



eHealth in Europa : Grenzen überwinden



Qualitätssicherung in Arztpraxen



Gesundheitswesen: Frauenanteil über 70 Prozent

- **Chronikerregelung: Details unklar**
- **Erfolge bei seltenen Erkrankungen**
- **Neue Krebs-Infobroschüren**
- **Grenzen von eHealth in Europa**
- **Therapie-Portal geht online**
- **Sponsoring: Interview Ursula Helms**
- **Patienten sichern Qualität**
- **Qualitätssicherung im Überblick**
- **Was machen Patientenführer?**
- **Das Gesundheitswesen ist weiblich**

■ Editorial

## Patientenqualität

**München** – Die Zeiten, als Patientenorientierung nur auf dem Papier stattfand, sind vorbei. Patientenvertreter müssen sich nicht länger mit Statistenrollen begnügen, sondern bringen sich aktiv ins Geschehen ein. So auch bei der Qualitätssicherung, über die wir in diesem Patientenbrief berichten.

In den Fachausschüssen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) sitzen beispielsweise seit geraumer Zeit Patientenvertreter. Dabei sollte man es auf Dauer jedoch nicht belassen.

Das fordert die Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner auf einer Konferenz in Berlin. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren sollten patientenrelevante Endpunkte berücksichtigt werden, gleiches gilt für Ergebnisse, die auf Patientenberichten aufbauen.

Lesen Sie mehr zu dem Thema in der aktuellen Ausgabe.

**Ihre Ilka Einfeldt**  
Manager Patient Relations



Ilka Einfeldt

■ Interview

## Ursula Helms (NAKOS): konstruktiv-kritischer Umgang statt Generalverdacht



Ursula Helms

**Berlin** – Die finanzielle Förderung der Selbsthilfe ist ein heißes Eisen, erst kürzlich wurde das Thema auf Veranstaltungen der Theodor Springmann Stiftung und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes intensiv diskutiert. Im Interview mit dem Patientenbrief äußert sich Ursula Helms zu Sponsoring und Finanzierung. Die Diplom-Sozialwirtin ist seit 2005 Geschäftsführerin der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) in Berlin.

▶▶ mehr

zurück ◀

■ Chronikerregelung

## Viele Details noch unklar

**Berlin** – Die Gesundheitsreform sieht eine verschärfte Chronikerregelung mit verpflichtenden Früherkennungsuntersuchungen vor: Nimmt der Versicherte diese nicht wahr, muss er später als Patient nicht mehr ein, sondern zwei Prozent Zuzahlungen leisten. Die Regelung tritt am 1. Januar 2008 in Kraft. Experten bestreiten, dass Sanktionierung der richtige Weg ist, Prävention zu fördern. Und auch Patienten lehnen diese Änderung des Sozialgesetzbuches V ab.

▶▶ mehr

zurück ◀

■ Copyright © 2007 GSK

Impressum, Ansprechpartner, Bildnachweis ▶▶ mehr

Bestellung / Abbestellung des Patientenbriefes ▶▶ mehr

Archiv bisher erschienener Patientenbriefe ▶▶ mehr

## ■ Gesundheitssystem

### Bestandsaufnahme Qualitätssicherung

**Berlin** – Das Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht eine unabhängige Institution vor, welche die Qualitätssicherung in Arztpraxen und Kliniken koordinieren soll. Die Qualitätsbemühungen werden künftig sektorenübergreifend stattfinden. Bisher gab es zwischen ambulantem und stationärem Bereich kaum Berührungspunkte. Ein Überblick.

►► mehr

zurück ◀

## ■ Telematik

### Die Grenzen von Datenautobahnen

**Berlin** – „Eine leistungsfähigere grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung mit mehr Sicherheit für die Patienten“, das erhofft sich Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt von elektronischen Gesundheitsdiensten. Bei der von Schmidt eröffneten „eHealth Conference 2007“ wurde jedoch klar: Bislang kocht jeder Staat sein eigenes Süppchen, die verschiedenen Initiativen unter ein europäisches Dach zu bringen, wird keine leichte Aufgabe.

►► mehr

zurück ◀

## ■ Statistik

### Das Gesundheitswesen ist weiblich

**Berlin/Wiesbaden** – Der Anteil weiblicher Beschäftigter im Gesundheitswesen lag 2005 mit einem Anteil von 72,3 Prozent überdurchschnittlich hoch, so das Statistische Bundesamt. Zum Vergleich: In der Gesamtwirtschaft betrug der Frauenanteil 44,9 Prozent. Ende 2005 waren 3,1 Millionen der 4,3 Millionen Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen Frauen.

►► mehr

zurück ◀

## ■ Qualitätssicherung

### Patienteninteressen stärker berücksichtigen

**Berlin** – Patientenvertreter sprechen bei der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bereits ein Wörtchen mit. Dass die Beteiligung noch ausbaufähig ist, macht Karin Stötzner auf einer Konferenz des Bundesgesundheitsministeriums und des Gemeinsamen Bundesausschusses deutlich. Die Berliner Patientenbeauftragte fordert eine stärkere Einbindung bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren.

►► mehr

zurück ◀

## ■ Seltene Erkrankungen

### Sechs Länder setzen auf vernetzte Forschung

**Berlin** – Seltene Erkrankungen systematisch zu erforschen ist eine gewaltige Herausforderung, das europäische Netzwerk E-RARE soll daher künftig die Forschungsaktivitäten von sechs Ländern – darunter Deutschland – koordinieren. Die Versorgungssituation könnte sich auch durch neue Regelungen für die Öffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung verbessern.

►► mehr

zurück ◀

## ■ Krebsinformationsdienst

### Neue Infoblätter sollen Patienten besser informieren

**Berlin** – Zum Krebs gibt es eine Fülle sich teilweise widersprechender Informationen und Nachrichten. Diese auf Qualität zu prüfen und herauszufiltern, was für sie persönlich wichtig ist, fällt Patienten und Angehörigen oft schwer. Orientierung bieten seit kurzem die Informationsblätter des Krebsinformationsdienstes KID im Deutschen Krebsforschungszentrum.

►► mehr

zurück ◀

## ■ Patientenfürsprecher

### Praktische Hilfe und emotionale Unterstützung

**Berlin** – Zum zweiten Mal treffen sich in Berlin Patientenfürsprecher aus dem ganzen Bundesgebiet zum Erfahrungsaustausch. Dort stellt unter anderem der Verein Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig Holstein seine Arbeit vor.

