

Editorial

Dass es gute wie schlechte Ärzte gibt, sagt einem schon die Lebenserfahrung. Aber der Berufsstand präsentiert dem Kunden eine glatte Oberfläche. Und zwar aus Überzeugung: Karge Praxisschilder und schlanke Verzeichnisse mit Gebietsbezeichnung, Adresse und Telefonnummer verbreiten die Illusion, Ärzte seien nur Vertreter einer immer gleichen Wissenschaft oder „ärztlichen Kunst“. Nebenbei schützen sich die Ärzte mit ihren strengen Werbeverböten vor jedem Einblick in die Praxis und bewahren so den Nimbus ihres Berufsstands.

Die Ärztekammern verteidigen ihre Standesrichtlinien mit dem Argument, dass marktschreierische Konkurrenz den Patienten nur ratlos zurücklassen würde. Aber ratloser als jetzt, bei der nahezu totalen Informationssperre zur Qualität von Ärzten, könnten Patienten kaum sein. Wer herausfinden will, ob der Mediziner, dem er sich anvertraut, sein Handwerk versteht, ist auf „Buschfunk“ angewiesen. In anderen Ländern ist man in Sachen Transparenz weiter: In Großbritannien, den Niederlanden und Dänemark können sich Patienten im Internet über Angebot und Qualität von Krankenhäusern informieren – und es gibt bereits Pläne, diesen Service auch auf andere Leistungserbringer auszudehnen. Frankreich veröffentlicht für alle Krankenhäuser Daten über den Kampf gegen Klinikinfektionen. Und in den USA nutzt man die bereits bestehende Transparenz über medizinische Fehler und ihre Quellen, um mit einer ehrgeizigen Präventionskampagne tausenden Patienten das Leben zu retten.

Die neueste Untersuchung des Gesundheitsmonitors lässt den Schluss zu, dass deutsche Patienten sich nicht nur mehr Transparenz wünschen, sondern mit den Informationen auch etwas anzufangen wüssten. Nicht nach Leuchtreklame und Sonderangeboten steht den meisten der Sinn. Was den Patienten vorschwebt, ist seriöse Information – etwa durch einen „Ärzte-TÜV“, über dessen Ergebnisse eine Art Stiftung Warentest berichtet. Auch wenn dies keine leichte Aufgabe ist, hat das legitime Bedürfnis nach Information bei etwas so Wichtigem wie der Gesundheit Vorrang.

Mehr Transparenz über die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung

von Robert Amhof und Celina Galkowski

Transparenz ist zu einem wichtigen Begriff in der deutschen Gesundheitspolitik geworden. Versicherte sollen mehr Einblicke in die Strukturen und Abläufe des Gesundheitswesens erhalten und sich „im Dschungel“ der Anbieter und Institutionen besser orientieren können. Transparenz heißt aber auch, dass mehr Informationen über die *Qualität der medizinischen Versorgung* verfügbar sind. Eng verknüpft ist damit die Frage, wie gut (oder weniger gut) einzelne Mediziner in der Patientenversorgung arbeiten und wer im Bedarfsfall die optimale beziehungsweise den individuellen Bedürfnissen entsprechende Versorgung anbietet.

Dabei stellt sich die Frage, warum man Versicherte überhaupt stärker über die Qualität einzelner Ärzte informieren sollte. So bräuchte man dies nicht, wenn

- Versicherte keine Wahlmöglichkeiten zwischen Ärzten hätten,
- die Versorgungsqualität überall gleich wäre,
- man allein auf den Berufsethos der Leistungserbringer vertrauen und auf interne Qualitätssicherung setzen würde, oder wenn
- Versicherte ohnehin schon alles wüssten bzw. nicht informiert werden wollten, sondern lieber blind vertrauten (Schwenk, 2007).

Man muss kein Kenner des deutschen Gesundheitswesens sein, um zu merken, dass viele dieser Bedingungen nicht zutreffen.

Notwendigkeit von Transparenz

So finden auch Kranich et al. (2002) zahlreiche Argumente für die Forderung nach mehr Transparenz im deutschen Gesundheitswesen:

- Transparenz als Hilfe bei der Entscheidung für Leistungsanbieter,
- Transparenz als Motor für die Qualitätsentwicklung,
- Transparenz als „Rechenschaftsbericht“ für die Patienten sowie
- Transparenz als Messinstrument im europäischen und internationalen Vergleich.



Da Versicherte in der Regel die verschiedenen Leistungserbringer in Deutschland selbst auswählen können, benötigen sie als Entscheidungshilfe auch Informationen über deren Qualität. Suchen Versicherte ihre Ärzte vornehmlich nach Qualitäts Gesichtspunkten aus, kann mehr Transparenz auch zu einer steigenden Qualität der medizinischen Versorgung führen: Ärzte, die bei der Veröffentlichung ihrer Behandlungserfolge schlechter abschneiden als ihre Kollegen, werden bemüht sein, sich zu verbessern – auch um eine Abwanderung von Patienten zu verhindern. Die Nachfrage durch die Patienten wäre somit auch ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung (Kranich et al., 2002).

Durch die Offenlegung der erbrachten Leistungen und deren Qualität ergibt sich auch eine gewisse Rechenschaft über die im Gesundheitswesen eingesetzten finanziellen Ressourcen, welche die Versicherten durch ihre Krankenversicherungsbeiträge zu einem großen Teil bereitstellen. Nicht zuletzt ermöglichen transparente Leistungs- und Qualitätsdaten auch Vergleiche – innerhalb der eigenen Einrichtung, in der Kommune und Region, aber auch national und international (ebenda).

Abgesehen von diesen Überlegungen ist jedoch die entscheidende Frage, was sich Patienten als Nutzer des Gesundheitswesens in dieser Angelegenheit überhaupt wünschen. Brauchen sie bei der Arztsuche mehr Informationen als heutzutage verfügbar sind und wenn ja, welche? Oder sind sie mit der gegenwärtigen Situation weitgehend zufrieden?

Vorgehen und Leitfragen

Im Folgenden werden die Einschätzungen und Erfahrungen der Bevölkerung hinsichtlich der Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitswesen beleuchtet. Dabei konzentrieren wir uns – entspre-

Gibt es Qualitätsunterschiede zwischen Ärzten?

