazu leisten.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2006). *Festzuschuss-System verteuert Zahnersatz*. Gemeinsame Presseerklärung vom 2. März 2006.
- Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (2006). *Anreize im Gesundheitswesen: Erwünschte und unerwünschte Effekte*. Chartbook. Demnächst unter www.gesundheitsmonitor.de
- Bertelsmann Stiftung (2005). *Praxisgebühr zeigt unerwünschte Nebenwirkungen*. Pressemitteilung vom 1.9.2005.
- www.die-gesundheitsreform.de

Anreizsysteme im internationalen Vergleich

von Norbert Mappes-Niediek und Sophia Schlette

USA: „Geld für Leistung“ in Kalifornien zeigt erste Erfolge

Erfolgsgerechte Bezahlung kann zu mehr Gesundheit führen: Ein über drei Jahre laufendes Bonus-Programm unter dem Titel „Geld für Leistung“ (Pay for Performance – PFP) wird in einer Zwischenbilanz des Trägers positiv bewertet. Auf privatwirtschaftliche Initiative wurde im US-Bundesstaat Kalifornien schon im Jahre 2002 begonnen, mit leistungsorientierter Vergütung für Ärzte und Gruppenpraxen gezielte finanzielle Anreize für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu setzen. Die klinischen Standards, mit denen die Erfolge der Behandlung gemessen werden, haben sich nach

zwei Jahren deutlich verbessert. Gleiches gilt für die Beurteilung der Ärzte und ihrer Leistung durch die Patienten und für die professionelle Auswertung von Gesundheitsdaten aus den Praxen. Das Programm soll nun verlängert und ausgebaut werden. Bis 2010 sollen leistungsabhängige Prämien zehn Prozent der Ärztevergütungen ausmachen.

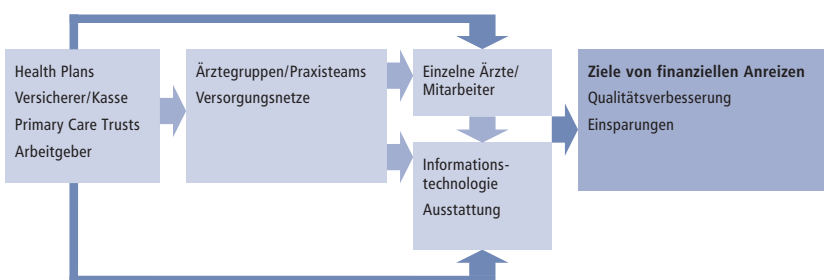
Einen finanziellen Bonus erhalten Arztpraxen für Behandlungserfolge bei Asthma, Diabetes und koronarer Herzkrankung. Auch Erfolge in der Prävention werden belohnt: bei der Impfrate

unter Kindern, beim Screening auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs. Neben die objektiven treten subjektive Kriterien: Die Patienten werden aufgefordert, die Kommunikation mit ihrem Arzt, die fachärztliche Versorgung und die Wartezeiten für die nötige Behandlung zu beurteilen. Anschließend geben die Klienten noch eine „Gesamtbeurteilung“ ab. Prämien gibt es außerdem für die Ausrüstung mit Software, die es möglich macht, die Praxisergebnisse zentral auszuwerten. Die klinischen Standards machten zu Beginn des Programms 50 Prozent der Prämie aus, die Patientenzufriedenheit zählte zu 30 Prozent und die Ausrüstung mit IT-Technologie 20 Prozent. Die Standards und auch die Gewichtung der Kriterien für die Prämie wurden, entsprechend den Erfahrungen, von Jahr zu Jahr angepasst.

Partner des PFP-Programms sind sieben „Health Plans“, Anbieter von (Gruppen-) Krankenversicherungen, die ihrerseits mit Kliniken, Ärzten und Ärztegruppen Verträge über die Versorgung eingehen und die Prämien unter ihren Vertragspartnern verteilen. Von dem Programm erhoffen sich die Arbeitgeber, die die Versicherung für ihre Beschäftigten bezahlen, mehr Transparenz über die eingekaufte Qualität, eine Verhinderung des rasanten Prämienanstiegs bei zweifelhafter Qualität und reduzierten Leistungspaketen und insgesamt ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis. Zwischen 2002 und 2005 nahmen – jeweils über einen mehr oder weniger großen Teil ihrer Patienten – fast alle

Gestaltungsmöglichkeiten für finanzielle Anreizsysteme

Wer zahlt an wen wofür?