►► mehr

zurück ◀

## ■ Psychotherapie

### Web-Plattform hilft bei der Auswahl von Hilfsangeboten

**Berlin/München** – Ob Angst- oder Essstörung, Depression oder Sucht: Wer therapeutische Hilfe braucht, sieht sich einer Fülle kaum überschaubarer Angebote gegenüber. Effektive Hilfe bei der Auswahl bietet ein neues Informations- und Rechercheportal.

►► mehr

zurück ◀

## ■ **Selbsthilfe-Sponsoring**

### **Helms: konstruktiv-kritischer Umgang statt Generalverdacht**

**Berlin** – Die finanzielle Förderung der Selbsthilfe ist ein heißes Eisen, erst kürzlich wurde das Thema auf Veranstaltungen der Theodor Springmann Stiftung und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes intensiv diskutiert. Im Interview mit dem Patientenbrief äußert sich Ursula Helms zu Sponsoring und Finanzierung. Die Diplom-Sozialwirtin ist seit 2005 Geschäftsführerin der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) in Berlin.

**Patientenbrief:** Wenn Sie die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfe gesetzlich regeln dürften – wie würden sie diese gestalten?

**Helms:** Ich würde die Förderung und Unterstützung aller Aktivitäten, die – wie die Selbsthilfebewegung – dem bürgerschaftlichen Engagement zuzurechnen sind, über ein gesondertes Gesetz regeln. Zugleich sollte ein Verfahrensmodell zur finanziellen Förderung (Infrastruktur und Beratung) des Engagements entwickelt werden. Die Förderung müsste dann natürlich die jeweilige fachlich-sachliche Ausprägung und vor allem die Unabhängigkeit und den ressortübergreifenden Charakter der Selbsthilfe berücksichtigen.

Die Unterstützung der Selbsthilfe würde mit diesem Modell endlich als Gemeinschaftsaufgabe verstanden und eine finanzielle Förderung der Selbsthilfe könnte durch Bund, Länder, Kommunen sowie Sozialversicherungs- und auch andere Sozialleistungsträger bedarfsgerecht gesichert werden.

**Patientenbrief:** Ist die Selbsthilfe gänzlich ohne Sponsoring – unabhängig, ob vom Staat, von Unternehmen etc. – denkbar?

**Helms:** Grundsätzlich ja. Es gibt eine große Zahl von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die auch heute ohne Sponsoring auskommen. Eine Förderung durch Kommunen, Bundesländer oder Bundesverwaltungen ist nicht dem Sponsoring zuzurechnen. Auch Mittel der gesetzlichen Krankenkassen oder der Rentenversicherung entsprechen nicht der Finanzierungsform eines Sponsorings, da sie auf einer Rechtsgrundlage beruhen.

**Patientenbrief:** Welches sind Ihrer Meinung nach die wichtigen Regeln, die sowohl pharmazeutische Unternehmen als auch Selbsthilfegruppen beim Sponsoring einhalten sollten? Was sollte vermieden werden?

**Helms:** Es ist sicher zu stellen, dass eine Beeinflussung der inhaltlichen Arbeit der Selbsthilfegruppen und eine persönliche finanzielle Abhängigkeit Einzelner ausgeschlossen sind. Transparenz nach außen, insbesondere aber auch nach innen in die eigene Organisation hinein sind sicherlich eine Möglichkeit, um Fragen nach mangelnder Unabhängigkeit und Wertfreiheit der Akteure nicht aufkommen zu lassen. Nicht zu vergessen ist aber: Die Selbsthilfe ist parteilich im Sinne des Voranbringens der Anliegen der Betroffenen.

Um einen Verdacht der Beeinflussung der Selbsthilfe durch pharmazeutische Unternehmen oder Hilfsmittelhersteller grundsätzlich auszuschließen, wäre die Schaffung eines Förder-Pools oder -Fonds durch pharmazeutische Unternehmen sehr sinnvoll. Dann könnten Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen auf der Grundlage eines vereinbarten Verfahrens von einem berufenen Vergabeausschuss Mittel beantragen und so einzelne Vorhaben realisieren. Ein solcher Förder-Pool wäre zudem ein geeignetes Instrument zur Vermeidung eines der größ-

ten Teilprobleme in der Diskussion um das Sponsoring: der Förderung von krankheitsspezifischen Selbsthilfegruppen und -organisationen durch pharmazeutische Unternehmen, welche Produkte für diese Krankheit in ihrem Portfolio haben. In diesen Fällen ist eine Gewährleistung von Unabhängigkeit nicht leicht sicher zu stellen.

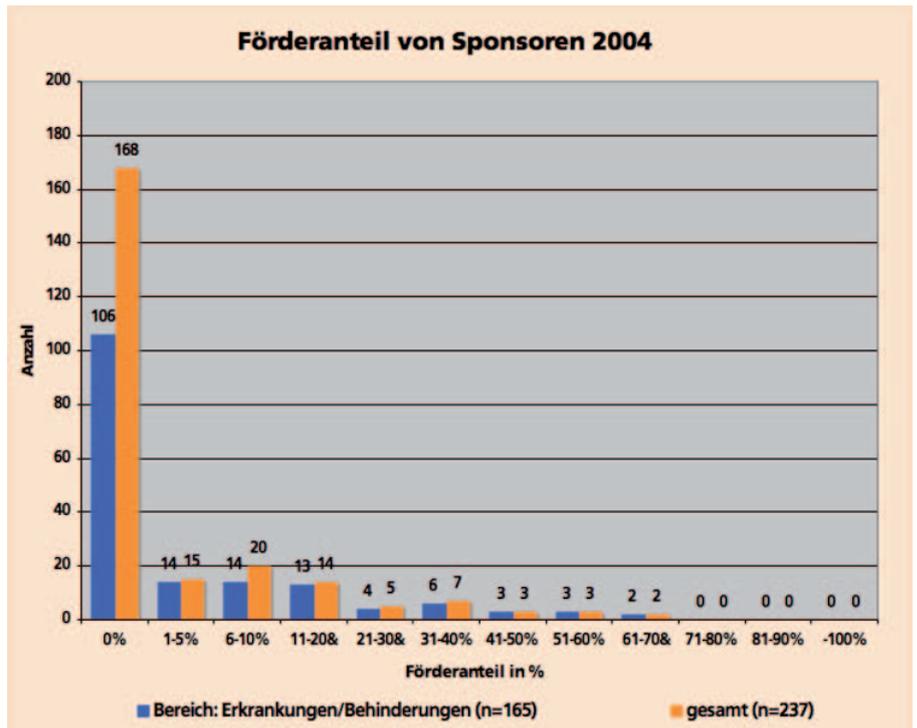
**Patientenbrief:** Glaxo-SmithKline hat kürzlich auf seiner Website die Namen der Patientenorganisationen, die das Unternehmen unterstützt, veröffentlicht. Die publizierte Liste enthält unter anderem die Aufteilung der bereitgestellten Finanzmittel. Wie beurteilen Sie die Initiative?