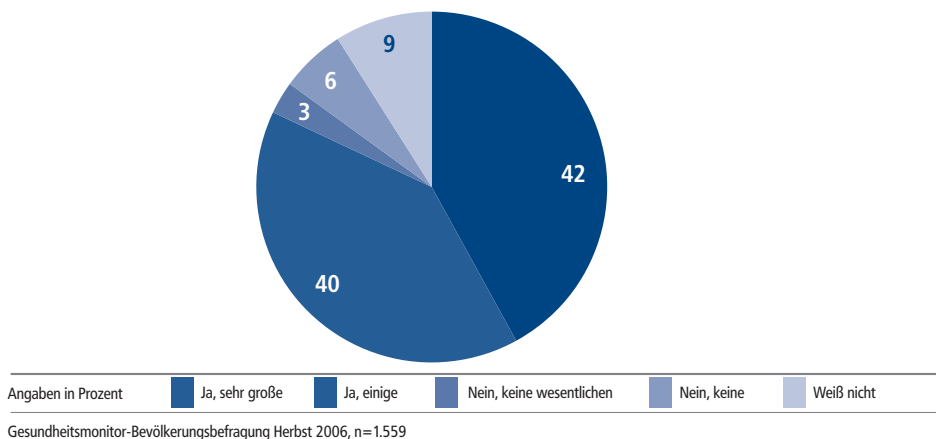


Abbildung 1

| BertelsmannStiftung

chend dem Ansatz des Gesundheitsmonitors – auf die ambulante Versorgung und beantworten folgende Fragen:

- Nehmen die Versicherten Qualitätsunterschiede zwischen Ärzten wahr?
- Wenn ja, worin bestehen diese?
- Wie beurteilen Versicherte die Möglichkeiten, sich über die Qualität von Leistungsanbietern zu informieren?
- Welche Strategien nutzen Versicherte bislang bei der Arztsuche?
- Welche Informationen fänden Versicherte darüber hinaus hilfreich, um sich über Ärzte zu informieren?
- Welche Anforderungen sollten Qualitätsinformationen für Versicherte erfüllen?

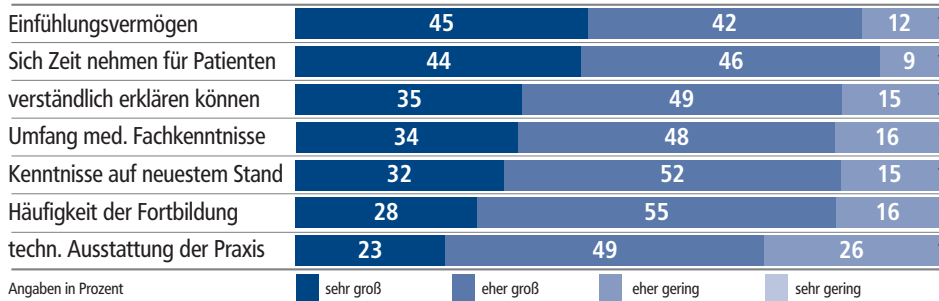
Die Datengrundlage bildet die elfte Bevölkerungsbefragung des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung vom Oktober/November 2006. Schriftlich befragt wurden insgesamt 1.574 deutschlandweit repräsentativ ausgewählte Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren mit Hilfe eines Fragebogens. Das Erhebungsinstrument sowie ein ausführlicher Feld- und Methodenbericht sind im Internet abrufbar (www.gesundheitsmonitor.de, Rubrik Downloads, Versicherte Welle 11).

Qualitätsunterschiede zwischen Ärzten

Ein großer Teil der Versicherten nimmt Qualitätsunterschiede zwischen Ärzten im Hinblick auf die Behandlungserfolge, den Umgang mit Patienten und die Aktualität der medizinischen Fachkenntnisse wahr. 42 Prozent sind der Meinung, dass es hierbei sehr große Unterschiede gibt. Weitere 40 Prozent stellen zumindest einige Differenzen fest. Nur 9 Prozent glauben, dass es in diesen Aspekten keine wesentlichen oder überhaupt keine Unterschiede gibt und ebenfalls 9 Prozent sind in dieser Frage unentschlossen (siehe Abbildung 1).

Auf Platz 1 der Unterschiede zwischen einem guten und einem weniger guten Arzt stehen nach Einschätzung der Befragten vor allem kommunikative und soziale Kompetenzen wie Einfühlungsvermögen, Menschenkenntnis und sich Zeit nehmen für den Patienten. Jeweils rund 45 Prozent beobachten hier sehr große Differenzen. Es folgt auf Platz 2 die Fähigkeit, verständlich erklären zu können. Erst auf Platz 3 werden der Umfang und die Aktualität der medizinischen Fachkenntnisse genannt. Noch-

Worin bestehen die Unterschiede zwischen Ärzten?

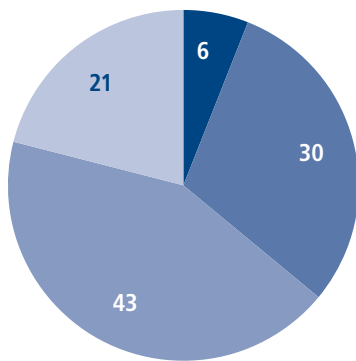


Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragung Herbst 2006, n=1.475

Abbildung 2

BertelsmannStiftung

Wie sind die Möglichkeiten, sich über die fachliche Qualität von Ärzten zu informieren?



Angaben in Prozent

Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragung Herbst 2006, n=1.572

Abbildung 3

BertelsmannStiftung

mals deutlich seltener werden Unterschiede hinsichtlich der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie in der technischen Ausstattung der Praxis wahrgenommen (siehe Abbildung 2).

Möglichkeiten, sich über die Qualität von Ärzten zu informieren

Die derzeitigen Möglichkeiten, sich über die Qualität von Ärzten zu informieren, werden von den meisten Befragten als nicht ausreichend oder sogar völlig unzureichend eingeschätzt (zusammen 63

Prozent, siehe Abbildung 3). Dies ist besonders bemerkenswert, da gleichzeitig eine große Mehrheit von 82 Prozent deutliche Qualitätsunterschiede zwischen Ärzten wahrnimmt.

Das heißt: Die Befragten erkennen, dass es gute und weniger gute Mediziner gibt (wie in anderen Berufen auch), können aber nach eigener Einschätzung kaum herauszufinden, wo sie gut behandelt werden. Hier offenbart sich ein besonderer Misstand im deutschen Gesundheits-

wesen. So ist nicht auszuschließen, dass der Mangel an entsprechenden Informationen zu Unterschieden nicht nur im Zugang zum Gesundheitswesen, sondern auch in der Qualität der medizinischen Versorgung einzelner Patienten führt.