Woher kommt das Geld?

Boni aus zusätzlichen, laufenden oder frei gewordenen Mitteln

Voraussetzungen für Bonuszahlungen:

- Leistungen/Prozesse – klinisch, organisatorisch
- Ziele/Ergebnisse – absolut/relativ
- Patientenzufriedenheit
- Datendokumentation/IT-Infrastruktur
- Feedback-Systeme für Ärzte
- Kooperation und Koordination

Bewertungsdimensionen und deren jährliche Gewichtung in Prozent

2005	50	30	20	10 *
2004	40	40	20	
2003	50	40	10	

Angaben in Prozent



Quelle: Williams (2005)

*Mit den Feedbacksystemen für Ärzte wurden 2005 die Bonuszahlungen um 10 Prozent aufgestockt.

Abbildung 6

| BertelsmannStiftung

kalifornischen Ärzte, etwa 35.000 an der Zahl, an dem PFP-Programm teil. Mit 6,5 Millionen Versicherten ist etwa ein Viertel der kalifornischen Bevölkerung einbezogen. 2004 erreichten die Bonuszahlungen 54 Millionen Dollar. Von den untersuchten Ärztegruppen konnten 87 Prozent ihre Behandlungserfolge nach klinischen Standards um durchschnittlich 5,3 Prozent anheben. Die Zufriedenheit der Patienten stieg bei zwei Drittel der Gruppen, wenn auch weniger stark. 54 Prozent der Praxen verdienten sich einen Bonus für bessere Software-Ausrüstung. Jeder Patient oder Versicherte kann den Leistungsstand seines Hausarztes einsehen.

Am Anfang des PFP-Programms, das von Arbeitgebern, Krankenversicherern und Anbietern gemeinsam entwickelt wurde und 2002 durch eine erste Testphase ging, stand Unzufriedenheit mit der Steuerungswirkung der traditionellen, pauschalen Vergütung: Die Versicherungen zahlten nur für die Behandlung von Krankheiten, nicht für ihre Vermeidung. Die Behandlung chronisch Kranker wurde vergleichsweise schlecht vergütet. Dafür mussten die Versicherungen aber sogar für verfehlte Krankenhausbehandlungen unterschiedslos aufkommen. Anfangs fehlten noch die Standards, die eine zentrale Auswertung von Patientendaten erst möglich machen sollten: Jeder „Health Plan“ hatte seine eigene Erhebungsmethode.

Zu den Erfolgen des kalifornischen PFP-Programms zählt neben deutlichen Verbesserungen bei Infarkten, Diabetes und Rauchen eine weltweit einzigartige Sammlung von epidemiologischen Daten. Diskutiert wird zurzeit, ob mit dem Bonussystem künftig das Niveau der Versorgung oder nur die Verbesserung honoriert werden soll. Umstritten ist auch, ob Ärzte von dem System dazu verführt werden, sich gezielt „gute Risiken“ herauszusuchen: Kritiker vermuten, dass die angeblich „schlechten“ Ärzte in Wirklichkeit nur die ärmeren Patienten haben. Unsicher ist ebenfalls noch, wie der weiter steigende Prämienanteil an der Ärztevergütung finanziert werden soll: ob durch Erhöhung der Versicherungsbeiträge oder durch Umschichtung. Reine Umschichtungen können dazu führen, dass schlechter beurteilte Ärzte nicht mehr kostendeckend arbeiten können und aus dem System ausscheiden müssen. Umstritten ist, ob ein solcher Effekt erwünscht ist oder nicht.

Zum Weiterlesen:

- www.iha.org,
- www.rwj.org,
- www.chcf.org und
- www.pfpsummit.com.
- Williams, T. (2005): California Pay for Performance: A Case Study with First Year Results. March 2005. available at: www.iom.edu/Object.File/Master/25/743/0.pdf

Gemischte Bilanz nach den ersten drei Jahren

Nach dem kalifornischen Modell entscheiden drei Kriterien darüber, ob Ärzte für ihre Leistung einen finanziellen Bonus bekommen. Je nach Kriterium hat sich das Modell als mehr oder weniger wirksam erwiesen.