**Helms:** Ausgesprochen positiv und im Übrigen sehr informativ. Mit dieser Liste wurde deutlich, wofür die Mittel eingesetzt wurden und wie gering diese auch im Einzelnen sind.

**Patientenbrief:** Eine Selbstverpflichtungserklärung ist für Organisationen, die finanzielle Unterstützung von den Krankenkassen beantragen wollen, seit diesem Jahr auf Bundesebene verpflichtend. Wie wird diese Regelung in der Selbsthilfeszene bewertet?

**Helms:** Die Erklärung zu Neutralität und Unabhängigkeit ist grundsätzlich recht positiv aufgenommen worden. Das Formblatt bietet die Möglichkeit, sich mit der eigenen Situation auseinander zu setzen.

**Patientenbrief:** Sponsoring ist bei den Selbsthilfegruppen ein heißes Thema. Auch in den Medien findet es Beachtung. Allerdings verlaufen die Diskussionen oft emotional, Polarisierungen bleiben nicht aus. Welche Aspekte bleiben dabei Ihrer Ansicht nach auf der Strecke?



@ NAKOS 2006

## Zur Umfrage

2004 erhielten nach einer Erhebung der NAKOS 4 Prozent der bundesweiten Selbsthilfeorganisationen zwischen 41 bis 70 Prozent ihres Finanzbedarfes über Sponsoren. Über 70 Prozent der Selbsthilfeorganisationen bekamen gar keine finanziellen Mittel über ein Sponsoring. Durchschnittlich beträgt der aus Sponsoringmitteln bestrittene Anteil am Finanzierungsbedarf knapp 6 Prozent. Der Hauptanteil des Finanzierungsbedarfs wird aus Eigenmitteln, also überwiegend Mitgliedsbeiträgen, rund ein Fünftel aus Fördermitteln der gesetzlichen Krankenkassen bestritten. Hinzu kommen Spenden und Bußgelder mit einem Finanzierungsanteil von 13 Prozent sowie Mittel von Stiftungen mit knapp 2 Prozent.

**Helms:** Der tatsächliche Umfang der Förderung durch Sponsoring steht in keinem Verhältnis zum Ausmaß der Auseinandersetzung. Über eine Beeinflussung oder Abhängigkeiten bestehen Vermutungen, welche in der öffentlichen Wahrnehmung in einen Generalverdacht münden. Die Diskussion erfolgt nicht in dem erforderlichen und wünschenswerten konstruktiv-kritischen Umfeld. Sie lässt auch zu wenig Raum und Zeit für Aufklärung. Konkret betrifft das Chancen und Risiken einer Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen oder eine partnerschaftlich orientierte Auseinandersetzung zu Fragen der medizinischen Versorgung mit Medikamenten. Gleichwohl halten wir eine Diskussion für notwendig und wünschen uns einen Workshop, an dem Selbsthilfeorganisationen, Kassen und Unternehmen gemeinsam in einen Diskurs eintreten. Dort könnten Lösungswege für eine gelingende gesellschaftliche Verantwortung von Wirtschaftsunternehmen (Corporate Social Responsibility) beraten werden.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

## ■ Chronikerregelung

### Viele Details noch unklar

**Berlin** – Die Gesundheitsreform sieht eine verschärfte Chronikerregelung mit verpflichtenden Früherkennungsuntersuchungen vor: Nimmt der Versicherte diese nicht wahr, muss er später als Patient nicht mehr ein, sondern zwei Prozent Zuzahlungen leisten. Die Regelung tritt am 1. Januar 2008 in Kraft. Experten bestreiten, dass Sanktionierung der richtige Weg ist, Prävention zu fördern. Und auch Patienten lehnen diese Änderung des Sozialgesetzbuches V ab.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist nun am Zuge, das Gesetz in den Details auszuarbeiten. Konkret bedeutet dies, dass er bis Ende Juli sagen muss, welche Untersuchungen künftig verpflichtend sein sollen und welche nicht. Die Experten tun sich sehr schwer damit, die Wirksamkeit der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen nachzuweisen. Falsch negative und falsch positive Befunde lassen berechtigte Zweifel an der Sinnhaftigkeit aufkommen.

#### Vermutliche viele Ausnahmeregelungen

Es zeichnet sich schon jetzt „eine Tendenz ab, viele Ausnahmeregelungen zu machen“, kündigt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. Rainer Hess, auf einer Pressekonferenz in Berlin an. Er gibt zu bedenken: Man könne wohl kaum jemanden zur Koloskopie (Darmspiegelung) zwingen, zumal eine solche Untersuchung ja auch wieder Risiken berge. Die Patientenvertreter sehen überwiegend Nachteile. Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband) befürchtet angesichts der Tatsache, dass es verpflichtende und freiwillige Früherkennungsuntersuchungen geben wird, „Früherkennungsuntersuchungen erster und zweiter Güte“. Etgeton, ein Kritiker der so genannten „Chronikerregelung“: „Diese Regelung rührt an das Selbstbestimmungsrecht von Patienten. Wenn er dieses in Anspruch nimmt, dann gibt es Sanktionen.“ Im Übrigen werfe diese Pflicht zur Früherkennung auch die Frage der Fahrtkosten-erstattung auf. Versicherte, die in entlegenen Gebieten wohnen und wegen der Untersuchung lange Wege zum Arzt haben, sollten die Fahrtkosten erstattet bekommen.

#### Für wen gilt die neue Regelung?

Unter der Überschrift „Belastungsgrenze“ steht in Paragraph 62 Sozialgesetzbuch V einschränkend für wen die verschärfte Chronikerregelung gilt: Es betrifft Frauen, die am Stichtag 1. April 2007 unter 35 Jahre und Männer, die an diesem Tag unter 45 Jahre alt sind. Die Ermäßigung bei Zuzahlungen wird für diese Personen ab dem 1. Januar 2008 von der Inanspruchnahme der Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen abhängig gemacht. Wer chronisch krank wird und die vorgeschriebenen Untersuchungen nicht in Anspruch genommen hat, wird bis zu zwei Prozent seines Jahresbruttoeinkommens zuzahlen müssen, anstatt wie bisher nur einem Prozent. Auch chronisch Kranken muss der Arzt jedes Jahr aufs Neue „therapiegerechtes Verhalten“ bescheinigen, wenn sie weiterhin die geringere Zuzahlung von einem Prozent leisten möchten. Diese Compliance-Bescheinigung „erwirbt“ der Patient zum Beispiel durch die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP). Was darüber hinaus als „therapiegerechtes Verhalten“ gilt, sagt das Gesetz nicht.