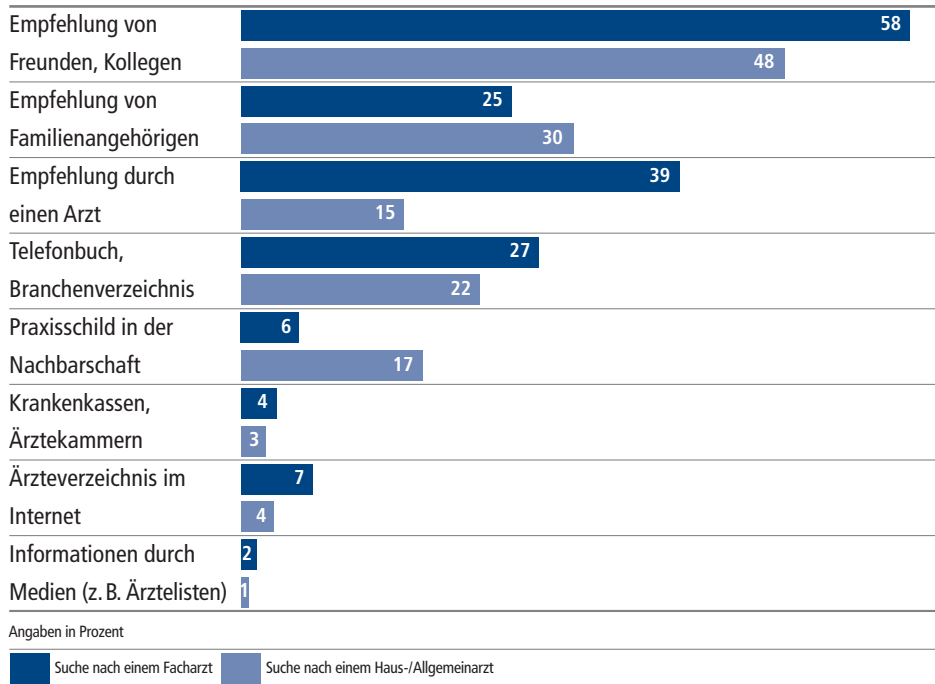
Bisherige Informationsstrategien

Doch wie gehen Versicherte mit dieser Situation um und welche Strategien wenden sie bisher bei der Arztsuche an? Und wie viele von ihnen haben in letzter Zeit überhaupt Ausschau nach einem neuen Arzt gehalten, wie hoch ist also der Bedarf nach entsprechenden Informationen?

Insgesamt 28 Prozent der Versicherten haben in den letzten Jahren einen neuen Allgemein- bzw. Hausarzt gesucht, 42 Prozent einen Facharzt. Die mit Abstand am häufigsten verwendete Informationsquelle sind in beiden Fällen Empfehlungen aus dem Freundes- und Kollegenkreis (siehe Abbildung 4). Von allen Personen, die in den letzten Jahren einen Hausarzt gesucht haben, fragten 48 Prozent Freunde und Kollegen um Rat. Bei denjenigen, die einen Facharzt gesucht haben, waren es sogar 58 Prozent. Die Weiterempfehlung aus dem persönlichen Umfeld der Versicherten bestätigt sich somit als ein wichtiger Indikator für die Wahl eines neuen Arztes, ganz gleich um welche Fachrichtung es sich handelt.

Bei den anderen Informationsquellen zeichnen sich hingegen Unterschiede je nach Fachrichtung ab. So spielen bei der Hausarztsuche an zweiter und dritter Stelle Empfehlungen von Familienangehörigen sowie Adressen aus dem Telefonbuch bzw. Branchenverzeichnis eine Rolle. Auch Praxisschilder in der Nachbarschaft werden für die Auswahl herangezogen, was einerseits den Wunsch nach wohnortnaher hausärztlicher Versorgung bestätigt, aber andererseits eine

Wie suchen Versicherte bisher einen Arzt?



Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragung Herbst 2006 (nur Befragte, die in den letzten Jahren einen Haus- bzw. Facharzt gesucht haben, n1=408, n2=624), Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 4 | BertelsmannStiftung

durchaus zufällige Komponente in derartigen Entscheidungssituationen offenbart.

Bei der Facharztsuche sind es demgegenüber deutlich häufiger Hinweise von anderen Ärzten, was für eine gezielte Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Disziplinen durchaus Sinn macht. Auch hier folgen an dritter Position Telefonbücher und Branchenverzeichnisse und fast gleichauf Empfehlungen von Familienmitgliedern (siehe Abbildung 4).

Deutlich seltener ziehen Versicherte bei der Arztsuche Informationen von Krankenkassen und Ärztekammern, Ärzteverzeichnisse und -suchmaschinen im Internet sowie Informationen durch die Medien (wie z. B. Ärztelisten) hinzu. Dies kann zumindest teilweise an dem bislang

wenig vorhandenen bzw. bekannten Angebot in diesem Bereich liegen.

Generell fällt auf, dass in vielen Informationsquellen bisher keine Hinweise über die Qualität der Leistungserbringer enthalten sind bzw. veröffentlicht werden, sondern lediglich Name, Fachrichtung, Anschrift und Öffnungszeiten des Arztes sowie gegebenenfalls eine Anfahrtsbeschreibung. Nur bei den Empfehlungen von „Mund-zu-Mund“ fließen sehr wahrscheinlich auch Qualitätsaspekte in die Information ein, z. B. die Zufriedenheit anderer Patienten mit diesem Arzt und der wahrgenommene Behandlungserfolg.

Bedarf nach weiteren Informationen

Die bisher verfügbaren Informationen für die Arztsuche decken nicht den Be-

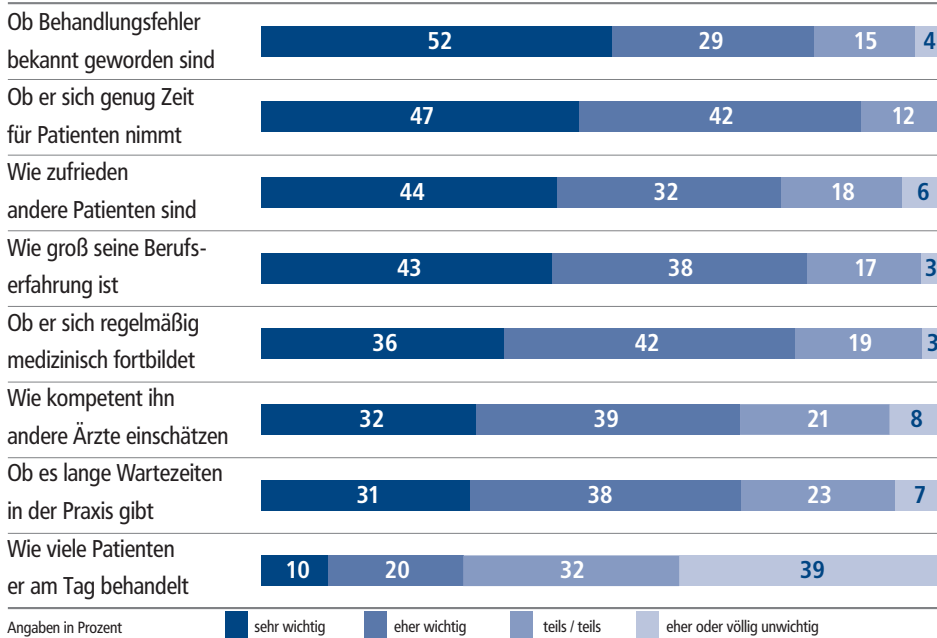
darf aller Versicherten. So antworten auf die Frage „Als Sie einen neuen Arzt gesucht haben, hätten Sie in der Situation gern genauere Informationen über ihn gehabt oder hat Ihnen die Empfehlung bzw. Kenntnis von Namen und Praxisanschrift ausgereicht“ 27 Prozent der Versicherten mit „Ich hätte gerne mehr Informationen gehabt“.

Wie Abbildung 5 zeigt, sind dies vor allem Informationen über Komplikationen und Behandlungsfehler, die Erfahrungen anderer Patienten mit diesem Arzt sowie die Frage, ob er sich ausreichend Zeit für seine Patienten nimmt. Auch die Berufserfahrung des Arztes, die Regelmäßigkeit der Fortbildung sowie Beurteilungen durch Fachkollegen werden als wichtig eingestuft. Als am wenigsten bedeutsam wird die Zahl der behandelten Patienten pro Tag eingeschätzt, was etwas im Widerspruch zu den als deutlich wichtiger beurteilten Wartezeiten sowie der verfügbaren Zeit pro Patient steht.