Klinische Fortschritte: Belohnt werden Erfolge bei der Behandlung von Asthma, Diabetes und koronarer Herzerkrankung sowie bei der Kinderimpfrate und beim Krebs-Screening von Frauen. Von 215 beteiligten Ärztegruppen erreichten 74 signifikant gute Ergebnisse in vier dieser fünf Kriterien.

Patienten nur bedingt zufrieden: Befragt nach Kommunikation, Fachversorgung und Wartezeiten, gaben die Patienten nur 25 von 155 Ärztegruppen gute Noten. Der Norden liegt vor dem Süden, ganz Kalifornien liegt unter US-Durchschnitt.

Informationstechnologie verbessert: Von 100 teilnehmenden Ärztegruppen haben 67 die Anforderungen an Investitionen in IT-Technologie ganz, sieben zur Hälfte und 26 nicht erfüllt.

Vierzehn Ärztegruppen schnitten sowohl bei den klinischen Kriterien als auch bei der Zufriedenheit der Patienten und mit ihren Investitionen gut ab.

Quelle: Williams 2005

Großbritannien: „Geld fürs Ergebnis“

Ein Vertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) verspricht britischen Hausärzten einen Bonus, wenn sie bei der Behandlung von koronarer Herzkrankung, Schlaganfall, Bluthochdruck, Krebs und psychischen Erkrankungen bestimmte klinische Standards erreichen. Prämien kann auch erwirtschaften, wer sich auf präventive Maßnahmen spezialisiert, etwa auf Impfungen, Empfängnisverhütung, Screening auf Gebärmutterhalskrebs oder Vorsorgeuntersuchungen für Kinder. Belohnt werden sollen auch Dienste in der Nacht und am Wochenende. Der Vertrag konnte erst nach langen und zähen Verhandlungen durchgesetzt werden, fand dann aber die Unterstützung von 80 Prozent der Hausärzte. Die ersten Praxen haben schon 2004 begonnen, nach dem neuen System zu arbeiten, die letzten sollen bis 2008

folgen. Begleitet und den Ärzten schmackhaft gemacht wurde der Vertrag von einer Steigerung der Ausgaben für die primäre Gesundheitsversorgung um ein Drittel.

Hintergrund des neuen Vertrages sind die Erfahrungen mit dem „Binnenmarkt“ innerhalb des NHS, den die konservative Regierung unter Margaret Thatcher 1991 eingeführt hat. Seither wird in dem früher einheitlichen Apparat zwischen „Anbietern“, wie etwa Ärzten, und „Kunden“, also den Patienten und ihren Vertretern, unterschieden. Der Sinn war, Ärzte untereinander in Preiskonkurrenz zu bringen. Die Labour-Regierung hat die Preiskonkurrenz unter den NHS-Ärzten abgeschafft, die formale Trennung in Anbieter und Kunden aber beibehalten. Sie erlaubt es nun, mit der Vergütung über Bonuszahlungen gesundheitspolitische Ziele zu verfolgen.

Zu den großen Neuerungen des Vertrages gehört es, dass Hausärzte neuerdings für ihre Patienten auch dann die finanzielle Verantwortung behalten, wenn sie sie an Fachärzte oder Kliniken überweisen: Die Prämie bekommt, wer die Standards erreicht, gleich ob durch eigene Behandlung oder durch Überweisung an Dritte. Damit wird ihre Kompetenz, die Mittel im Gesundheitswesen zu steuern, noch weiter erhöht. Ähnlich wie in Kalifornien befürchten Kritiker des neuen Vergütungssystems, dass die Ärzte sich künftig zu sehr auf die prämierten Gesundheitsziele konzentrieren und die weniger lukrative Regelversorgung dabei vernachlässigen könnten.

Für Näheres: www.nhsconfed.org und www.bma.org.