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

## ■ Seltene Erkrankungen

### Sechs Länder setzen auf vernetzte Forschung

**Berlin** – Seltene Erkrankungen systematisch zu erforschen ist eine gewaltige Herausforderung, das europäische Netzwerk E-RARE soll daher künftig die Forschungsaktivitäten von sechs Ländern – darunter Deutschland – koordinieren. Die Versorgungssituation könnte sich auch durch neue Regelungen für die Öffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung verbessern.

Bislang klafften Theorie und Praxis weit auseinander: Theoretisch können Kliniken „hoch spezialisierte Leistungen“, die bei der Versorgung seltener Erkrankungen oder Krankheiten mit besonderen Verläufen anfallen, ambulant erbringen. Grundlage dafür ist Paragraph 116 b des Sozialgesetzbuches V. Soweit die Theorie. Denn in der Praxis wurde diese Möglichkeit nur äußerst selten genutzt. Gerade einmal fünf derartige Verträge kamen zwischen Kliniken und Krankenkassen zustande, so der SPD-Bundestagsabgeordnete Prof. Karl Lauterbach auf einer Veranstaltung der Deutschen Selbsthilfe Angeborene Immundefekte (DSAI). Ursache für das geringe Interesse der Kassen: Die Klinikverträge über ambulante Leistungen seien nicht zu Lasten des Budgets der niedergelassenen Ärzte gegangen. Die Kassen hätten somit doppelt bezahlen müssen. Lauterbach zufolge habe es aber auch bei den Chefärzten Vorbehalte gegen die Verträge gegeben.

#### Neuer Schwung durch das WSG?

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) soll neuen Schwung in diese verfahrenere Situation bringen, der Paragraph 116 b ist daher neu gefasst worden. Demnach ist für die Öffnung der Kliniken kein Vertrag mehr notwendig. Künftig dürften die Länder, die für die Krankenhausplanung zuständig sind, auf Antrag der Kliniken diese auch zur ambulanten Versorgung ermächtigen. „Wenn die Zulassung erfolgt ist, muss jede Krankenkasse bezahlen“, sagt Lauterbach. Er weist jedoch darauf hin, dass vorher der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Qualitätsrichtlinien festlegen müsse. Der Politiker befürwortet einheitliche Vorgaben für alle Krankheiten und nicht erkrankungsindividuelle Vorschriften, da sonst eine „massive Bürokratisierung“ drohe.

#### E-RARE fördert internationale Zusammenarbeit von Forschern

Auch bei der Erforschung seltener Erkrankungen tut sich etwas. Kürzlich stellte Bundesforschungsministerin Annette Schavan das europäische Netzwerk E-RARE vor. „Durch die Zusammenarbeit von Wissenschaftlern aus ganz Europa können seltene Erkrankungen künftig viel effektiver erforscht werden. Das ist die Grundlage für schnellere Diagnosen, wirksamere Therapien und bessere Versorgung für viele Patienten“, sagt Schavan. Gemeinsam mit Forschungsförderern aus Frankreich, Israel, Italien, Spanien sowie aus der Türkei will sich das Bundesforschungsministerium künftig strategisch abstimmen. Geplant sind grenzüberschreitende internationale Ausschreibungen. Dafür geben die beteiligten Länder in den nächsten drei Jahren zunächst 12,8 Millionen Euro aus.

#### Seltene Krankheiten – schwer zu erforschen

Krankheiten gelten als selten, wenn weniger als eine von 2.000 Personen davon betroffen ist. Es gibt rund 5.000 bis 8.000 solcher Erkrankungen. Aus mehreren Gründen gilt ihre systematische Untersuchung als schwierig. Zum einen forschen nur wenige Wissenschaftler zu jeder einzelnen Krankheit. Die Patienten leben außerdem räumlich weit voneinander entfernt, was die gemein-

same Beobachtung in aussagekräftigen Studien erschwert. Datenbanken über die Krankheitsverläufe sind kaum standardisiert und für Wissenschaftler häufig nur schwer zugänglich. Zudem sind die betreffenden Krankheitsbilder oft sehr komplex und müssen daher interdisziplinär erforscht und behandelt werden. Auch bei der Diagnose Seltener Erkrankungen besteht noch erheblicher Verbesserungsbedarf. Das verdeutlichen die Zahlen, die auf der Veranstaltung der Deutschen Selbsthilfe Angeborene Immundefekte genannt wurden. Primäre Immundefekte (PID) sind ein klassisches Beispiel für eine Gruppe von Seltene n Erkrankungen. Zwar hat sich die Zahl der diagnostizierten Patienten mit PID innerhalb der letzten zwei Jahre verdoppelt. Der Immunologe Prof. Reinhold Schmidt geht davon aus, dass inzwischen mindestens 1.400 Menschen eine Behandlung erfahren. Vor zwei Jahren seien es erst rund 700 Patienten gewesen. „Doch noch immer werden fast 99 Prozent der Patienten nicht richtig behandelt“, betont die DSAI-Vorsitzende Gabriele Gründl. „Viele nicht diagnostizierte Patienten sterben einen frühen Tod oder führen ein Leben, das nicht mehr lebenswert ist.“

- *Pressemitteilung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom 2. Mai 2007: „Forschung bei seltenen Erkrankungen wird gebündelt“; pdf-Dokument, 2 Seiten, 52 KB*
- *Weitere Informationen auf den Internetseiten der Deutschen Selbsthilfe Angeborene Immundefekte e.V. unter [www.dsai.de](http://www.dsai.de)*
- *Die Richtlinien zur Förderung transnationaler Forschungsprojekte zu seltenen Erkrankungen innerhalb des ERA-NET „E-RARE“ sowie weitere Informationen zum Thema finden sich auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter: [www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1556.php](http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1556.php)*
- *zurück zur Übersicht ◀◀*

## ■ Qualitätssicherung Patienteninteressen stärker berücksichtigen

**Berlin** – Patientenvertreter sprechen bei der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bereits ein Wörtchen mit. Dass die Beteiligung noch ausbaufähig ist, macht Karin Stötzner auf einer Konferenz des Bundesgesundheitsministeriums und des Gemeinsamen Bundesausschusses deutlich. Die Berliner Patientenbeauftragte fordert eine stärkere Einbindung bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren.