Über die Hälfte der Befragten hält einen regelmäßigen „Ärzte-TÜV“, der nach einer Qualitätsprüfung für begrenzte Zeit vergeben wird, für überaus hilfreich (ohne Abbildung). Insofern scheinen mindestens zwei Wege zur Erhöhung von Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung möglich und notwendig: einerseits die regelmäßige Überprüfung der Leistungserbringer unter Vergabe eines Zertifikates oder Prüfsiegels bei Erreichen eines definierten Qualitätsniveaus, und andererseits das Veröffentlichung von Informationen über die Versorgungsqualität der Mediziner. In der Folge könnte damit eine fundierte Auswahlentscheidung gewährleistet werden.

Bei der Frage, wer über die Qualität von Ärzten informieren sollte, stehen Verbraucherschutzinstitutionen mit 25 Prozent aller Nennungen an der Spitze. Es folgen

Welche Informationen hätten Versicherte bei der letzten Arztsuche gern gehabt?

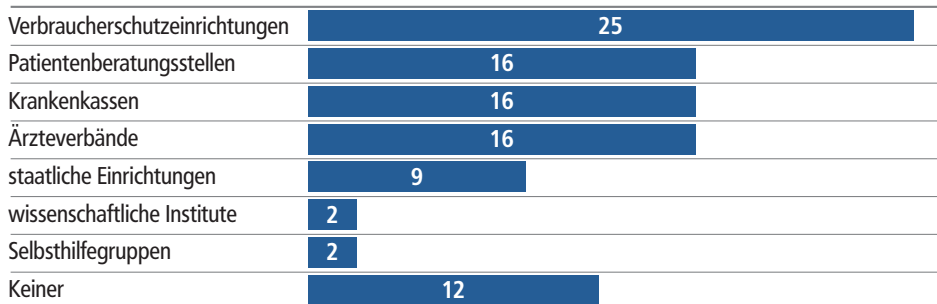


Angaben in Prozent, Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragung Herbst 2006, n=1.361

Abbildung 5

BertelsmannStiftung

Wer soll über die Qualität von Ärzten informieren?



Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragung Herbst 2006, n=1.572

Abbildung 6

BertelsmannStiftung

Patientenberatungsstellen, Krankenkassen und Ärzteverbände (mit jeweils 16 Prozent) sowie staatliche Einrichtungen (9 Prozent). Wissenschaftliche Institute und Selbsthilfegruppen werden nur von je 2 Prozent der Befragten genannt und 12

Prozent der Versicherten sind dagegen, dass solche Auskünfte überhaupt erteilt werden (siehe Abbildung 6).

Generell zeigt sich hier kein einheitliches Bild. Konnte man beim Spitzenplatz der

Verbraucherschutzinstitutionen noch vermuten, dass den Befragten vor allem die Unabhängigkeit beim Erheben und Verbreiten solcher Informationen besonders wichtig ist, verwundert die vergleichsweise häufige Nennung von Institutionen der Kostenträger und Leistungserbringer, die auch Partikularinteressen vertreten (müssen).

Anforderungen an Qualitätsinformationen für Versicherte

Welche Anforderungen sollten Qualitätsinformationen für Versicherte erfüllen? Ganz allgemein sollten Informationen über die Qualität von Leistungserbringern die Realität möglichst zuverlässig und valide abbilden, absolut vertrauenswürdig und glaubwürdig sowie leicht zugänglich und verständlich aufbereitet sein (Bertelsmann Stiftung, 2007). Sie sollten den inhaltlichen Präferenzen und Informationsbedürfnissen der unterschiedlichen Patienten(gruppen) entsprechen, an das Vorwissen anknüpfen und nicht zu hohe kognitive Anforderungen stellen. Und sie sollten nicht nur Sach- und Leistungsinformationen enthalten, sondern gegebenenfalls auch narrative Erfahrungsberichte (Schaeffer, 2006).

Dieser schwierige „Balanceakt zwischen Komplexität und Verständlichkeit“ (Schmidt-Kaehler, 2006, S. 1) für eine laiengerechte Darstellung der Informationen ist jedoch erst die zweite Herausforderung. Die erste beinhaltet die Frage, welche Parameter der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität man überhaupt auswählt und wie man sie regelmäßig und verlässlich misst.

Im Rahmen der Qualitätsmanagement-Entwicklung im ambulanten Sektor haben sich zahlreiche Systeme und Zertifizierungen etabliert, die jedoch sehr unterschiedliche Kriterien anlegen und in ihrer Aussagekraft nicht immer vergleichbar

sind. Teilweise werden vorrangig Abläufe und Prozesse im Rahmen eines Audits bewertet (wie bei DIN EN ISO 9001:2000), teilweise liegen Selbstbewertungen über Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten innerhalb verschiedener Bereiche zugrunde (European Foundation for Quality Management, EFQM). Das European Practice Assessment (EPA) wiederum umfasst indikatorengestützte Selbst- und Fremdbewertungen, Mitarbeiter- und Patientenbefragungen sowie Praxisbesuche (so genannte Visitationen) und erlaubt einen anonymen Vergleich mit strukturgleichen Praxen (Frank, 2005).

Den Versicherten bleibt der unmittelbare Nutzen solcher Qualitätsmanagement-Bemühungen meist verborgen oder zeigt sich ihnen nur indirekt durch reibungslosere Praxisabläufe oder kürzere Wartezeiten. Bei der Wahl eines Arztes helfen sie jedoch kaum weiter – zumal man die eventuellen Zertifikate häufig erst zu Gesicht bekommt, wenn man sich bereits in der Arztpraxis befindet.

Gleichwohl können derartige QM-Systeme eine sinnvolle Ausgangsbasis für zukünftige einheitliche Standards bzw. Kriterien für die Qualität von niedergelassenen Ärzten und ein insgesamt für die Versicherten und Patienten durchsichtigeres Versorgungssystem bilden. Dabei sollten nicht nur harte medizinische Parameter berücksichtigt werden (wie z. B. fachliche Qualifikation und Fortbildung des Arztes, technische Ausstattung der Praxis, Wartezeiten auf Termine, Behandlungserfolge, Komplikationsraten) sondern auch weiche Faktoren (etwa Atmosphäre in der Praxis, Freundlichkeit des Personals, soziale Kompetenz des Arztes, Information und Aufklärung, Vertrauen). Gerade letztere sind für die Patienten in der Auswahlentscheidung nicht zu unterschätzen, wie die Daten des Gesundheitsmonitors belegen.