Estland: „Geld für Leistung“

Auch in Systemen mit einer einheitlichen Krankenkasse lässt sich die Qualität der Versorgung über Anreizsysteme heben. Diesen Beweis will Estland erbringen, das mit Jahresbeginn versuchsshalber ein neues Vergütungssystem nach britischem Vorbild eingeführt hat. Ziel der Regierung und des estnischen Krankenkassenfonds EHIF ist eine bessere Versorgung für chronisch Kranke und die Verminderung der Krankenhaus-Einweisungen, Ziel der Ärzte – den Initiatoren der Reform – ist eine nicht unbeträchtliche Erhöhung ihres Einkommens um monatlich bis zu 250 Euro. Außerdem sollen die Praktiker zu mehr Prävention angehalten werden. Mit Prämien bedacht werden Impfungen, das Screening auf Bluthochdruck, Blutfette, Blutzucker und auf Brustkrebs, die Begleitung von Regelschwangeren und ambulante chirurgische Eingriffe. Erste Prämien sollen im nächsten Jahr ausgeschüttet werden.

Zum Weiterlesen: ww.riigikantselei.ee/3qc/content10.html.

Frankreich: Ärzte kontrollieren Ärzte

Französische Ärzte, niedergelassene wie im Krankenhaus tätige, müssen sich seit dem letzten Sommer regelmäßigen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterziehen. Im ambulanten Bereich werden die Prüfungen von der nationalen Gesundheitsbehörde (Haute Autorité de Santé – HAS) gemeinsam mit den regionalen Ärztekammern organisiert: Eigens geschulte Evaluatoren geben kollegiales Feedback. Wer sich bis 2010 keiner solchen Evaluierung unterzogen hat, verliert seine Zulassung. Überprüft wird alle fünf Jahre. Die Akzeptanz ist offenbar nicht besonders hoch: An einem freiwilligen Modellversuch im September 2003 in vier verschiedenen Regionen nahmen zwar nur wenige Mediziner teil. Sie allerdings werteten Überprüfung und Feedback überwiegend als „förderlich“. Noch ist die Finanzierung für einen flächendeckenden Ärzte-Test nicht vollständig gesichert.

Zum Weiterlesen: www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANS0521125D

Frankreich: Krankenhäuser auf Gesundheitsziele verpflichtet

Auch in die Krankenhausfinanzierung sollen künftig gesundheitspolitische Ziele einfließen: Das ist das Ziel einer Reform, die zurzeit in Frankreich anläuft. Kliniken soll ein „besonderes Budget“ zur Verfügung gestellt werden, mit denen sie Aktivitäten „im öffentlichen Interesse“ finanzieren können. Dazu gehören Prävention und die Versorgung von besonders schwierigen Patientengruppen, aber auch Bildung und Forschung. Das neue System soll den ambulanten und den stationären Sektor in Wettbewerb um die Erreichung therapeutischer und gesundheitspolitischer Ziele bringen.

Kern der neuen Finanzierung ist ein so genanntes „Casemix-Modell“, bei dem für die Behandlung von Patienten mit ähnlichen Diagnosen landesweit die gleichen pauschalen Vergütungen gezahlt werden. Darüber hinaus gibt es Sonderleistungen

für besonders teure Medikamente, etwa in der Krebstherapie, und für Intensivbehandlung. Als Sockel bekommen die Krankenhäuser ein feste jährliche Grundfinanzierung für Notfallmedizin und Organentnahmen.

Bisher verteilten regionale Krankenhaus-Agenturen das zur Verfügung stehende Geld an die einzelnen Kliniken auf der Basis historischer Ausgaben – unabhängig von Effizienz, Fallzahl und Diagnosen. Der jahrelang unreformierte öffentliche Krankenhaussektor verlor mit der Zeit stark an Bedeutung. Achtzig Prozent der fünf häufigsten chirurgischen Eingriffe werden heute in Privatkliniken vorgenommen. Auch deren Finanzierung wurde im Vorjahr vollständig auf das Casemix-System umgestellt. Ziel ist, die Preise für alle Anbieter bis 2012 vollständig zu harmonisieren.

Dass Frankreichs Krankenhausfinanzierung reformbedürftig war, stand außer Frage; entsprechend breit war der Konsens für das neue System. Experten erwarten allerdings, dass es zu einer Welle der Kritik kommen wird, wenn die Kliniken tatsächlich mit dem neuen Vergütungssystem umgehen müssen. Schon jetzt monieren viele Manager, dass ihnen „gleiche Leistung zu einem niedrigeren Preis“ abverlangt werde. Diskutiert wird auch über den Extra-Fonds für die Erreichung von Gesundheitszielen, der nur den öffentlichen Krankenhäusern gezahlt wird. Die Privaten hingegen argwöhnen, dass die öffentlichen Kliniken die Fonds zur Deckung laufender Kosten missbrauchen und sich ihnen gegenüber so einen unfairen Konkurrenzvorteil verschaffen könnten.