Stötzner will unter anderem „patientenrelevante Endpunkte“ bei den Indikatoren zur Beurteilung von medizinischer Qualität einbringen. Dazu gehören beispielsweise Aussagen über Lebensverlängerung oder Lebensqualität. Im Unterschied dazu sind so genannte Surrogatparameter Endpunkte, die nicht von unmittelbarer Bedeutung für die Patienten sind, aber stellvertretend für wichtige Endpunkte stehen können (z.B. Blutdrucksenkung als Surrogatparameter für Vermeidung eines Schlaganfalls).

### **Patient reported outcome**

Ferner könnte sich Stötzner Qualitätsindikatoren vorstellen, die auf Basis von Patientenberichten entwickelt werden (patient reported outcome). Die Darstellung der Qualitätsergebnisse stuft sie als verbesserungsbedürftig ein. Es sei noch ein erheblicher Aufwand zu leisten, um die Informationen für Patienten verständlich und auch vergleichbar darzustellen. Auch die Multiplikatoren, die Patienten informieren, müsse man dabei im Blick haben. Denn bei den Patienten selbst sei die Nachfrage nach den klassischen Qualitätsinformationen (z.B. von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, kurz BQS) derzeit noch gering.

### **Qualitätssicherung nach der Reform**

Die Berliner Patientenbeauftragte regte auf der Konferenz an, eine ganzheitliche Darstellung von Qualitätsdaten weiterzuentwickeln. So gäbe es viel Wissen über den stationären Bereich, aber kaum etwas über den ambulanten, sowie Pflege, Reha, Heilberufe etc. Einen Schritt in diese Richtung ist die kürzlich in Kraft getretene Gesundheitsreform gegangen. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht eine fachlich unabhängige Institution vor, die sich sektorenübergreifend um das Thema Qualitätssicherung kümmern soll. Patientenvertreter wünschen sich „dialogisch“ (Stötzner) in die Arbeit einbezogen zu werden. Beauftragt und finanziert wird das neue Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss. Im Gesetz ist festgelegt, dass bereits existierende Einrichtungen zu nutzen und – wenn erforderlich – den neuen Aufgaben anzupassen sind. Dabei geht es in erster Linie um die BQS, die sich bislang ausschließlich mit dem stationären Bereich beschäftigt.

- *Mehr zu dem Thema: In dieser Ausgabe des Patientenbriefes finden Sie auch einen Überblick über die wichtigsten Regelungen zur Sicherung von Qualität im Gesundheitswesen. ►► Seite 10*
- *Vortrag von Karin Stötzner für den Workshop „Ausrichtung der Qualitätssicherung auf Patientinnen und Patienten“ am 2. Mai 2007 im Rahmen der Ergebniskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit: „Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen“; pdf-Dokument, 6 Seiten, 80 KB*
- *Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 2. Mai 2007: „Die Qualität im Gesundheitswesen wird weiter gestärkt“; pdf-Dokument, 3 Seiten, 32 KB*
- *zurück zur Übersicht ◀◀*

## ■ Gesundheitssystem

### Bestandsaufnahme Qualitätssicherung

**Berlin** – Das Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht eine unabhängige Institution vor, welche die Qualitätssicherung in Arztpraxen und Kliniken koordinieren soll. Die Qualitätsbemühungen werden künftig sektorenübergreifend stattfinden. Bisher gab es zwischen ambulantem und stationärem Bereich kaum Berührungspunkte. Ein Überblick.

Lesen Sie im Folgenden mehr über die wichtigen Qualitätsinitiativen in Krankenhäusern und Arztpraxen. Ein weiterer Artikel dieser Ausgabe beschäftigt sich mit dem Thema Patientenbeteiligung im Rahmen von Qualitätssicherung. *Siehe dazu Bericht auf Seite 9 ►►*

#### Krankenhäuser

- Seit 2001 koordiniert die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) die „externe vergleichende Qualitätssicherung“ in deutschen Krankenhäusern. Konkret bedeutet das: Die Kliniken dokumentieren Daten für bestimmte Leistungsbereiche und schicken sie an die BQS oder deren Landesstellen. Diese werten das Material nach festgelegten Parametern aus. Mit den Ergebnissen geschieht zweierlei: Zum einen werden sie Krankenhäusern für ihre Qualitätssicherung in Form von Berichten etc. zur Verfügung gestellt. Auffällige Ergebnisse müssen in einem „strukturierten Dialog“ gemeinsam mit den Kliniken analysiert werden. Die Krankenhäuser setzen dann vereinbarte Verbesserungsmaßnahmen um. Außerdem werden die Statistiken in einem jährlichen Report dokumentiert. Allerdings sind die Versorgungsdaten von rund 1.700 Kliniken anonymisiert, das heißt: Konkrete Hinweise, wie das städtische Krankenhaus bei Blinddarm-OPs abschneidet, können Patienten dem Report nicht entnehmen.
- Seit Herbst 2005 sind Kliniken dazu verpflichtet, alle zwei Jahre Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Diese Reports fallen bisher offenbar noch recht heterogen aus. Im vergangenen Jahr hatten die Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Rheinland-Pfalz 106 Berichte aus insgesamt 620 Krankenhäusern analysiert. Das Ergebnis: Die Berichte seien „schlecht aufbereitet und untereinander kaum vergleichbar“. Die Verbraucherschützer verlangen, dass die Ergebnisse verständlicher verfasst, überschaubarer gegliedert und nutzerfreundlicher mit patientenrelevanten Daten gestaltet werden. Einen wichtigen Vorstoß in diese Richtung unternahm kürzlich Helios. In ihren Berichten legt die Klinikette neuerdings die Ergebnisqualität aller Häuser offen. *(siehe dazu auch den Beitrag „Kliniken: Qualität der Qualitätsberichte wird besser“, erschienen in der Mai-Ausgabe des Patientenbriefes, Link am Ende des Beitrags).*

#### Arztpraxen

- Vertragsärzte sind gesetzlich dazu verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen. Dafür haben sie allerdings noch vier Jahre Zeit, erst dann läuft die Frist ab. Grundsätzliche Anforderungen an die Managementsysteme hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QM-Richtlinie festgelegt, die Anfang vergangenen Jahres in Kraft getreten ist. Demnach ist eine Zertifizierung nicht zwingend vorgeschrieben, kann aber freiwillig erfolgen.