Speziell zur Messung solcher Merkmale, über die eigentlich nur Patienten selbst zuverlässige Auskünfte geben können, hat die Bertelsmann Stiftung mit dem Verein Outcome aus der Schweiz für den stationären Bereich ein standardisiertes Kurzinstrument entwickelt. Mit dem sogenannten „Patients' Experience Questionnaire“ (PEQ) können die Qualitätsmerkmale gemessen werden, die aus Patientensicht neben klinischen Parametern besonders wichtig sind. Mehr Informationen zu den genauen Inhalten und zur Methodik sind auf der Internetseite www.weisse-liste.de aufgeführt.

Diskussion und Fazit

Die Befragungsergebnisse des Gesundheitsmonitors haben gezeigt, dass viele Versicherte Qualitätsunterschiede zwischen Leistungserbringern wahrnehmen (vor allem in den fachlichen und sozialen Kompetenzen). Gleichzeitig fühlen sich die Versicherten unzureichend informiert und vermissen verlässliche Informationsmöglichkeiten über die Behandlungsqualität von Ärzten.

Somit ist auf Seiten der Nutzer des Gesundheitswesens ein deutlicher Bedarf nach mehr Transparenz erkennbar. Transparenz darüber, wie gut einzelne Ärzte in der medizinischen Versorgung ihrer Patienten arbeiten und wo man im Bedarfsfall die optimale Behandlung erhält. Gegenwärtig werden für die Suche nach einem Arzt vor allem Empfehlungen aus dem sozialen Umfeld (Familien- und Bekanntenkreis) herangezogen. Zusätzlich fänden Versicherte regelmäßige und unabhängige Qualitätsprüfungen von Ärzten sinnvoll, deren Ergebnisse veröffentlicht werden.

Die Politik hat die Aufgabe, die erforderlichen Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen, damit zukünftig bei den Akteuren des Gesundheitswesens eine

glaubwürdige und für die Patienten nützliche Qualitätskultur entsteht. Erste Schritte in diese Richtung sind getan: So müssen beispielsweise Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren seit 2004 zumindest ein „einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ einführen und weiterentwickeln. Innerhalb dieser Anforderung gibt es jedoch noch große Freiräume. So bleibt freigestellt, welches QM-System der Arzt auswählt und ob er sich zertifizieren lässt (Bundesministerium für Gesundheit, 2006). In der Folge ergeben sich im Idealfall – trotz der Unterschiedlichkeit der einzelnen QM-Systeme – kontinuierliche Verbesserungen der Praxisabläufe und der Patientenversorgung. Einsehbar sind Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einzelner Ärzte bleiben den Patienten aber weiterhin verborgen.

Eine wichtige Frage ist deshalb, wer in Zukunft vergleichbare Qualitätsdaten erhebt, aufbereitet und veröffentlicht. Nach dem im April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Hilfe eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution auswählen, die Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität entwickelt und die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in einer für die Allgemeinheit verständlichen Sprache veröffentlicht (siehe §137a, Sozialgesetzbuch V). Im Rahmen des Vergabeverfahrens fand eine europaweite Ausschreibung im September/Oktober 2007 statt (www.g-ba.de).

Daneben hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007) die Initiative „Die Qualität der Ärzte sichtbar machen“ gestartet und will bis Mai 2008 ein Set von Indikatoren vorlegen, mit denen sich die Qualität der von Vertragsärzten erbrachten Leistungen messen lässt. Anschließend soll ein externes wissen-

schaftliches Institut dieses Set in ausgewählten Praxen auf Aussagekraft, Praktikabilität und eine mögliche Honorarkopplung hin testen.

Gerade der letzte Punkt ist wichtig, weil letztlich auch die Vergütung der Leistungsanbieter mit dem kontinuierlichen Erbringen guter Qualität in der medizinischen Versorgung verbunden sein muss. Erste erfolgversprechende Ansätze hierzu kommen z.B. aus den USA – wo mit „pay-for-performance“ die Vergütung nicht nur von der Quantität (in Form der Art und Anzahl der erbrachten Leistungen) abhängt, sondern auch die dabei erreichte Qualität einfließt.

Bleibt zu hoffen, dass in den nächsten Jahren in Deutschland die Transparenz über die Qualität der medizinischen Versorgung nicht nur für den stationären Bereich zunimmt (etwa durch verbesserte Qualitätsberichte), sondern auch für die zahlreichen Ärzte und sonstigen Gesundheitsprofessionen im ambulanten Sektor. Denn: „Gesundheit ist ein zu hohes Gut, als dass man die Unterschiede im Leistungsspektrum und in der Qualität der Leistungserbringer als Patient ausschließ- lich durch Versuch und Irrtum herausfinden möchte“ (Jaeger, 2003).

Literatur

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2007). *Unser Gesundheitswesen braucht mehr Qualitätstransparenz. Transparenz für Bürger, Transparenz für Ärzte, Politik für Transparenz*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006). *Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen. Maßnahmen, Verantwortliche, Ansprechpartner*. Berlin.
- Frank, M. (2005). *Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – erfolgreich umgesetzt*. Stuttgart: Schattauer.
- Jaeger, R. (2003). Informationsanspruch des Patienten – Grenzen der Werbung im Gesundheitswesen. *Medizinrecht*, 5, 263-268.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007). *KBV will Qualität der Ärzte erkennbar machen*. Pressemitteilung vom 02.05.2007. Online unter www.kbv.de//10593.html
- Kranich, C., Vitt, K.D., Berger, B., Pritzkeleit, R. (2002). *Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 1: Der Bericht*. Online unter www.patientenavigation.org/Endbericht1D.pdf
- Marstedt, G. (2007). Transparenz in der ambulanten Versorgung: Patienten auf der Suche nach einem „guten Arzt“. In J. Böcken, B. Braun und R. Amhof (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten (S. 11-34)*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Schaeffer, D. (Hrsg.) (2006): *Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Schmidt-Kaehler, S. (2006). *Qualitätstransparenz für Patienten – Balanceakt zwischen Komplexität und Verständlichkeit*. Skript zum Vortrag beim 7. Deutschen Medizinrechtstag am 15. September 2006 in Berlin.
- Schwenk, U. (2007). *Qualität von Leistungserbringern – Europäische Best Practices für eine unabhängige und nutzerfreundliche Information von Versicherten und Patienten*. Vortrag im Rahmen des Fachseminars „Transparenz über Versorgungsqualität für Versicherte – von internationalen Erfahrungen lernen“ der Bertelsmann Stiftung am 31. Mai 2007 in Berlin.
- www.g-ba.de
- www.weisse-liste.de

Mit Transparenz zu mehr Qualität – Wie Patienten anderswo informiert werden

von Norbert Mappes-Niediek und Kerstin Blum

USA: Fünf Millionen Leben retten

„Fünf Millionen Leben“ ist der anspruchsvolle Titel einer Kampagne, mit der ein gemeinnütziges Institut in den USA bis Ende 2008 die Zahl der Schäden durch medizinische Fehler um fünf Millionen verringern will, bei geschätzten 15 Millionen Fällen pro Jahr also um rund ein Drittel. Das Institute für Healthcare Improvement (IHI) will auf freiwilliger Basis 4.000 Krankenhäuser für die Teilnahme gewinnen. Schwerpunkte liegen auf gezielter Vermeidung von chirurgischen Komplikationen und auf besserer Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Klinikleitung.