Zum Weiterlesen: www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007

Israel: Zuzahlungen erreichten das Gegenteil

Zu einer paradoxen Wirkung hat in Israel die Pflicht zu Zuzahlungen bei Facharztbesuchen geführt: Statt unnötige Arztbesuche zu verhindern, haben sie deren Zahl sogar noch gesteigert, wie eine Untersuchung des Myers-JCD-Brookdale-Instituts in Jerusalem ergeben hat. Zunächst waren die Zuzahlungen zu niedrig, um auf die Patienten eine steuernde Wirkung auszuüben. Da das Geld aus den Zuzahlungen aber an die Krankenkassen floss, bauten diese ihre Facharztkapazitäten noch aus, um noch mehr an Zuzahlungen einnehmen zu können. Zu allem Überfluss wurden die zusätzlichen Kapazitäten ausgerechnet dort geschaffen, wo der reichere Teil der Bevölkerung zu Hause ist – bei den Ärmern, die von der Zuzahlung aus sozialen Gründen ausgenommen sind, hätte es sich für die Kassen nicht gelohnt. Wohlhabende, die überdies ein besseres Gesundheitsrisiko haben, neigen ohnehin eher zu unnötigen Arztbesuchen.

Das Institut: <http://brookdale-en1.pionet.com>

Niederlande: „Bürgerversicherung“, aber privat

Seit Januar können in den Niederlanden alle Einwohner zwischen nunmehr privatrechtlich organisierten Krankenkassen wählen. Die Versicherer konkurrieren über Preis, Qualität und Zusatzversicherungen, dürfen sich ihre Kunden aber nicht aussuchen. Ein Basispaket mit medizinisch notwendigen und auf ihre Qualität geprüften Leistungen ist für alle obligatorisch. Die Versicherten können auch zwischen nachträglicher Kostenerstattung und Sachleistung wählen. Die Versicherungen sind frei, mit bestimmten Anbietern Verträge abzuschließen und dürfen sich dabei vom Preis leiten lassen. Die Regierung erhofft sich von der Reform mehr Effizienz und Kundenorientierung im Gesundheitswesen. Kritiker des Modells fürchten soziale Verwerfungen. So könnten Versicherungen für ihre reicheren Kunden Verträge mit teuren und guten Anbietern abschließen, die Kosten dafür dann aber auf das Basispaket abwälzen, das von allen bezahlt werden muss.

Zum Weiterlesen: www.minvws.nl und www.zn.nl

Spanien: Anbieter verantworten Gesundheit der Bevölkerung

Das katalanische Gesundheitsministerium hat seit 2003 in einem Pilotprojekt grundlegende Funktionen der Gesundheitsversorgung pauschal öffentlich ausgeschrieben: Private und öffentliche Träger können sich dafür bewerben, in einer bestimmten Region mindestens die ambulante Grundversorgung und das Krankenhauswesen zu übernehmen. In Jahresverträgen mit dem katalanischen Gesundheitsdienst wird festgelegt, welche Leistungen von welchem Anbieter bezogen werden, welche öffentlichen Gesundheitsziele erreicht werden sollen und wie viel die öffentliche Hand für all das bezahlt.

Vergütet wird nach der Zahl der zu versorgenden Einwohner: Auf jeden Kopf entfällt soviel wie eine Person bisher statistisch an Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hat. Hauptziel des Pilotvorhabens ist es, den ambulanten und den stationären Sektor besser zu verzahnen.

Der öffentliche Hauptversorger, das Katalanische Gesundheitsinstitut, ist von der Idee ebenso wenig angetan wie etliche Krankenhäuser. Hinter der Skepsis stehen Befürchtungen, dass der Etat der Krankenhäuser mit dem integrierten System schwinden könnte.

Erste Ergebnisse sind eher enttäuschend: Besondere Anreize zur Umschichtung zwischen den Sektoren blieben aus. Kritisiert wird vor allem, dass das hoch innovative Konzept nicht von administrativen Reformen begleitet wurde.