- Fast 40 Prozent der Behandlungen im ambulanten Bereich dürfen Ärzte nur erbringen, wenn sie regelmäßig bestimmte Qualifikationsnachweise vorlegen können. Das gilt beispielsweise für Mammographien oder auch Darmspiegelungen (Koloskopie). Bei der Arzt-Online-Suche der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin werden diese Qualifikationen gleich mit angegeben, so dass sich der Patient einen besseren Eindruck vom ärztlichen Leistungsspektrum machen kann.
  - Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat angekündigt, bis Mai nächsten Jahres ein Set von Indikatoren vorzulegen, mit denen sich die Behandlungsqualität der Niedergelassenen messen lässt. Qualität und Vergütung sollen miteinander verknüpft werden – das war bislang in deutschen Praxen unüblich. Gesetzliche Grundlage dafür ist das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Der KBV-Vorstand Dr. Andreas Köhler spricht von bis zu 30 Prozent der Vergütung niedergelassener Ärzte, die schon bald von der Qualität erbrachter Leistungen abhängen könnten. Konsentiertere wissenschaftlich gesicherte Indikatorensets für den ambulanten Sektor gibt es in Deutschland bislang nicht. Erfahrungen haben die USA, Großbritannien und die Niederlande mit Qualitätsindikatoren gesammelt. Dort wurde auch die Vergütungskopplung unter dem Namen „Pay for Performance“ (P4P) getestet und zum Teil schon eingeführt.
- *Wichtige Meilensteine zur Qualitätssicherung sind auch in folgender Übersicht nachzulesen. „Gesetzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung“; pdf-Dokument, 3 Seiten, 24 KB*
  - *Auszug aus dem Patientenbrief Ausgabe Mai 2007: „Kliniken: Qualität der Qualitätsberichte wird besser“; pdf-Dokument, 3 Seiten, 464 KB*
  - *zurück zur Übersicht ◀◀*

## ■ Krebsinformationsdienst

### **Neue Infoblätter sollen Patienten besser informieren**

**Berlin** – Zum Krebs gibt es eine Fülle sich teilweise widersprechender Informationen und Nachrichten. Diese auf Qualität zu prüfen und herauszufiltern, was für sie persönlich wichtig ist, fällt Patienten und Angehörigen oft schwer. Orientierung bieten seit kurzem die Informationsblätter des Krebsinformationsdienstes KID im Deutschen Krebsforschungszentrum.

Fundiert und leicht verständlich fassen sie die wichtigsten Fakten zu verschiedenen Themen zusammen und bieten so einen raschen Überblick. Die Informationsblätter greifen vor allem häufig gestellte Fragen auf: Was muss ich wissen, um über die richtige Therapie mit zu entscheiden? Wie und wo finde ich geeignete Ansprechpartner zum Thema Krebs? Welche Möglichkeiten gibt es bei der Behandlung von Krebschmerzen? Anhand welcher Kriterien kann ich die Qualität von Informationen aus dem Internet beurteilen?

Basierend auf dieser Wissensgrundlage können Patienten, Angehörige und Interessierte tiefer gehende Fragestellungen entwickeln, sich auf ein Gespräch mit dem Arzt vorbereiten sowie neue Informationen besser bewerten und einordnen. Zahlreiche weiterführende Hinweise, Links und Adressen machen die gezielte Informationssuche im Anschluss leichter.

#### **Informationsblätter stärken Kompetenz der Betroffenen**

Ein Vorteil der Informationsblätter gegenüber ausführlichen Broschüren ist die Möglichkeit, rasch auf neue Entwicklungen reagieren und die Informationen so stets aktuell halten zu können. Die Idee ist, auf zwei Seiten die wichtigsten Informationen zu einem Thema zu konzentrieren, die man sonst mühsam zusammentragen müsste. Die KID-Informationsblätter werden von einem fachkundigen und erfahrenen Autorenteam auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse verfasst und die Inhalte fortwährend auf ihre Richtigkeit, Aktualität, Neutralität und Vollständigkeit überprüft.

„Wie alle Angebote des KID ersetzen auch die Informationsblätter keinesfalls das Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Vielmehr sollen sie dazu dienen, die Kompetenz der Betroffenen zu stärken und so eine wichtige Voraussetzung für die fruchtbare Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu schaffen“, betont der Leiter des Krebsinformationsdienstes, Dr. Hans-Joachim Gebest.

Der KID wird als Angebot des Deutschen Krebsforschungszentrums gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit unter finanzieller Beteiligung des Sozialministeriums Baden-Württemberg.

- *Alle bisher veröffentlichten Informationsblätter des Krebsinformationsdienstes KID sind im Internet unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.krebsinformationsdienst.de/iblatt/index.html>*

- *zurück zur Übersicht* ◀◀

## ■ Telematik

### Die Grenzen von Datenautobahnen

**Berlin** – „Eine leistungsfähigere grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung mit mehr Sicherheit für die Patienten“, das erhofft sich Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt von elektronischen Gesundheitsdiensten. Bei der von Schmidt eröffneten „eHealth Conference 2007“ wurde jedoch klar: Bislang kocht jeder Staat sein eigenes Süppchen, die verschiedenen Initiativen unter ein europäisches Dach zu bringen, wird keine leichte Aufgabe.

Die Konferenz ist eine Bestandsaufnahme: Wo stehen die europäischen Länder mit ihren elektronischen Gesundheitsdiensten? Und wie lassen sich die nationalen Grenzen der Datenautobahnen überwinden? Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, vergleicht Europa in puncto eHealth mit Polynesien – ganz viele einzelne Inseln. „Die verschiedenen Systeme können nicht miteinander reden.“ Interoperationalität lautet der Schlüsselbegriff, ein praktisches Beispiel dafür: Ein Deutscher benötigt für seinen Arztbesuch in Frankreich lediglich seine Krankenversicherungskarte – Cash-Bezahlungen oder Extra-Formulare sind im Ausland passé. Schröder zufolge erwarten genau das die EU-Bürger. Doch solche grenzüberschreitenden Anwendungen lassen sich nicht einfach aus dem Boden stampfen – zu unterschiedlich sind Ansätze der verschiedenen EU-Staaten. Während beispielsweise Dänemark auf kartenlose Webplattformen setzt, steht in Deutschland die elektronische Gesundheitskarte (eGK) im Mittelpunkt des Telematik-Projektes.