Vermeidbare Behandlungsfehler führen in den USA pro Jahr zu 44.000 bis 98.000 Todesfällen und sind damit die häufigste Ursache für vorzeitigen Tod, hatte das renommierte Institute of Medicine 1999 errechnet. Der darauf basierende Bericht unter dem Namen „Irren ist menschlich“ hatte ein starkes öffentliches Echo hervorgerufen. Die jetzige Aktion hat ein erfolgreiches Vorbild: 2004 hatte das IHI eine erste Kampagne unter dem Titel „100.000 Leben“ lanciert – 100.000 Todesfälle durch medizinische Fehler sollten vermieden werden. 3.100 Kliniken nahmen teil, und das Ziel wurde sogar übertroffen: Die Zahl der vermeidbaren Todesfälle sank binnen zwei Jahren um 122.000.

Die Kampagne „100.000 Leben“ hatte sechs messbare Ziele: Überall sollten „schnelle Notfallteams“ bereitstehen. Für Herzinfarkte wurden allen Kliniken ver-

lässliche, erfahrungsbasierte Therapiemodelle an die Hand gegeben. Medikationen wurden gegen einander abgeglichen, um unerwünschte Wirkungen zu vermeiden. Infektionen über Spritzen und Infusionen wurden mit einem genauen Ablaufplan ins Visier genommen. Mit „den richtigen Antibiotika zur richtigen Zeit“ wurden Infektionen bei Operationen bekämpft. Schließlich sollte eine Serie von Maßnahmen die Verbreitung von Keimen über das Lüftungssystem unterbinden. Für die „fünf Millionen Leben“ sind sechs weitere Maßnahmen hinzugekommen, unter anderem zur Vermeidung von Druckgeschwüren und Infektionen mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA), einem häufig auftretenden und gegen Antibiotika resistenten Erreger.

Organisiert ist die Kampagne als beinahe sportlicher Wettbewerb. Die Ergebnisse werden kontinuierlich veröffentlicht, z. B. an so genannten „Aktionstagen“. Für Patienten steht eine Liste der beteiligten Kliniken bereit. Außerdem lassen sich genaue Informationen abrufen, beispielsweise in welchen Kliniken die Zahl der Druckgeschwüre bei bettlägerigen Kranken zurückgegangen ist.

Als Voraussetzung für solche Kampagnen gilt, was vielen Gesundheitssystemen noch fehlt: Transparenz – sowohl in den klinikinternen Abläufen, als auch bei den Ergebnissen der Versorgung. Zu den Vorreitern der Transparenz- und Qualitätsbewegung gehört in den USA das National

Committee for Quality Assurance (NCQA), eine Art „Stiftung Warentest“ für Gesundheitsleistungen von Health Plans. Rückendeckung geben dem Komitee die Arbeitgeber: Sie zahlen die vollen Kassenbeiträge und schließen kollektiv für ihre Belegschaften oft Hunderttausende Verträge ab. Deshalb haben sie nicht nur ein hohes Interesse an Transparenz, sondern auch eine große Marktmacht. Zur Qualitätsmessung bedient sich das NCQA sowohl objektiver Indikatoren wie Diagnose- und Abrechnungsdaten als auch subjektiver Angaben aus Patientenbefragungen (etwa: „Sind Sie respektvoll behandelt worden?“).

Im Hintergrund solcher Initiativen bemüht sich in den USA seit 2005 eine 19-köpfige Kommission aus Wissenschaftlern, Managern und hohen Beamten im großen Rahmen darum, das gesamte System gründlich in Richtung Transparenz und Qualität zu reformieren. Die Initiative ging vom Commonwealth Fund aus, einer privaten Stiftung. Ziel der „Commission on a High Performing Health System“ ist, ein „Hochleistungs-Gesundheitswesen“ zu schaffen und vulnerablen Gruppen wie Zuwanderern aus armen Ländern, Kranken und Alten einen besseren Zugang zu ermöglichen. Mit einem Ranking der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Bundesstaaten (siehe Seite 11) hat die Kommission zusätzlich Bewegung in die US-amerikanische Debatte gebracht.

www.ihf.org/IHI/Programs/Campaign
www.ncqa.org; www.cmwf.org

Großbritannien: Suche nach der besten Klinik

Kurz an den Umrissen eines männlichen oder eines weiblichen Körpers per Maus-klick markieren, wo es einem fehlt, dann den Ortsnamen oder die Postleitzahl eingeben: Schon liefert einem „NHS direct“, das Online-Informationssystem des britischen Nationalen Gesundheitsdienstes, eine Liste mit Ärzten und Kliniken, die helfen können – inklusive Lageplan. Wer weiterklickt, findet eine Art populärmedizinisches Nachschlagewerk: Zu jeder Krankheit, jedem Symptom finden sich Überblicksdarstellungen und bei Bedarf auch eingehende Informationen unter dem Titel „Was mein Arzt liest“.

Der kritische Patient kann sich darüber hinaus über die Qualität einer Klinik informieren: über Wartezeiten, abgesagte Operationen und die Zahl der Krankenhausinfektionen, wie auch über Patientenmeinungen zu Komfort und Sauberkeit, Freundlichkeit des Personals und Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung. Balken in Ampelfarben markieren jedes Krankenhaus als „ausgezeichnet“, „gut“, „in Ordnung“ oder „schwach“. Wer es genauer wissen möchte, findet zu jedem Kriterium detaillierte Werte und umfassende Ergebnisse.

www.nhs.uk/England/Choice

Dänemark: Fünf-Sterne-Kliniken am Nordseestrand

Der Ärzteverband ist dagegen, alle Parteien sind dafür: Nach mehrjähriger Diskussion hat die dänische Regierung sich entschlossen, die Leistungsdaten der Krankenhäuser zu veröffentlichen und, wie bei Hotels, Sterne für gutes Abschneiden zu vergeben. Im Internet lassen sich die Daten übersichtlich und für Laien verständlich vergleichen. Gemessen wird,

What is the overall quality of service?

Street Lane Practice	Leeds General Infirmary	St James University Hospital
rated Excellent	rated Weak	rated Weak
The Healthcare Commission rated quality of service Excellent for the trust which ran this hospital	The Healthcare Commission rated quality of service Weak for the trust which ran this hospital	The Healthcare Commission rated quality of service Weak for the trust which ran this hospital
Estimated rate of MRSA blood infections		
0.83 infections for every 10,000 patient days	2.6 infections for every 10,000 patient days	2.6 infections for every 10,000 patient days
Performance in MRSA blood infection control		
★★★ Three Stars	★★★ Three Stars	★★★ Three Stars
Der NHS stellt Patienten umfangreiche Informationen zur Verfügung, unter anderem über: <ul style="list-style-type: none"> die allgemeine Bewertung der Versorgungsqualität die Häufigkeit von MRSA-Infektionen und Verbesserungen in der MRSA-Prävention gegenüber dem Vorjahr 		<ul style="list-style-type: none"> Patientenmeinungen zu Hygiene, Freundlichkeit und Ansprechbarkeit des Personals. Neben zusammengefassten Bewertungen, „Sternen“ und Qualitätsdaten gibt es zu jedem Punkt verständliche Erläuterungen und weiterführende Links, um Patienten ein Einordnen der Daten zu ermöglichen.