Zum Weiterlesen: www.chc.es

Schweiz: Neue Formel für „gute“ und „schlechte“ Risiken

Die Schweiz will eine neue Formel für den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenversicherungen einführen. Damit soll verhindert werden, dass sich die Unternehmen unter den Versicherten weiterhin die guten Risiken herauspicken.

Schweizer Krankenversicherungen müssen heute jeden aufnehmen. Nachdem sich Prämien zwischen „jungen“ und „gesunden“ und „alten, kranken“ Kassen trotzdem weit auseinander entwickelt hatten, führte die Regierung 1993 einen ersten Ausgleich ein: Wer die jüngeren Versicherten hatte, zahlte in einen Ausgleichsfonds, Kassen mit älteren Mitgliedern wurden aus diesem Fonds entschädigt. Zu diesem Zweck wurden die Versicherten nach Geschlecht auseinander gerechnet und in je 15 Altersgruppen aufgeteilt: Ein Mann in der Gruppe zwischen 36 und 40 Jahren nimmt im Monatsdurchschnitt Leistungen für 103 Franken in Anspruch, ein 86-90-Jähriger kostet 798 Franken.

Die Formel von 1993 konnte das Problem nicht beheben: Die Kassen dachten sich immer subtilere Strategien aus, um schlechte Risiken herauszufiltern – z. B. durch gezieltes Marketing und schlechten Service. Deshalb wurde an neuen Indikatoren gefeilt. Zukünftig sollen Indikatoren für die Erkrankungswahrscheinlichkeit aus der individuellen Krankengeschichte der Versicherten mit berücksichtigt werden.

Zum Weiterlesen: www.bag.admin.ch/kv/analysen/d/2005/CHSS0204_d_4p.pdf

Australien: „Kooperativen“ verbreiten Wissen

Der australische Bundesstaat New South Wales hat gute Erfahrungen mit „Kooperativen“ gemacht, einer Methode, die aus den USA stammt und in Großbritannien und Skandinavien weiter entwickelt wurde. Dabei bilden Spezialisten für bestimmte Erkrankungen – in Australien Herzversagen und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung – über ihre Einrichtungen und Bezirke hinweg Teams. Sie helfen sich gegenseitig, indem sie die jeweils neueste und beste Behandlungsmethode identifizieren, verbreiten und einführen. Für die Gründung solcher Teams hat der Bundesstaat jeder regionalen Gesundheitsbehörde 26.000 Australische Dollar (etwa 16.000 Euro) zur Verfügung gestellt. Trotz des eher geringen Betrages kamen innerhalb eines Jahres 22 Teams zustande, die in 18 Bezirken tätig waren.

Ziel der „kooperativen Methode“ ist es, kleine, rasche und örtlich wichtige Verbesserungen in der Versorgung zu erreichen. Die meisten positiven Beispiele betreffen die Versorgung von chronisch Kranken, namentlich Diabetiker, Koronarpatienten und Krebskranke. Hautprofiteure des Wissenstransfers sind niedergelassene Ärzte. Die Teams treffen sich in „Wellen“ zu einer Orientierungssitzung und dann zu drei Lerneinheiten. Künftige Themen für „Kooperativen“ in New South Wales sollen Diabetes und Herzkranzgefäßstörungen sowie der Zugang zur Arztpraxis sein.

Zur Methode: www.npdt.org/scripts/default.asp?site_id=1&Id=9748

Gesundheitsmonitor im Internet

Unter www.gesundheitsmonitor.de finden Sie ab sofort alle wichtigen Informationen zum Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung. Dazu zählen:

- eine Projektbeschreibung
- Methodenberichte und Fragebögen der Versicherten- und Ärztebefragungen
- Pressemitteilungen zum Gesundheitsmonitor
- Bestellmöglichkeit der aktuellen Jahrespublikationen
- Ausgewählte Veröffentlichungen zum Download (Bücher oder Buchkapitel, Newsletter, Chartbooks)



Bertelsmann Stiftung

Themenfeld Gesundheit

Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Jan Böcken
Sophia Schlette

Redaktion

Robert Amhof
Norbert Mappes-Niediek

Kontakt

Sigrid Tzyschakoff
Tel.: (0 52 41) 8 18 14 63
Fax: (0 52 41) 81 68 14 63
sigrid.tzyschakoff@bertelsmann.de