#### **Beispiel Schweden: „eHealth-Angebote, die dem Bürger folgen“**

In Schweden setzt man nach den Worten von Karin Johansson nicht schwerpunktmäßig auf eine smart card. Die Staatssekretärin im schwedischen Gesundheits- und Sozialministerium betont: „Wir entwickeln eHealth-Angebote, die dem Bürger folgen, auch wenn er seine Karte nicht dabei hat.“ Im vergangenen Jahr hat Schweden seinen nationalen Strategieplan vorgestellt. Darin sind unter anderem eine gemeinsame Terminologie, Infra- und Wissensstruktur festgelegt. Besonders wichtig sei, so Johansson, die Abstimmung mit den Regionen gewesen.

#### **Praxistest für die eCard**

Hierzulande werden absolvieren die neuen Karten gerade einen Praxistest in verschiedenen Regionen. Eine erste Lehre zieht Staatssekretär Schröder bereits auf der Konferenz: „Die Instruktionen für Ärzte und Patienten müssen sehr präzise sein.“ Die Bevölkerung dürfe bei Erhalt der neuen Karte die alte nicht gleich zerstören, beide sollten parallel genutzt werden. Kritik kommt unterdessen von der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP): Widersprüchliche Interessen bei der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verzögerten die mögliche Entwicklung zu Lasten der Patienten. Nach Angaben von Prof. Klaus-Dieter Kossow, Beiratsmitglied der DGVP, beträgt die Projektverspätung bei der eGK mittlerweile zwei Jahre. „Das Problem der Datensicherheit ist lösbar und keineswegs eine ausreichende Begründung für die schleppende und dilettantische Vorgehensweise bei der Einführung der Karte“, so Kossow.

#### **Fahrplan für internationale Kooperation unterzeichnet**

Die Konferenz bildete den Rahmen für die Erklärung „eHealth in Europa gelingt gemeinsam“, die EU-Mitgliedstaaten und Europäische Kommission unterzeichneten. Damit verpflichteten sie sich zur Umsetzung eines Fahrplans für grenzüberschreitende elektronische Gesundheitsdienste.

Vorgesehen sind unter anderem umfassend angelegte Pilotprogramme. Innerhalb dieses Rahmens soll die Anwendung verbesserter medizinischer Basisdokumentationen – beispielsweise bei medizinischen Notfällen sowie der Verschreibung und Einlösung von Rezepten – getestet werden.

### **Was ist Telematik?**

Vernetzte Medizin, elektronische Gesundheitsdienste, eHealth – das alles läuft im Fachjargon meist unter dem Begriff Telematik. Das Wort wurde aus den Begriffen Telekommunikation und Informatik gebildet. Es bedeutet zunächst nichts anderes, als dass Datenbestände auf entfernten Rechnersystemen über eine Datenfernverbindung miteinander verbunden werden. Telematik ist die Grundlage, um auch in der vernetzten Medizin bereichsübergreifend Serviceleistungen zu erbringen. So können Hausärzte besser mit Fachärzten und diese besser mit Krankenhäusern kommunizieren. Befunde und Behandlungspläne können besser ausgetauscht werden und sind unmittelbar am Ort der aktuellen Behandlung verfügbar.

- *Deklaration zur eHealth Conference 2007 vom 17. April 2007: „eHealth in Europa gelingt gemeinsam“; pdf-Dokument, 3 Seiten, 116 KB*
- *Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17. April 2007: „eHealth in Europa gelingt gemeinsam“; pdf-Dokument, 2 Seiten, 116 KB*
- *Zusammenfassung der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) vom 19. April 2007 zum Thema: „Patienten von der Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ausgeschlossen!“; pdf-Dokument, 1 Seite, 52 KB*
- *zurück zur Übersicht ◀◀*

## ■ Psychotherapie

### **Web-Plattform hilft bei der Auswahl von Hilfsangeboten**

**Berlin/München** – Ob Angst- oder Essstörung, Depression oder Sucht: Wer therapeutische Hilfe braucht, sieht sich einer Fülle kaum überschaubarer Angebote gegenüber. Effektive Hilfe bei der Auswahl bietet ein neues Informations- und Rechercheportal.

Therapie.de ist ein Online-Angebot des gemeinnützigen Vereins „pro psychotherapie e.V.“. Die Website beschreibt psychische Störungen und informiert über grundlegende Fragen. Das thematische Spektrum: Von unterschiedlichen Ausbildungsgängen und Behandlungsarten bis hin zur eventuellen Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Ferner gibt es Tipps zur Beurteilung der Qualität des Verhältnisses zwischen Psychotherapeut und Patient.

#### **Praktische Hilfe: die Therapeutensuche**

Hilfe beim Finden eines geeigneten Therapeuten bietet die Datenbank der Website. Dort präsentieren sich über 1.000 Psychotherapeuten und psychotherapeutische Heilpraktiker aus ganz Deutschland und informieren ausführlich über ihre Ausbildung und Erfahrung. Die Auswahl von Behandlungsschwerpunkten oder angewandten Methoden ermöglicht es den Suchenden, schnell und einfach geeignete Experten in ihrer Nähe zu finden. Bereits vor dem ersten persönlichen Kontakt kann man sich mithilfe der Datenbankeinträge einen detaillierten Eindruck verschaffen.

■ *Zum Online-Angebot des Vereins „pro psychotherapie e.V. unter [www.Therapie.de](http://www.Therapie.de)*

■ *zurück zur Übersicht <<*

## ■ Patientenfürsprecher

### **Praktische Hilfe und emotionale Unterstützung**

**Berlin** – Zum zweiten Mal treffen sich in Berlin Patientenfürsprecher aus dem ganzen Bundesgebiet zum Erfahrungsaustausch. Dort stellt unter anderem der Verein Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig Holstein seine Arbeit vor.

„Wir helfen Patienten bei der Inanspruchnahme ihrer Rechte im Gesundheitswesen.“ So bringt der Vorsitzende Prof. Günther Jansen die Aufgabe des Vereins auf den Punkt. Die Organisation existiert bereits seit über zehn Jahren und kann beachtliche Erfolge vorweisen. Man habe beispielsweise erreicht, dass bestimmte Medikationen aus dem Bereich Onkologie bei den Richtgrößen der Arztpraxen nicht berücksichtigt würden, so Jansen. Im vergangenen Jahr bearbeiteten die Ombudsleute des Vereins über 1.200 Fälle, das Pfl egeteam wurde darüber hinaus rund 100 Mal in Anspruch genommen. Die Organisation finanziert sich über Mitgliedsbeiträge. Zu den Mitgliedern zählen unter anderem Ärzteorganisationen, Kliniken, Krankenkassen, Seniorenheime und Pflegedienste.