Abbildung 1: Beispiele für Patienteninformationen in Großbritannien (siehe www.nhs.uk/England/Choice)

was das jeweilige Haus an medizinischen Einrichtungen bietet, außerdem Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten, Pünktlichkeit und Hygiene und damit auch die Zahl der postoperativen Infektionen. Bis 2009 sollen alle Kliniken klassifiziert sein. Beschwerden von Kliniken über die Unzuverlässigkeit der Daten gibt der Gesundheitsminister an die Krankenhaus-

träger zurück: Verwendet wird nur, was von dort kommt. In fernerer Zukunft soll das Modell in veränderter Form auch auf Allgemeinärzte und staatliche Polikliniken angewendet werden.

www.sundhedskvalitet.dk

Israel: Nachfrist für „testunwillige“ Kassen

Diabetiker-Versorgung, Brustkrebs-Screening, Vorbeugung von Asthma und Grippeimpfungen für Ältere: An diesen vier Indikatoren sollen Israelis künftig die Qualität ihrer Krankenkasse ablesen können. Weil die Kassen auch Anbieter von Leistungen sind, ist das zugleich ein Urteil über die Versorgung. Vorläufig werden allerdings nur nationale Durchschnittszahlen veröffentlicht; später werden die Daten auf die vier Kassen bezogen verfügbar sein.

Bisher hatte jede Kasse nach eigenen Kriterien Daten erhoben, an Vergleichbarkeit bestand wegen drohender Konkurrenz kein Interesse. Die derzeitige Übergangsfrist geht auf Befürchtungen der Kassen zurück: Es hätte frühzeitig zu einem Wettlauf um die besten Risiken kommen können, ohne dass Kassen mit teureren oder kränkeren Versicherten

einen Finanzausgleich erhalten hätten. Mit der Zeit schwanden die Sorgen allerdings. Die Kassen sehen einen Vorteil darin, dass sie mit den Daten nunmehr klare Ziele vorgegeben bekommen und dass der Staat die Kosten für die Vergleichserhebungen übernimmt. Die Übergangszeit wollen sie zur Verbesserung ihrer Ergebnisse nutzen.

Zur Zustimmung der Kassen trug auch bei, dass sie am Entwurf des Messsystems beteiligt sind. Dass Qualitätsvergleiche nicht ganz zu vermeiden sein würden, war nach den amerikanischen und britischen Vorbild-Projekten den meisten ohnehin klar. Auch der Ärztesverband, sonst gegen Qualitätsmessung kritisch eingestellt, stimmte zu. Für die Ärzte gab den Ausschlag, dass Wissenschaftler und nicht Gesundheitsbeamte die Parameter erarbeiten und die Vergleiche anstellen.

Während man auf die Daten dieses Qualitätsvergleichs also noch wartet, sind die Daten einer zum zweiten Mal durchgeführten großen telefonischen Meinungsumfrage zum Gesundheitswesen und der jeweils eigenen Krankenkasse bereits allen Israelis zugänglich. Laut dieser Umfrage waren zwischen 86 und 92 Prozent der Bevölkerung mit ihrer Kasse zufrieden: Besonders stark ist die Zustimmung unter Arabischsprachigen, unter Einkommensschwachen und Über-65-Jährigen. Der Anteil der „sehr Zufriedenen“ sank allerdings. Das Gesundheitswesen im Allgemeinen wird kritischer beurteilt: Nur 57 Prozent sind zufrieden – wieder im Unterschied zu Älteren, Armen und Arabern, die dem System viel bessere Werte ausstellen.

www.hpm.org/survey/is/a9/4

Finnland: Feinarbeit mit Daten

Mit einem besonders feinen Instrumentarium misst Finnlands Regierung die Qualität von Krankenhäusern: Aufnahmen und ambulante Besuche werden mit Gesundheitsdaten der Gemeinde und des jeweiligen Einzugsbereichs abgeglichen. Mittels Diagnosegruppen wird auch die spezifische Patientenmischung jeder Klinik in Rechnung gestellt. Am Ende lässt sich nicht nur vergleichen, ob und wie die Kosten eines Krankenhauses vom Landesdurchschnitt abweichen, sondern auch, woran es im Einzelfall liegt. Die Daten sind über das Internet öffentlich zugänglich, dienen aber weniger der Wahl der Klinik durch einzelne Patienten als vielmehr der gesundheitspolitischen Steuerung und der Haushaltplanung. So lässt sich berechnen, welche Kosten einzelne Patientengruppen verursachen und wo Sparpotenziale liegen. Manche Kliniken haben die Ergebnisse zum Anlass genommen, Mittel von der stationären Versorgung in die Ambulanzen zu verlagern und umgekehrt.

www.hpm.org/survey/fi/a7/4

Österreich: Qualität statt Wartezeiten

Österreich hat seit 2005 ein Gesundheitsqualitätsgesetz. Es verpflichtet die Regierung, ein landesweites Qualitätssystem zu installieren. Aufsehen hat nun erregt, dass die neue Regierung die Qualität von Krankenhäusern an der Zahl der Wiederaufnahmen und an Wartezeiten messen will – offiziell wurde bisher nie zugegeben, dass es Wartezeiten überhaupt gibt. Auch sonst will die große Koalition aus SPÖ und ÖVP zunehmend Qualitätsstandards in das Gesundheitswesen einführen. Für die ambulante Versorgung, die Psychotherapie eingeschlossen, sollen zunächst Standards entwickelt werden. Dafür will Wien EU-Forschungsmittel abrufen. Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Ziel, die Versorgung durch kürzere Arbeitszeiten für das Krankenhauspersonal zu verbessern. Zuletzt hatten vor allem Ärzte, angeregt von Protesten im benachbarten Deutschland, sich für die Verkürzung ihrer Dienstsichten eingesetzt.

www.forumq.at/images/stories/forumq/erlaeuterungen_qualitaetsgesetz.pdf

USA: „Scorecard“ für Bundesstaaten

Nicht mehr nur die Qualität einzelner Einrichtungen, sondern die Qualität der Gesundheitsversorgung ganzer Bundesstaaten rückt in den USA in den Fokus: Eine Expertenkommission (siehe Seite 8) hat im Juni 2007 alle Staaten auf Zugänglichkeit der Einrichtungen, Versorgungsqualität, vermeidbare Krankenhausaufenthalte und -kosten, Verteilungsgerechtigkeit und gesunde Lebensführung untersucht und in eine Rangliste gebracht – also ihnen eine „scorecard“ ausgestellt.

„Es ist nicht egal, wo man wohnt“, so das Ergebnis. Aus der Untersuchung geht auch hervor, was der Volkswirtschaft an Kosten erspart bliebe, wenn alle Staaten so abschnitten wie die besten. Gemessen wurden 32 grobe Indikatoren – von der Mortalität über die Krankenhauseinweisungen, die Medicare-Zahlungen bis zum Anteil der krankenversicherten Kinder. Sieger sind Hawaii und Iowa; auf den guten Plätzen folgen die reichen, kleinen Neuengland-Staaten. Düster wird das Bild erwartungsgemäß in den ärmeren Südstaaten wie Tennessee, Alabama oder Mississippi. Aber auch wohlhabende Bundesstaaten wie Kalifornien, Florida, Texas und Nevada schneiden nicht gut ab.