#### **Verbesserte Kommunikation mit den Kassen**

Mit ihnen haben die Ombudsleute tagtäglich zu tun. Denn der Verein setzt auf Kooperation mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen – wie beispielsweise den Verbraucherzentralen oder den Krankenkassen. Mit den Kassen habe sich die Kommunikation in den letzten Jahren verbessert, erzählt Jansen. Er macht dafür insbesondere den Konkurrenzdruck verantwortlich. „Es gibt viel Bewegungsspielraum in den Gesprächen und die Ombudsleute nutzen den Wettbewerb, um die Patienteninteressen durchzusetzen.“

#### **„Die Patienten sind die Aktionäre und Financiers des Systems“**

Doch trotz positiver Entwicklungen sieht Jansen bei der Patientenorientierung des deutschen Gesundheitswesens noch erheblichen Nachholbedarf. „Die Patienten sind die Aktionäre und Financiers des Systems, aber viele vergessen, woher das Geld kommt.“ Patienten als Aktionäre – dieses Selbstbewusstsein ist offenbar auch bei vielen Betroffenen selbst noch nicht angekommen. Bei der Arbeit des Vereins geht es dem Vorsitzenden zufolge daher nicht allein um Sachfragen wie Pflegegeldbewilligungen etc. Das Selbstbewusstsein der Patienten zu stärken, begreifen die Ombudsmänner und -frauen als mindestens ebenso wichtiges Anliegen.

- *Mehr zu dem Verein Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig Holstein unter folgender Adresse:  
[http://www.aeksh.de/5Buerger\\_Info/ombudslindex.htm](http://www.aeksh.de/5Buerger_Info/ombudslindex.htm)*
- *Weitere Informationen zum „2. Berliner Tag der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher“ auf den Internetseiten der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten:  
<http://www.patientenbeauftragte.de/index.php?client=1&lang=1&idcat=6&idart=148>*
- *zurück zur Übersicht <<*

## ■ Statistik

### **Das Gesundheitswesen ist weiblich**

**Berlin/Wiesbaden** – Der Anteil weiblicher Beschäftigter im Gesundheitswesen lag 2005 mit einem Anteil von 72,3 Prozent überdurchschnittlich hoch, so das Statistische Bundesamt. Zum Vergleich: In der Gesamtwirtschaft betrug der Frauenanteil 44,9 Prozent. Ende 2005 waren 3,1 Millionen der 4,3 Millionen Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen Frauen.

Einzelne Berufe im Gesundheitswesen haben sogar einen Frauenanteil von über 90 Prozent: Dazu zählen unter anderem Arzthelferin und zahnmedizinische Fachangestellte (99,1 Prozent) sowie pharmazeutisch-technische Assistentin (98,1 Prozent). Frauen stellen bei der Mehrzahl der Berufe im Gesundheitswesen die Mehrheit der Beschäftigten. Ausnahmen waren Ende 2005 jedoch der Beruf des Arztes (39,2 Prozent) und des Zahnarztes (38,3 Prozent). Auch im Gesundheitshandwerk sind Frauen in der Minderheit.

Sowohl in den ambulanten als auch in den stationären und teilstationären Einrichtungen waren Ende 2005 drei von vier Beschäftigten weiblich. Den höchsten Frauenanteil wiesen Pflegeeinrichtungen auf (ambulant 87,7 Prozent, stationär und teilstationär 84,9 Prozent).

- *Diese und viele weitere gesundheitsbezogene Daten finden sich auch unter der Adresse [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.*
- *zurück zur Übersicht <<*

## ■ Impressum

### Herausgeber

GlaxoSmithKline  
GmbH & Co. KG

■ [www.glaxosmithkline.de](http://www.glaxosmithkline.de)

vertreten durch die  
GlaxoSmithKline  
Verwaltungs GmbH  
Theresienhöhe 11  
80339 München

Geschäftsführer:  
Dr. Thomas Werner (Vors.)

Tel.: 0800 - 122 33 55  
Fax: 0800 - 122 33 66

■ [info@gsk.com](mailto:info@gsk.com)

Registergericht:  
Amtsgericht München  
HReg: HRA 78754

Zuständige Aufsichtsbehörde:  
Regierung von Oberbayern  
Maximilianstraße 39  
80538 München

### Kontakt

#### Verantwortlich:

Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)  
Leiter Gesundheitspolitik  
Tel.: 089 - 360 44-8327  
Fax: 089 - 360 44-9-8327

■ [roger.jaeckel@gsk.com](mailto:roger.jaeckel@gsk.com)

Ilka Einfeldt  
Manager Patient Relations  
Tel.: 089 - 360 44-8376  
Fax: 089 - 360 44-9-8376

■ [ilka.einfeldt@gsk.com](mailto:ilka.einfeldt@gsk.com)

Sabine Skwara  
Repräsentanz Berlin  
Tel.: 0171 - 9951 776  
Fax: 040 - 41523 92128

■ [sabine.skwara@gsk.com](mailto:sabine.skwara@gsk.com)

### Bildnachweis

Gesundheitskarte:  
gematik GmbH

Qualitätssicherung in Praxen:  
AOK Bilderdienst

Weibliches Gesundheits-  
wesen: Baerbel Hoegner,  
medicalpicture

Ursula Helms:  
privat

Editorial:  
GlaxoSmithKline  
GmbH & Co. KG

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

## ■ Bestellung des Patientenbriefes

Möchten Sie den Patientenbrief regelmäßig lesen oder weiterempfehlen? Der Patientenbrief erscheint monatlich und kann kostenlos und unverbindlich abonniert werden.

Möchten Sie von unserem Verteiler gestrichen werden? Bitte klicken Sie im Folgenden auf den passenden Link und wir werden Ihre Wünsche umgehend erledigen.

Hinweis: Ihre Daten werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

■ [Zur Bestellung oder Abbestellung des Patientenbriefes rufen Sie bitte unser MED INFO & SERVICE CENTER an: erreichbar montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr \(gebührenfrei\)](#)

Tel.: 0800 1 22 33 55

Fax: 0800 1 22 33 66

e-mail: [service.info@gsk.com](mailto:service.info@gsk.com)

■ [direkter Kontakt zum Redaktionsteam: de.patientenbrief@gsk.com](mailto:de.patientenbrief@gsk.com)

■ [zurück zur Übersicht](#) ◀◀

■ Seite 18