Nach Meinung der Verfasser sagen die Werte viel über die Gesundheitspolitik der einzelnen Staaten aus. So verpflichtet Hawaii Arbeitgeber seit 1974, ihre Angestellten krankenzuversichern. Rhode Island begann vor zehn Jahren, das Medicaid-Programm mit Subventionen zu Qualitätsverbesserungen anzureizen. Maine, Massachusetts und Vermont legen seit langer Zeit Wert auf Gerechtigkeit und allgemeinen Zugang zum Gesundheitswesen.

www.cmwf.org

Niederlande: Wo tut es am wenigsten weh?

In Holland kann jeder einsehen, in welchem der 357 Krankenhäuser die Patienten die wenigsten postoperativen Schmerzen haben. Die Website „kiesBeter“ (Wähle besser aus) verrät darüber hinaus, wo nach der Operation eine Schmerzmessung vorgenommen wird, wo man gleich am Tag der Einweisung mit der Operation rechnen kann und wo Termine häufig abgesagt werden müssen. Noten von A bis E ersparen dem User, sich mit den Tricks der Statistik auseinanderzusetzen. Wer will, kann sich ein nationales Ranking geben lassen oder die Krankenhäuser der eigenen Stadt vergleichen.

Obwohl alle Anbieter verpflichtet sind, ihre Daten bereitzustellen, liegen nicht für jeden Indikator alle Angaben vor. Umfangreich und präzise sind aber die Preisangaben: Wer wissen will, was die ambulante Behandlung seiner Nierensteine kostet, bekommt auf Mausclick für alle 157 Anbieter einen verbindlichen Preis zwischen 1.200 und 2.800 Euro genannt.

Betreut wird die Website vom Staatlichen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt. Sie enthält außerdem Hinweise zu gesunder Lebensweise, eine Übersicht über Sozialleistungen für Behinderte, Nachrichten aus Medizin und Gesundheitspolitik und ausgefeilte Programme für die Suche nach jeder Art von Versorgung. Wer sich falsch behandelt fühlt, findet einen kompetenten Gesprächspartner und erfährt alles über seine Rechte. Noch populärer ist „kiesBeter“ geworden, seit unter dem gleichen Namen jeden Sonntag im Fernsehen eine Verbrauchersendung läuft.

www.kiesbeter.nl

Frankreich: Mit Transparenz gegen Klinik-Kokken

Etwa 7 Prozent aller Patienten fangen sich bei einem Klinikaufenthalt in Frankreich eine Infektion ein – ein Problem, dem die Regierung mit einem Vierjahresplan zuleibe rückt. Krankenhäuser werden daran gemessen, was sie gegen Infektionen tun. Geprüft wird, was im Jahr an antiseptischen Handwaschmitteln und Antibiotika verbraucht wird, wie viele Infektionen mit resistenten Staphylokokken auftreten und wie oft es zu postoperativen Infektionen kommt. Ein weiterer Faktor ist ein zusammengesetzter Indikator namens „ICALIN“: Er umfasst die finanziellen Mittel, die für die Vermeidung von Infektionen aufgewendet werden, die organisatorischen Bemühungen und umgesetzten Reformen. Seit 1999 muss jedes Krankenhaus einen Ausschuss gegen Infektionen bilden. Trotz sinkender Infektionsraten glauben fast zwei Drittel der Franzosen, Krankenhausinfektionen nähmen zu – ein Anreiz für die Kliniken, mit der Teilnahme ihr Image aufzubessern.

Für das jeweilige Abschneiden werden Noten von A bis E vergeben. Um Ungerechtigkeiten zu vermeiden, werden die Kliniken nach Größe, öffentlicher oder privater Trägerschaft und ihrer Spezialisierung in dreizehn verschiedene Klassen aufgeteilt. Mit dem aufwändigen Bewertungssystem wird die Vermeidung von Klinikinfektionen zum Testfall für eine grundsätzliche Reform der Krankenhausfinanzierung: Demnächst sollen die Kliniken nach Leistung bezahlt werden. Vierzig Kliniken sind an einem Pilotprojekt beteiligt, bei dem andere Indikatoren wie Patientenzufriedenheit und Wartezeiten bei der Notaufnahme Aufschluss über die Qualität geben sollen.

www.sante.gouv.fr/icalin/accueil.htm

Die Weisse Liste – unabhängiges Informationsportal zur Versorgungsqualität im Gesundheitswesen

Wer krank ist, möchte sich in guten Händen wissen. Auf der Suche nach der passenden Klinik, einem Arzt oder Physiotherapeuten stehen betroffene Menschen einer Fülle von Informationen gegenüber. Doch welchen Hinweisen kann man vertrauen?

Zur besseren Orientierung im „Versorgungsdschungel“ entwickelt die Bertelsmann Stiftung den unabhängigen Wegweiser „Weisse Liste“. Über die Internetplattform www.weisse-liste.de können sich Patienten und deren Angehörige ab Frühjahr 2008 über die Qualität der Behandlungsanbieter informieren. Um Nutzer zu den passenden Antworten auf ihre Fragen zu führen, unterstützt die Weisse Liste Schritt für Schritt in einem Suchas-

sistenten und liefert Interpretationshilfen und Übersetzungsangebote von Indikatoren, Diagnosen und Behandlungen. Dabei wird größter Wert auf eine nutzerfreundliche Navigation gelegt. Je nach Vorwissen und Vorlieben stehen für die Suche verschiedene Angebote bereit. Das Ziel ist klar: Patienten sollen stärker miteinreden können und zu aktiven, gleichberechtigten Partnern aller Beteiligten im Gesundheitswesen werden.

Im ersten Schritt wird eine Krankenhaus-suche angeboten, Bausteine zu weiteren Leistungsbereichen werden folgen. Die Weisse Liste führt zu passgenauen Angeboten für die unterschiedlichsten Beschwerden. Und das in ganz Deutschland. Dabei ist die Internetplattform

unabhängig von Leistungserbringern und Kostenträgern des Gesundheitswesens und verfolgt keine kommerziellen Interessen. Zentrale Projektpartner sind Patientenorganisationen wie z.B. die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, der Sozialverband VdK oder der Bundesverband der Verbraucherzentralen. Das Projekt steht unter der Schirmherrschaft der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel.

Weitere Informationen und Kontakt unter www.weisse-liste.de

BertelsmannStiftung

Themenfeld Gesundheit

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

www.gesundheitsmonitor.de
www.hpm.org

Verantwortlich

Robert Amhof
Sophia Schlette

Redaktion

Robert Amhof
Kerstin Blum
Norbert Mappes-Niediek

Kontakt

Heike Clostermeyer
Tel.: (05241) 81-8 13 81
Fax: (05241) 81-68 13 81
heike.clostermeyer@bertelsmann.de